

quaderni
italiani
di musicoterapia
A.N.F.F.A.S.
sezione di Genova
Associazione Professionale
Italiana Musicoterapeuti

musica & terapia

anno 01 • n. 2 luglio 2001

4

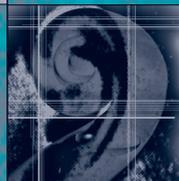
in questo numero

L'ascolto clinico

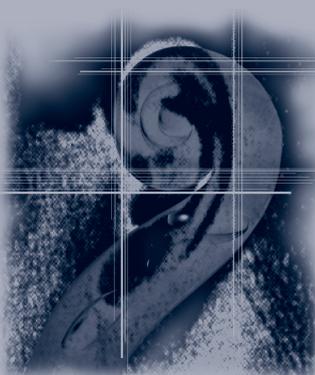
Musicoterapia e...

- Tossicodipendenza
- Paziente in stato di coma
- Morbo di Alzheimer
- Disturbo afasico

Il setting



01



musica et **terapia**

numero

4

direttore editoriale
Gerardo Manarolo

comitato di redazione
Claudio Bonanomi
Massimo Borghesi
Ferruccio Demaestri
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

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

4

Edizioni Cosmopolis

Corso Peschiera 320
10139 Torino
011 710209

L'abbonamento a
Musica & Terapia è di
lire 30.000 (2 numeri).
L'importo può essere
versato sul c.c.p. 39476106
intestato a
Edizioni Cosmopolis,
specificando la causale
di versamento

progetto grafico

Harta Design, Genova

Paola Grassi

Roberto Rossini

pag 1
Editoriale

pag 2
**Ascolto musicale, ascolto
clinico**
Alberto Schön

pag 13
**Musicoterapia
e tossicodipendenza**
Pier Luigi Postacchini

pag 21
**Il paziente in coma: stimo-
lazione sonoro-musicale o
musicoterapia?**
Giuseppe Scarso, Alice Visintin

pag 25
**Osservazione del malato di
Alzheimer e terapia musicale**
Claudio Bonanomi,
Maria Cristina Gerosa

pag 31
Due storie musicoterapiche
Lucia Corno

pag 34
Il suono del silenzio
Alicia Gibelli

pag 42
Il setting in Musicoterapia
Massimo Borghesi, Andrea Ricciotti

pag 51
Recensioni

pag 54
Notiziario

pag 60
**Articoli pubblicati
sui numeri precedenti**

pag 62
Norme redazionali

Il secondo numero del 2001 si apre con il prezioso contributo di Alberto Schön.

Le sue riflessioni attraversano diversi aspetti dell'esperienza sonoro/musicale individuando suggestive analogie e commistioni tra l'ascolto musicale e l'ascolto clinico. Schön ci ricorda come anche all'interno di una psicoterapia verbale sia importante ascoltare la "musica" del paziente e quanto questo ascolto possa essere utile ad una migliore comprensione e condivisione. Le parole di Schön trovano eco in Pier Luigi Postacchini che descrive un intervento rivolto a pazienti tossicodipendenti ricoverati in una Casa di Cura per disturbi psichici. Il suo contributo descrive una terapia di gruppo dove l'ascolto musicale ha avviato un lento e faticoso processo integrativo. La narrazione di Postacchini comunica con efficacia l'alta densità emotiva di questa esperienza e sollecita altresì una riflessione sulle capacità contenitive ed elaborative che il musicoterapista deve possedere per operare in tali contesti.

I contributi successivi si spostano su di un versante più strettamente riabilitativo. Giuseppe Scarso e Alice Visintin, nel presentare l'approccio musicoterapico al paziente in coma, sottolineano come anche in tale contesto la dimensione relazionale svolga un ruolo centrale; nel loro contributo descrivono una metodologia attiva che cerca di attuare con il paziente una relazione comunicativa.

Claudio Bonanomi, Maria Cristina Gerosa e Lucia Corno trattano l'ambito psicogeriatrico presentando due diverse modalità di verifica (rispettivamente quantitativa e qualitativa). Se Claudio Bonanomi e Maria Cristina Gerosa illustrano un'interessante ricerca volta a dimostrare l'efficacia dell'intervento musicoterapico, Lucia Corno narra due storie cliniche coinvolgenti ed esemplificative.

Il "suono del silenzio" di Alicia Gibelli ci introduce nell'ambito dei disturbi afasici evidenziando come l'approccio musicoterapico possa svolgere un ruolo non secondario nel trattamento di queste patologie. Massimo Borghesi e Andrea Ricciotti ci riconducono nell'alveo delle riflessioni teoriche approfondendo il concetto di setting e descrivendo le peculiarità che esso acquista in ambito musicoterapico.

Gerardo Manarolo

Ascolto musicale, ascolto clinico

In his paper Alberto Schön offers a few subjects of sound-music experience to think about. He focuses some similarities between the music listening and the clinic listening and he also reminds us that in a verbal psychotherapy, the important thing is "to listen" to the personal music of the patient. Right that can help us to a better comprehension and share.

"Quando vado a un concerto e vi incontro un collega psicoanalista, talvolta mi chiedo se sappiamo tutto quello che ci piacerebbe sapere sull'esperienza che stiamo vivendo"

Winnicott, 1989, 227

0. Non saprei inventare una teoria forte in cui inserire l'ascolto. Di conseguenza procederò per punti successivi, per semilibere associazioni, in un ordine non proprio logico, ma anche affettivo, musicale, meteorologico (Zanzotto, 1996) e virerò (evirerò?) attorno alle boe delle domande come "cos'è il bello?", o anche "cos'è la coscienza?", domande che credo potrebbero sterilizzare la relazione terapeutica, benché siano buone domande. Le lascio a chi riflette altrimenti sul pensiero. Questo mi consentirà di proporre temi subentranti, come un fugato con le diverse famiglie di strumenti dell'orchestra.

0.1. In una recente sintesi sulla creatività Mauro Mancina (1990) ci ricorda come la costruzione del proprio mondo interno sia già un primo passo creativo della vita psichica, che richiede una simbolizzazione ed è dunque un processo precursore dell'arte. Arte e nascita psichica hanno in comune lo scopo di ordinare le cose, dando loro senso. Questo ordine è connesso, deve esserlo, alla teoria dell'estetica. Sarà questo il connettivo che unisce i saggi di psicoanalisi applicata all'arte?

0.2. Gli psicoanalisti hanno finora pensato il proprio lavoro più in termini di Imago, cioè visivi. Bion è uno dei pochi maestri a dare rilievo e

La parola ascolto è parente stretta di accogliere, contenere, momento cruciale di ogni incontro psicoterapeutico.

Il modo personale di ascoltare indica come l'ascoltatore sia in grado di accettare, contenere, capire

nome a eventi acustici come l'entrare all'unisono (Bion, 1959-1970) e il doodling (Bion, 1963), equivalente dello scarabocchio, squiggle, di Winnicott, (1971).

Freud aveva bensì detto che "l'lo porta un berretto auditivo" (Freud, 1922), ma poi non ne ha sviluppato le conseguenze. Che abbia avuto, per una volta, paura di esplorare un campo?

0.3. Non cercherò di correlare ogni volta ai fatti sonori i concetti fondamentali della psicoanalisi e della comunicazione tra persone come: transfert e controtransfert, identificazione proiettiva e trasformazioni. Ciascuno li può riconoscere in queste pagine, se il gioco lo diverte.

0.4. Vi sono numerose pubblicazioni e atti di convegni sul tema dell'ascolto in psicoanalisi. Non li ho letti tutti. Preferisco ascoltare. Devo essere un po' origlista, corrispettivo acustico di voyerista (Lecourt, 1994).

Chi avesse fretta, legga solo i punti 15-24. Io non ho fretta e quindi comincio dal punto.

1. L'orecchio è un contenitore modellato per ricevere il suono e riconoscere da che direzione proviene, per tradurlo in impulsi neuronali e trasmetterlo alle stazioni cerebrali dove sta, o dove per convenzione poniamo che stia, l'orecchio mentale.

2. La parola ascolto è composta da au-, radice di auris, orecchio, e colere, coltivare, a sua volta derivante da un'importante radice indoeuropea KwEL, che indica il movimento circolare anche in senso figurato, ed esprime il concetto di interesse, coltivazione, protezione (Devoto, 1968). È quindi parente stretta di accogliere, contenere, momento cruciale di ogni incontro psicoterapeutico.

2.1. Come la bocca riceve cibo, così l'orecchio accoglie nutrimento acustico, messaggio di pre-

senza, affetto, trasmissione di sapere e i loro frustranti contrari. Il silenzio tuttavia non è sempre frustrante.

2.2. Il modo personale di ascoltare indica

come l'ascoltatore sia in grado di accettare, contenere, capire, e quindi anche come terapeuta e paziente si rapportino.

3. Nelle culture tradizionali le esperienze acustiche, canto, musica e danza, mettono in relazione il nostro corpo con il mondo degli spiriti e degli dei ed hanno sempre valore estetico. La parola è efficace, ma può essere veicolo di menzogna, la musica e la danza invece appaiono sincere, per la speciale virtù di comunicare meglio col cielo o con gli spiriti, in altre parole direttamente con i nostri più arcaici livelli di esperienza. Forse non si può pensare una menzogna veramente preverbale.

3.1. Si può ipotizzare che i primitivi vitali vissuti respiratori, l'esperienza della colonna d'aria che mette in comunicazione costante interno ed esterno generino una fantasia di continuità e di possibili messaggi dentro-fuori.

3.2. Il suono entra nella formazione del Sé e dei suoi limiti. Lecourt (1994) parla di un intervallo musicale del Sé.

4. Ci sono pazienti che usano molto la via acustica non verbale. Alcuni per esempio adottano in certi momenti una vocetta infantile, altri stanno in silenzio, usano o evitano date parole in momenti molto significativi, altri assordano o addormentano il terapeuta con parole superflue.

4.1. Esempio. Una volta non riuscivamo a procedere nella cura con un paziente; mi colpirono certi suoi silenzi e mi sembrò che fosse incapace di dire la parola amore. Invece di usare questa parola, faceva pause, impiegava complicate e vaghe perifrasi e si arrestava. Bastò segnalare questo fatto, pronunciare la parola rimossa, per

trovare altre parole fino ad allora non dette ed imprimere una forte ripresa al nostro lavoro.

4.2. Esempio. Un (altro) paziente si era costruito in casa una serie di protezioni anti-suono allo scopo cosciente di dormire indisturbato; solo con molto lavoro poté comprendere che le sue misure limitavano molto lui stesso. Parenti e vicini protestavano ed indicavano in ciò un disegno di dominio ostile, che, effettivamente, in seduta si manifestava con certe sue alzate di voce o insofferenza per la voce mia. È una persona che desidera molto vedermi, ma non ascoltarmi.

5. Tutti i pazienti sono incerti su "ciò che sarebbe meglio dire" e si regolano su come il terapeuta ascolta o come interviene, all'inizio per compiacenza, poi i motivi diventano più personali.

5.1. Alcuni verbalizzano l'importanza dell'esperienza estetica pressappoco così: "Non ho proprio capito quello che ha detto, ma era bello"; una proposizione che condensa molti livelli comunicativi, fra cui l'importanza della funzione di *rêverie* (Bion, 1962) dell'analista, funzione materna di premasticare il materiale affettivo, primaria attività che attribuisce senso, in modo che il bambino così possa ricevere, ascoltare, assimilare e infine identificarsi.

5.2. Questa interazione ci indica anche l'importanza, invero lapalissiana, di parlare comprensibilmente, di cui a volte i maestri ci avevano parlato, non sempre con chiarezza.

5.3. Fornari (1984) ipotizza un'esperienza di ascolto prenatale, dove il bambino si trova immerso in un universo liquido-sonoro fatto di pulsazioni dell'aorta materna, suoni di fluidi e di gas, voci trasmesse per via d'acqua dal mondo esterno; stimoli prefiguranti ogni ulteriore comunicazione acustica, dal tam tam alla musica delle sfere; un Eden di cui resta per sempre quella nostalgia, uno dei sentimenti che la musica evoca più spesso.

6. I neonati di tre giorni di solito riconoscono la voce della madre in mezzo a quelle di altre donne

(De Casper, Fifer, 1980). Questo precursore dell'ascolto può essere visto come un primo segnale di identità che il suono muove da un soggetto all'altro, come nella Genesi il soffio creatore. E anche l'avvio dell'incantamento operato dalla voce e dalle melodie. Si può pensare che la voce, la propria e quella materna, abbia un ruolo importante nello sviluppo del Sé, fin dal suo inizio. Il ritmo e la voce hanno una potenza di incantamento (*charme*, da *carmen*) che stupisce e può giungere a indurre la trance (Rouget, 1980).

6.1. I bambini godono molto presto dei giochi ritmici, e più tardi gli adolescenti cercano la danza, come ci mostra Giaconia (1989), che, a differenza dei più, chiama l'analista ascoltatore e parla di ascolto relazionale (1988), disegnando così ruoli e relazioni in modo vivo, realistico e dialettico. E acustico.

7. Sul tema dell'ascolto vi sono importanti studi psicoanalitici come quelli di Green (1974), Anzieu (1976), Rosolato (1974, 1982), Corradi Fiumara (1979, 1985, 1994), oltre a quello già ricordato di Fornari (1984). Tuttavia nei maggiori trattati di psicoanalisi di solito non c'è un'esplicita attenzione all'ascolto, se non in poche righe. Esso è dato per implicito come funzione necessaria, complementare all'attenzione flottante.

7.1. "Potrebbe sembrare una pedanteria inutile diffondersi per iscritto sul modo in cui lo psicoanalista deve ascoltare". Così dice Greenson (1972, p. 87) con la consueta chiarezza di metodo e di scrittura, indicando subito la relazione stretta tra la posizione di libera associazione del paziente e l'ascolto egualmente flottante dell'analista. Più avanti (p. 317) aggiunge "... la curiosità dell'analista deve anche includere il piacere dell'ascolto... Le persone non sensibili alla musica, come ho avuto modo di constatare, raramente diventano terapeuti di gran valore".

7.2. Corradi Fiumara, (1985) per dire (*ληγειν*) qualcosa al lettore, ascolta ed esamina la parola

(λογος) ed offre così un esempio di ascolto che parte dalle radici del linguaggio e dalla maieutica. Nella parola ληγειν sono compresi i significati di posare e raccogliere, come segnala Heidegger. Il dire è indissolubile dal porre e dall'accogliere, potendo precedere o seguire queste altre funzioni-significati, a seconda della saggezza di cui disponiamo.

7.3. In psicoanalisi l'ascolto è lo strumento principale, intrecciato all'obbligo di astenersi da ogni azione, anche, specialmente, dalle risposte a corto circuito. Chi ascolta tace, tendendo l'orecchio anche alle proprie voci interiori. I numerosi autori che hanno trattato il tema dell'astinenza a volte ne parlano in un modo che appare un po' retorico, e fa pensare al gusto narcisistico di ascoltarsi. Raramente riferiscono il vero dialogo analitico come è avvenuto nello studio, più spesso usano il λογος indiretto. Fa eccezione Meltzer/(1976) che riferisce schietto/il discorso diretto¹, implicando quello che Carloni (1984) chiama tatto; un comportamento che permette il buon ascolto. Le autrici più spesso ricordano che si comincia ad ascoltare il bambino in pancia, il suo grido alla nascita, il respiro del neonato.

7.4. Si noti come le parole anima, spirito, psiche, ispirazione, tutte con etimo respiratorio, collegano mondo interno ed esterno con un filo molto solido, benché aereo e acustico, qual'è il vento, il respiro.

8. Le opere musicali permettono di osservare tutta la gamma di relazioni affettive espresse con mezzi acustici, nel rispetto di regole convenzionali, proprie delle singole culture, come scala diatonica, leggi dell'armonia, indicazioni di velocità e volume, distribuzione (partitura) dei ruoli. Ciò resta vero sia per la musica strumentale che per quella operistica. Per esempio il Flauto magico di Mozart-Schikaneder inizia con un'ouverture solo strumentale che non descrive, né rappresenta nulla che non sia puramente affettivo. La scena poi si apre con un trauma, dove Tamino, il prota-

gonista, disarmato grida "Aiuto!" inseguito dal serpente astuto. Subito Papageno si presenta con il suo flautino-segnale, e poi ai due viene offerto lo strumento d'oro, il vero flauto magico. Ogni evento, ogni strumento-personaggio, ha un corrispettivo musicale molto discreto (non romantico) che anticipa e fa capire molto più a fondo le vicende umane nascoste in una fiaba che sembra puerile. Scelgo questo esempio anche perché questo celebre Singspiel fu pensato per un pubblico non colto, con una musica che potesse fornire le necessarie istruzioni, come oggi una colonna sonora di un film popolare. Anch'io in questa forma spezzata e un po' aforistica che ho adottato, rappresento la modalità non tanto organizzata del mio pensiero e la molteplicità di eventi, ingredienti, conflitti e ruoli espressi con i suoni. Questa forma, se trattata da Mozart, riesce a unificarsi grazie alla potenza del suono (des Tones Macht, come viene detto appunto nel Flauto magico) e al suo genio. Forse non si può non ascoltare. E non provare invidia.

9. La disposizione spaziale, environment, è importante nella relazione. Solo alcuni spazi sono adatti a un buon ascolto. L'auditorium, la sala da concerto e lo studio analitico devono obbedire a regole rigorose (setting). Molte chiese sono belle, ma hanno una pessima acustica. Lo studio dell'analista dovrebbe tenere conto di queste utili esperienze e adottare giuste proporzioni. L'environment attesta una sollecitudine affettuosa, concern, che è la base di una buona crescita. Lascio questi termini in inglese per gratitudine verso Winnicott che li ha fatti amare. A lui e a sua moglie Clare la musica piaceva (Winnicott, 1989), la ascoltavano.

10. In ogni ascolto si intreccia il quesito di quanto sia vero e quanto sia falso ciò che ciascuno dice e sente, e di quanto ciascuno deformi quel che ha ascoltato. Sono fenomeni e parametri difficilmente misurabili. Forse non sono misurabili affatto. Il laboratorio di neuroscienze può regi-

¹ Sono tre settenari, hai ascoltato bene

strare e misurare molti fenomeni, ma non il grado di verità di un sogno.

10.1. Il punto che precede credo interessi più i filosofi che gli analisti del mio tipo. Mi pare che psicoanalisti e filosofi si intendano raramente. Cito un unico esempio. "Se l'arte accetta inconsciamente l'eliminazione dell'angoscia e si riduce a puro gioco perché è diventata troppo debole per essere il contrario, essa desiste dalla verità, perdendo l'unico diritto all'esistenza. Eccola allora ad esaltare la superiorità dello spirito eccelso superiore alle meschinità e ai garbugli di questa terra; ma è soltanto una scappatoia per la sua coscienza sporca" (Adorno, 1959). C'è solo da sperare che la traduzione italiana abbia falsato il senso che era nella mente del molto citato pensatore. Tuttavia la storia, la critica e il pubblico hanno dimenticato pietosamente le composizioni musicali di chi, come appunto Adorno, ha osato disprezzare il gioco e credere in una verità. Ma quale? e quale possibile contrario del gioco? I giochi sono spesso musicali, *spiel*, *play*, ecc.

11. Non tutti ascoltano musica. Alcuni amici della musica, nell'epoca adatta, hanno potuto investire affetto su oggetti sonori, come la voce della mamma in una famiglia dove la frase "E pronta la pappa" vuoi dire che si mangia e non che ci si dispone attorno a un tavolo per spartirsi la Bosnia; per contro altri si sono rifugiati nelle rassicuranti regole del ritmo e dell'armonia proprio per sfuggire ad una guerra acustica. Certo, se la mamma ascolta, il bambino a sua volta impara a ascoltare e correggere la voce. E in questo modo che i bambini imparano le lingue più astruse: sapendosi ascoltati e ascoltando.

11.1. Un paziente aveva portato alcuni sogni in cui compariva Beethoven. L'analista dopo aver vanamente esplorato l'ambito delle idee grandiose, perché riteneva che nel transfert il paziente lo vivesse come un genio, fu colpito dalla triste evidenza che il grande musicista era sordo, non poteva più ascoltare se non la propria musica interna; allora

il paziente forse diceva: "Sei sordo? Non senti la mia musica, le tue orecchie non ascoltano".

12. Escludere la vista, aiuta nell'ascolto. Ascoltiamo musica a occhi chiusi. Il cantore e l'amore sono ciechi. Il sano ascolta meglio se si protegge da altri stimoli, mentre il delirante spesso ascolta delle "voci" per non accettare, vedere la realtà, ma potrebbe imparare a temerla in modo più maturo. Il paziente disteso non vede l'analista. Tuttavia

13. non credo che abbia senso voler tenere troppe separate aree percettive differenti. Le sinestisie (Tornitore, 1986-1988; Dogana, 1988; Schön, 1990), l'iniziale amodalità della percezione (Stern, 1985) e la rilevanza narrativa e poetica delle metafore, sono tutti meccanismi che collegano e spiegano i prodotti della nostra mente, psicoanalisi compresa, quando è completata da una buona sintesi. Tali meccanismi ci fanno pensare come più naturale una certa continuità e più artificiosa la distinzione in categorie, pur necessarie. Quindi non concordo con Bion (1965, p. 128) quando giudica un bisticcio dire "il punto di vista acustico". L'amodalità della mente integra i derivati dei diversi campi sensoriali. Ne risulta che il punto di vista acustico è l'ascolto. Molte sculture di Moore, di Melotti possono essere ascoltate come eccellenti pezzi musicali.

14. L'ascolto musicale, come quello clinico, consente la contemporanea comprensione di linee differenti. Con un po' di esercizio possiamo nello stesso momento seguire le linee di quattro archi in un quartetto, mentre se quattro persone parlano contemporaneamente, non comprendiamo nulla. Per contro siamo in grado di seguire nello stesso tempo il contenuto verbale, il timbro, il ritmo della voce, la mimica gestuale, lo sguardo e le minime variazioni fisionomiche, sia nel singolo paziente, sia in più interlocutori che, civilmente, non sovrappongano le parole. Il tutto senza irritarci, se l'argomento ci piace; e anche un sottofondo orchestrale non disturba.

14.1. Improvvisazione, variazione, effetti d'eco o rispecchiamenti, consonanze e dissonanze, accelerare e ritardare, moto parallelo o contrario, introdurre un tema nuovo, sono tutte attività comuni a musica, sviluppo del bambino, gioco e lavoro analitico. L'ascolto dell'improvvisazione dà piacere a chi è favorevole al gioco, al nuovo, al creativo. Non a tutti. Esistono anche le resistenze.

15. Ecco ora il centro delle mie riflessioni annunciate. Spero non troppo deludenti. L'analista cerca di ricomporre in modo migliore ciò che il paziente ha prodotto, intonandosi a quanto di profondo avviene nella relazione. Perciò deve ascoltare messaggi di cui però ogni volta comprende solo pochi livelli, mentre non può afferarne molti altri. E lo sa. Pertanto deve essere preparato con un lungo training ad ascoltare senza capire e senza angosciarsene (arrabbiarsi, annoiarsi, rifiutare, agire, voler sedurre, ecc.). Un mezzo per tollerare questa scomoda posizione è l'aspettativa, o ascolto di un filo estetico che continuamente passa e ripassa da paziente a analista e viceversa, legandoli, e, s'intende, di possibili sensi-significati nati dal legame stabilito, ricordando che, in principio, bello-e-buono (καλοκαγαθός) è una parola sola e poi i due termini restano legati, a volte contro ogni evidenza. E così pure brutto-cattivo.

15.1. Si può apprendere a sopportare di non capire, così come è possibile godere un brano sinfonico senza conoscere né la storia, né la teoria della musica e tanto meno seguire ogni dettaglio in partitura. Occorre ascoltare, anche se non basta.

15.2. Chi davvero ascolta musica può averne piacere soprattutto se si pone in questa disposizione ricettiva, dedicando ai suoni l'attenzione che si può dare a un oggetto d'amore, altrimenti non di ascolto si tratta, ma di uso dei suoni come sottofondo, distrazione, seduzione, aggressione.

15.3. A Utopia si dovrebbe suonare la musica che può giungere all'orecchio dell'altro e piacergli.

Chi vuole può emigrare in Kakania. Il disco o l'auditorium si possono trovare in ambedue i luoghi.

15.4. L'ascolto musicale più creativo richiede la stessa passività intenzionale, lo stesso ascolto partecipe che si trova felicemente nella buona ora analitica. Occorre stare serenamente dentro questo ossimoro vitale: ricezione attiva, o ascolto partecipe; una disposizione che fa supporre che il rapporto, anche quello acustico, con le figure importanti dell'infanzia sia stato abbastanza buono o anche riparato con cura.

15.5. Mi sono ripetuto? Il ritornello ha un suo senso.

16. Nella seduta analitica è necessario dare ascolto alle diverse componenti di volume, altezza, timbro, ritmo e prosodia, alle pause, e alla coerenza tra questi elementi e i contenuti; questo per ambedue i componenti della coppia all'opera, anche se per ciascuno a diversi livelli. L'analisi si giova anche di queste caratteristiche acustiche dei messaggi verbali, che ci danno una quantità di informazioni su fantasie, transfert, associazioni.

16.1. È diverso dire "acqua limpida, a bassa temperatura e di buon sapore" oppure "Chiare, fresche e dolci acque". E non solo perché il verso appartiene ai nostri anni giovanili, ormai lontani.

17. L'ascolto, ricapitolando, richiede: 1) suoni, 2) regole per organizzarli, trasmetterli e riceverli, decodificarli, collegarli con altri campi percettivi e di pensiero, 3) bisogno e piacere di relazione, 4) capacità di costruire e disfare i vocabolari senza megalomania, 5) gusto del gioco, 6) tenersi a distanza dalla pretesa di costruire una Weltanschauung, 7) lettore, aggiungi tu quello che manca.

18. L'ascolto può essere riflessivo, nel senso di ascoltarsi ascoltare, che è dare ascolto al controtransfert, ma anche ascoltare come l'altro mi ascolta quando interpreto (Faimberg, 1996), cosa la mia musica gli ha fatto uscire dall'anima, cosa ha capito di quello che ho detto. Cito da uno

- Adorno T.W .
Dissonanze, Feltrinelli,
Milano, 1959.
- Anzieu D.
"L'enveloppe sonore du soi",
Nouvelle Revue de
Psychanalyse, 13, 161, 1976.
- Bion W .R.
"Attacchi al legame", tr. it. in
Analisi degli schizofrenici e
metodo psicoanalitico,
Armando, Roma, 1970.
- Bion W .R.
Apprendere dall'esperienza,
Armando, Roma, 1972.
- Bion W .R.
Gli elementi della
psicoanalisi, tr. it. Armando,
Roma, 1979.
- Bion W .R.
Trasformazioni, Armando,
Roma, 1975.
- Bolognini S.
"Condivisione e
fraintendimento", in Riv.
Psicoanal. 1995,41,4.
- Buber M .
Il principio dialogico,
Comunità,
Milano, p. 32. 1959.
- Calame-Griaule G.
Ethnologie et langage. La
parole chez les Dogon.
Gallimard, Paris. Tr. it. Il
mondo della parola. Ethnologia
e linguaggio del Dogon,
Boringhieri, Torino, 1982.
- Carloni G.
"Tatto, contatto e tattica", in
Riv. It. Psicoanal.,
30, 2, 191-205, 1984.

scritto, al momento inedito, di Fausto Petrella:
"Nell'ascolto qualcosa – suono, parola, discorso –
esibisce le sue proprietà all'ascoltatore, il quale ha
precise responsabilità costitutive circa il senso da
attribuire a quanto ascolta". Diciamo la stessa
cosa, ma alcuni lettori capiranno più facilmente
la sua forma, altri la mia.

Suoniamo in modo differente. Lasciatemi il desi-
derio di essere Petrarca e Petrella non si offenda.
18.1. I giochi di parole sono per lo più acustici.

19. Nell'ascolto si ingrana la funzione di interpre-
te, termine usato sia in musica che in psicoanalisi,
per indicare un composito ruolo di ricezione,
collegamento, nuova narrazione, risignificazione
e riedizione, che acquista valore se l'altro ci
segnala di avere ricevuto qualcosa; si svolge dun-
que un'alternarsi, un ritmo, che richiede un lavo-
ro noto da tempo: stabilire tra due termini un
valore, un prezzo equo, alla giusta distanza, inter-
pretium. Questa funzione deve mirare a conti-
nuare, consolidando la relazione, incluso l'ascolto,
e richiede una continua oscillazione tra l'imme-
desimarsi nell'altro e in sé, in forma verbale e non
verbale, in un tempo attuale e passato, e via oscil-
lando, *gleichschwebend* (letteralmente veleg-
giando alla pari, equiplanando. Provo a tradurre
in veneto: *svolar gualivo*). Andrà bene? Le tradu-
zioni richiedono orecchio.

20. A volte è utile nella seduta associare una frase
del paziente a certi suoi suoni, se è in grado di
tollerare l'accostamento: il passo lento o svelto
con cui l'abbiamo sentito approssimarsi allo stu-
dio, il respiro frequente o calmo, scrocchio di dita,
borborigmi, dispnea. A volte nelle sue espressioni
si nota la frequenza, di parole appuntite anche
nei suoni, come "acuti, punte, aghi, spilli, fitti" e
le si riunisce in un'interpretazione dell'aggressi-
vità pungente, che può esprimersi anche con le
"i"². Altre volte è il tono tra dolente e incerto che
ci fa capire il bisogno di essere accolto.
Cerchiamo insomma di ascoltare i messaggi ritmi-
ci, tematici, dinamici e timbrici del paziente, oltre

² "Tutto ritorna in minimi fitti tagli" (Zanzotto, 1996)

al significato delle parole. Come nell'ascolto della musica, conviene non avere in mente un tema prevalente, meglio ancora non avere in mente nessuna melodia o sequenza armonica e aspettare che i suoni del nostro interlocutore ci giungano all'orecchio e che la loro bellezza ci accenda l'anima (Fornari, 1994). Un simile ascolto sarà di aiuto per comporre un piccolo lessico privato, ripercorrendo, grazie ai suoni, fasi dello sviluppo in cui si sono originati i sintomi, che in tal modo possono essere riascoltati e corretti.

21. Un ascolto cosciente, scientifico, serve a riconoscere e confrontare dettagli e può far perdere l'essenziale, ma non impedisce l'indispensabile ascolto preconscious e metaforico, che permetta di afferrare altre risonanze. I pazienti più gentili annotano "mi è venuta in mente una cosa che non c'entra". Con questo allertano il preconscious dell'analista, che si mette alla ricerca di collegamenti meno evidenti. Ma la "cosa che non c'entra" spesso è contenuta nel timbro e nel tono di voce. Sofferenza e bellezza sono spesso unite, non solo nelle opere dei romantici; per esempio nelle Passioni di Bach.

22. Molti esitano a utilizzare nel lavoro analitico i suoni più corporei prodotti dal paziente, tosse, borborigmi (Da Silva, 1990) ed a partecipare a fondo alla componente ludica della relazione analitica, che a volte può essere simile al suonare e improvvisare assieme (to play, jouer, spielen, come già suggerito, hanno i significati di giocare-suonare-rappresentare), perché ciascuno possa correggere il gioco secondo il proprio gusto (Lecourt, 1993) e la struttura delle rispettive gruppalità interne (Kaës, 1976; Anzieu, 1976). Se qualcuno non vede un rapporto tra gioco e respiro o scorregge, basta che giri la domanda a un bambino o a un jazzista. L'improvvisazione con i suoni è un gioco corporeo danzante, una forma magari iniziale di simbolizzazione.

23. Nel colloquio tra amici, nella seduta analitica, come nell'intesa del suonare assieme, fatta di

■ Corradi Fiumara G.
"Filosofia dell'ascolto", in Riv.
It. Psicoanal.
25,1,24-37, 1979.

■ Corradi Fiumara G.
Filosofia dell'ascolto, Jaca
Book, Milano, 1985.

■ Corradi Fiumara G.
Processo metaforico e
trasformazioni nel campo
analitico. Relazione tenuta al
X Congresso della SPI a
Rimini, ottobre 1994.

■ Da Silva G.
"Borborygms as Markers of
Psychic Work During Analytic
Session", in Int J Psycho-An.,
71, 4, 1990.

■ De Casper A.J., Fifer W.P.
"Of Human Bonding:
Newborns Prefer Their
Mothers' Voices", Science,
208, 1174-76, 1980.

■ Devoto G.
Avvicinato all'etimologia
italiana, Le Monnier, Firenze.
ripubbl. Mondadori,
Milano, 1979.

■ Dogana F.
Suono e senso. Fondamenti
teorici ed empirici del
simbolismo fonetico, Angeli,
Milano, 1988.

■ Faimberg H.
"Listening to Listening", in
Int J Psychoanal., 77, 4,
667-678, 1996.

■ Fornari F.
Psicoanalisi della musica,
Longanesi, Milano, 1984.

- Freud S.
L'Io e l'Es, Opere, vol. 9,
Boringhieri, Torino, 1977,
p. 487, 1922.
- Giaconia G.
"Problemi di tecnica nel
trattamento degli
adolescenti", in Trattato di
Psicoanalisi, a cura di A.A.
Semi, R. Cortina, Milano,
vol. 1, pp. 732-33, 1988.
- Giaconia G.
"Adolescenza. Mutamenti e
patologia", in Trattato di
Psicoanalisi, a cura di A.A.
Semi, R. Cortina, Milano,
vol. II, p. 877 e sgg., 1989.
- Green A.
Il discorso vivente,
Astrolabio, Roma, 1974.
- Greenson R.R.
Tecnica e pratica
psicoanalitica, Feltrinelli,
Milano, 1972.
- Heidegger M.
Vorträge und Aufsätze,
Verlag Günther Neske,
Pfullingen. Tr. it. Saggi e
discorsi, Mursia Milano,
1976.
- Kaës R.
L'appareil psychique
groupal, Dunod, Paris, 1976.
- Lecourt E.
Analyse de groupe et
musicotherapie, ESF,
Paris, 1993.
- Lecourt E.
L'expérience musicale.
Résonances
psychanalytiques,
L'Harmattan, Paris, 1994.

sguardi e gesti, solo un buon esercizio di ascolto permette di intonarsi e quindi di condividere profondamente il sentire dell'altro, paziente, musicista o analista. Bolognini (1995) descrive molto efficacemente come una paziente abbia condotto l'analista durante una seduta a provare disperazione, dolore e senso di fallimento; solo a questa condizione poté sentirsi capita e sollevata nella propria sofferenza, e riuscì a non abbandonare la cura. Bisogna ammettere che si tratta di un ascolto molto speciale, una paziente non usuale, un analista molto capace di ascolto. Meno tragici, ma simili alla paziente di Bolognini, vi sono molti esempi di melanconia messi in musica (Schön, 1994), che non hanno difficoltà a commuovere chi ascolta, compresi gli analisti. Arianna abbandonata da Teseo esprime nel canto la perdita dell'oggetto d'amore, trasformando il dolore in bellezza.

24. Il ritmo merita una riflessione a parte. È arcaico, primigenio. Pulsa fin dalla preistoria con il cuore, poi con il respiro, il succhiare, l'alternarsi sonno-veglia; è un elemento ludico, fa bello il gioco, crea pause e pieni, fiduciosa attesa della prossima prevista pulsazione, muove alla danza, è un indicatore e regolatore del senso del tempo.

24.1. Per ogni africano il tamburo parla, è uno strumento ritmico verbale.

Qualche corollario.

25. Simbolo. Il suono assume una quantità di significati, sta per molti oggetti, affetti e tipi di relazione, prima di diventare parola. È la prima melodia, la voce materna; il ritmo è continuità-discontinuità, gioco e danza. Il crescendo, diminuendo e la pausa corrispondono a sensazioni corporee di riempimento, svuotamento e sospensione. Un dato intervallo discendente nel pianto del bambino trasmette dolore. E tutto questo può diventare simbolo e gioco (Winnicott, 1971, 1989), e richiede a ciascuno un'attrezzatura rice-

vente.

25.1. Metafora. La comunicazione sonora in varie lingue, per esempio in alcune lingue africane, ha trovato base metaforica nelle tecnologie del filare e tessere. Così è ad esempio presso i Dogon (Calame-Griaule, 1965) come pure in lingue a noi vicine come greco, arabo, neolatine. Diciamo filare anche per amareggiare. Garzo, cardo, ghazl, stanno per opera o strumento di tessitura e di relazione amorosa. Il ronzo del fuso e della conversazione si intessono. Margherita all'arcolajo, Gretchen am Spinnrad, noto ed amato Lied di Schubert, ne è prova. L'ultimo nato di tante reti è Internet (sentito quante "t"?). E si torna al simbolo senza il quale non si parla.

25.2. Il mondo dei suoni ha la sua disciplina. Occorre intonarsi e andare a tempo per cantare, o per apprendere l'uso di uno strumento, è una disciplina psicofisica, può accrescere l'autostima, favorire l'esperienza grupale. Intonarsi va dall'imitazione, all'identificazione, richiede un investimento di affetto sulla relazione.

26. Riassumo ancora di più alcuni punti. L'ascolto, elemento essenziale dell'esperienza acustica, contribuisce o equivale a

- a) ricevere-contenere segnali acustici anche affettivi, altrimenti perché si direbbe "portare acqua con le orecchie?";
- b) confrontare e definire le rispettive identità sulla base di timbri, ritmi e intervalli personali (Lecourt, 1994), capacità di risuonare;
- c) avviare e integrare il senso del tempo e del periodo;
- d) dare spessore sonoro al movimento;
- e) aprire spazi di gioco e creatività, cioè sublimare attività pulsionali, godere i suoni;
- f) aprire illimitati campi di simbolizzazione.

Penso all'infinita saggezza della Torah, dove, prevedendo evidentemente cinema e televisione, si legge: "Non ti farai alcuna immagine", mentre non si pongono divieti alla comunicazione sonora, anzi e questo mi fa venire in mente, per ter-

■ Mancia M.
Nello sguardo di Narciso.
Saggi su memoria affetti e
creatività, Laterza, Bari, 1990.

■ Meltzer D.
"Temperatura e distanza come
dimensioni teniche
dell'interpretazione", in La
comprensione della bellezza,
Loescher, Torino,
pp. 170-186, 1981.

■ Petrella F.
L'ascolto e l'ostacolo.
Musica, discorso,
immaginazione nel lavoro
psicoanalitico. Inedito, 1995.

■ Rosolato G.
"La voix: entre corps et
langage", in Revue Française
de Psychanalyse, 1, 1974.

■ Rosolato G.
"L'écoute musicale comme
méditation", in Aa.Vv.,
Psychanalyse et musique, Les
belles lettres, Paris, 1982.

■ Rouget G.
La musique et la transe,
Gallimard, Paris. Tr. it. Musica
e transe. I rapporti fra fra la
musica e i fenomeni di
possessione, Einaudi,
Torino, 1986.

■ Schön A.
"Fonosimbolismo. Note su
comunicazione sonora e
musica", in Metaxù,
n. 10, 1990.

■ Schön A.
"Che farò senza Euridice?", in
Melancolia e musica, a cura
di V. Volterra, Il Cardo,
Venezia, 1990.

- Stern D.N.
The Interpersonal World of the infant, Basic Books, New York. Tr. it. Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Tomi tore T.T.
Storia delle sinestesie. Le origini dell'audizione colorata, Genova, 1986.
- Tomi tore T.T.
Scambi di sensi. Preistorie delle sinestesie, Centro scientifico torinese, 1998.
- Winnicott D.W.
Colloqui terapeutici con i bambini, tr. it. Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W.
Gioco e realtà, tr. it. Armando, Roma, 1974.
- Winnicott D.W.
Esplorazioni psicoanalitiche, tr. it. R. Cortina, Milano, 1995.
- Winnicott C.
"Prefazione: Donald Winnicott. una riflessione", in Esplorazioni psicoanalitiche, tr. it. R. Cortina, Milano, 1995.
- Zanzotto A.
Meteo, Donzelli, Roma, 1996.

minare, una frase di un filosofo-poeta del dialogo, attento ai suoni quanto alla parola della Torah: "Un mondo ordinato non è l'ordine del mondo. Vi sono momenti di grande silenzio nei quali l'ordine del mondo è visto come presente. E allora che si coglie nella sua leggerezza il suono, di cui il mondo ordinato è l'inspiegabile partitura" (Buber, 1959).

Il presente articolo è già comparso in "Paesaggi della mente" a cura di Sandra Gosso, Franco Angeli, Milano, 1997

Musicoterapia e tossicodipendenza

The Author is describing an activity of musical therapy by a group of people, in a specific department of a private clinic. Villa Igea in Modena. In the above mentioned department patients suffering from psychiatric diseases related to drugs dependence. The activity is imbued with a concept of armonization and tuning in a programme of music listening. This therapeutical course is divided in three parts characterized by an equal number of countertransfer moments. In addition to that a few parameters of Evidence Based Medicine are indicated in order to consider the activity illustrated.

Introduzione

"La Musicoterapia è finalizzata alla facilitazione di un progetto integrativo dell'identità, tale integrazione presuppone che all'interno dell'individuo avvenga una chiarificazione tra mondo interno e mondo esterno, che si attua da prima nello spazio, poi nel tempo ed infine nelle relazioni sociali. Favorire questo percorso di integrazione fino al massimo livello possibile per la singola persona è il nostro obiettivo strategico. Per il conseguimento di tale obiettivo utilizziamo una tattica che prevede come risultato intermedio una migliore armonizzazione della personalità" (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 1998).

Il concetto di armonizzazione implica una complessa successione di eventi mirata a promuovere uno sviluppo armonico dei vari analizzatori: sensoriali, motori, neuropsicologici, cognitivi, affettivi e sociali (Moretti 1976). Nei processi di apprendimento normale i momenti di disarmonia, che hanno un carattere di transitorietà, sono indispensabili per produrre quegli scarti evolutivi che potranno poi confluire in un nuovo equilibrio. La condizione di sofferenza psichica è invece caratterizzata da una disarmonia cronica a causa della quale le funzioni dei vari analizzatori non si integrano; il passaggio tra momenti di apprendimen-

**La Musicoterapia
è finalizzata alla
facilitazione di
un progetto
integrativo
dell'identità, tale
integrazione
presuppone che
all'interno
dell'individuo
avvenga una
chiarificazione
tra mondo
interno e mondo
esterno**

La sintonizzazione affettiva costituisce l'elemento tecnico principale nel lavoro musicoterapeutico di armonizzazione dell'handicap

to e consolidamento non avviene allora in modo fluido e coerente, ed il possibile cambiamento viene vissuto come qualcosa di minaccioso e catastrofi-

co, per cui lo stato di crisi non può risolversi.

Il processo terapeutico di armonizzazione riguarda innanzitutto i singoli analizzatori sensoriali e motori. L'obiettivo non è tanto quello di ottenere un funzionamento particolarmente progredito o sofisticato di questi, quanto piuttosto di portare ciascuno di essi ad integrarsi con sufficiente fluidità nella organizzazione mentale complessiva del paziente stesso. Occorrerà poi fare in modo che altrettanto fluido possa essere il passaggio tra i momenti di percezione sensoriale e quelli di elaborazione mentale, affinché possano avere successivamente luogo i processi di simbolizzazione (Bion, 1962).

Definiamo quanto sopra "armonizzazione interna". Essa rappresenta solo il primo tratto di un percorso che comprende anche l'armonizzazione tra mondo interno e mondo esterno. Possiamo assimilare quest'ultima ad un corretto sviluppo relazionale, il quale trae i suoi presupposti da una sufficiente armonizzazione del mondo interno e, al tempo stesso, secondo un'interazione bidirezionale, ne promuove l'ulteriore rafforzamento. Nel contesto della relazione musicoterapeutica vengono utilizzati parametri armonizzanti di tipo sonoro-musicale, i quali favoriscono lo sviluppo di sintonizzazioni di natura affettiva. Queste ultime, secondo Stern (1985; 1998), costituiscono il fondamento di qualsiasi modalità di comunicazione non verbale. Le sintonizzazioni rappresentano dunque la tecnica attraverso la quale perseguire l'obiettivo tattico dell'armonizzazione nel contesto della strategia complessiva della migliore integrazione possibile della personalità. Si tratta ora di vedere se il concetto di sintoniz-

zazione, come è stato chiarito e proposto nella teoria psicologica, sia assimilabile al linguaggio musicale e traducibile nei parametri che lo caratterizza-

no (Postacchini, 2000b). La sintonizzazione affettiva dunque costituisce l'elemento tecnico principale nel lavoro musicoterapeutico di armonizzazione dell'handicap (Moretti, 1980; Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 1998). Data la complessità di questo concetto è necessario un lungo lavoro per potersi familiarizzare con esso e raggiungere la conoscenza appropriata tanto al lavoro clinico, quanto ad un corretto approccio metodologico alla musicoterapia.

Secondo Manarolo e Garcia (2000): "Il difficile compito di integrare il corpo in un nuovo contesto (un contesto espressivo privo di rigidi punti di riferimento), di rapportarlo alla musica ascoltata e di rispondere ad una consegna, ad una aspettativa (spesso vissuta in termini prestazionali), viene talora risolto con l'attivazione di schemi motori propri del repertorio individuale, associati in maniera più o meno pertinente alle musiche ascoltate. Si tratta di una razionalizzazione non differente da quella che sottende la verbalizzazione di contenuti stereotipati o intellettualizzati in risposta ad un ascolto. In altri casi la risposta emotiva (risultato di un'articolata interazione fra un soggetto, connotato da un particolare e mutevole stato psicofisico, e le sollecitazioni ambientali, relazionali e musicali proposte dal conduttore) prevale sul controllo e il corpo ne può essere agito. Il fare (il sentirsi agiti), come il non fare (il sentirsi bloccati), testimoniano una dissociazione psicocorporea.

Anche nell'ascolto a mediazione verbale troviamo situazioni analoghe, basti rammentare gli aspetti logorroici o l'inibizione al limite del mutismo di alcune verbalizzazioni. La consegna di

"muoversi" (dal punto di vista verbale e corporeo) liberamente seguendo le sollecitazioni di una musica rivela quindi il nostro stile, le nostre prevedibilità motorie e/o la nostra conflittualità psico-corporea. La libertà espressiva mette a nudo i nostri automatismi psicomotori e il nostro livello di integrazione psicocorporea.

L'ascolto a mediazione verbale si configura apparentemente come una modalità di fruizione musicale maggiormente passiva. Sappiamo che non è così. Si riceve una sollecitazione senso-percettiva, un'impressione simbolica ed i processi interni che ne derivano possono far emergere "pensieri non pensati" (Gaita, 1991) dando luogo ad un fatto creativo. Sentire la musica senza muoversi impone un confronto con le nostre sensazioni potendo favorire un'attività psichica di tipo elaborativo e rendendo forse più difficile un processo evacuativo. Sappiamo tuttavia come tale processo possa essere attivato esclusivamente per via psichica. In ogni caso la limitazione della motricità, sotto l'effetto induttore della musica, può facilitare un'attività rappresentativa legata al corpo fisiologico ed al corpo libidico e può inoltre evocare ricordi infantili (ad es. i giochi ritmici e di movimento della propria infanzia). La mentalizzazione della motricità sotto l'effetto induttore della musica può quindi attivare rappresentazioni e simbolizzazioni corporee. In un ascolto a mediazione verbale la distanza che separa il soggetto dalla musica appare forse più definita di quanto lo sia ad es. in un corpo che danza; i nostri processi psicologici possono però amplificare o annullare tale spazio. Alcune considerazioni che si potrebbero fare per l'ascolto a mediazione corporea valgono anche per l'ascolto a mediazione verbale. La parola può divenire solo un fatto motorio, una scarica. La parola può esprimere razionalizzazioni o contenuti banali più in rapporto con il tentativo di essere adeguati alla consegna (esprimi ciò che la musica ti suscita) che con un'autentica risonanza interiore" (Garcia e Manarolo, 2000).

Il gruppo di ascolto

L'attività del gruppo di musicoterapia nel reparto 27 della Casa di Cura per disturbi psichici Villa Igea di Modena è iniziata nel febbraio del 2000. Nel reparto sono ricoverati pazienti con "doppia diagnosi" (Rigliano Miragoli 2000) i quali rientrano in una delle classi individuate da First e Gladis 1993. Si tratta cioè di pazienti affetti da un disturbo psichiatrico primario con tossicodipendenza secondaria (MICA); oppure da disturbo da uso di sostanza primario con disturbo psichiatrico secondario (CAMI); oppure da disturbo psichiatrico primario con tossicomania primaria. Del gruppo hanno sempre fatto parte alcuni pazienti alcoolisti. In questa sede non entreremo nella discussione di detta nosografia. In reparto sono ricoverati circa 20 pazienti e non tutti partecipano alla attività di musicoterapia. Un criterio selettivo prevede che i pazienti più disturbati, ad esempio quelli in fase di eccitamento maniacale o quelli particolarmente sofferenti per astinenza, non partecipino alla attività, così pure quelli appena ricoverati.

Il reparto è caratterizzato da un alto turnover di ricoveri e dimissioni e questo rende sostanzialmente impossibile poter contare su un gruppo stabile, anche se dopo l'estate, a seguito dell'affinamento del lavoro terapeutico e dei continui ripensamenti dell'équipe curante, è possibile contare su periodi di ricovero più lunghi e su una maggiore stabilità complessiva del gruppo dei pazienti. Il continuo ricambio degli stessi comunque rimane uno degli aspetti fondamentali.

Alla attività partecipano un medico psichiatra e musicista (Postacchini) in qualità di conduttore, la caposala e la assistente sociale. Gli infermieri sono presenti in numero di uno o due, ma cambiano continuamente in considerazione dei turni di lavoro e quindi generalmente partecipano non più di una volta al mese. Sempre dopo l'estate si sono aggiunti un infermiere psichiatrico in formazione ed uno psicologo tirocinante. Il gruppo

dei pazienti è composto in media da 14 persone; in una occasione vi sono stati solo sei pazienti, in altre si è giunti sino a 19, un numero troppo elevato. Si è pertanto deciso che il gruppo dei pazienti non superi le 15 unità.

Il gruppo si svolge tutti i giovedì dalle 14,45 alle 16, orario scelto in considerazione delle esigenze di reparto, e va tenuto conto che molti pazienti risultano sedati per la recente assunzione della terapia.

I pazienti sono disposti seduti in cerchio, in una prima fase in una palestra di 8x8 esterna al reparto, ed attualmente in una stanza di 8x5, bene illuminata, collocata all'interno del reparto, dotata di sedie e di un apparato hi-fi. La attuale sistemazione, anche se l'ambiente è più piccolo, si è rivelata più idonea per il contenimento dei pazienti, in quanto essendo collocata in reparto permette una più facile organizzazione del lavoro da parte del personale.

Fino a questo punto l'attività è stata fondata sull'ascolto, pur essendo disponibili strumenti a percussione che possono consentire attività di tipo improvvisativo. Non vengono utilizzati strumenti a fiato per ovvie necessità sanitarie essendo la maggior parte dei pazienti affetti da epatite A, B o C, sieropositivi o malati di Aids.

La attività ha conosciuto una evoluzione importante che ci permette oggi di descriverla in tre fasi successive.

1) In una prima fase, che coincideva anche con il momento di recente apertura del reparto, la maggiore difficoltà è stata quella di farsi accettare dal gruppo dei pazienti e di non venire rapidamente espulsi, cosa peraltro già avvenuta con altri operatori in altre attività. In questa fase si è deciso di non utilizzare strumenti anche in considerazione dell'alto grado di aggressività dei pazienti e del conseguente pericolo. Il conduttore ha così cercato di lasciare spazio alle discussioni di gruppo sollecitate e stimolate dall'impiego di materiali musicali che gli venivano richiesti, in

generale canzoni di repertorio hard rock o heavy metal, o in più di una occasione portati dai pazienti stessi. Questa strategia da un lato ha consentito ad alcuni pazienti di emergere come leaders, permettendo anche di cogliere una conoscenza e una specifica cultura del fatto musicale. Dall'altro lato ha peraltro collocato il conduttore in una posizione di sostanziale passività alimentata da vissuti controtransferali di tipo negativo, quali ad esempio il timore di un possibile scatenamento di risse tra i pazienti. Questo timore si è in effetti materializzato in due differenti occasioni: la prima per futili motivi legati ad una incomprensione tra due pazienti, e comunque derivata da una forte preesistente tensione del reparto; la seconda in occasione di una forte discussione scatenata dall'ascolto di un brano dei Pink Floyd molto gradito da alcuni, ma inaccettabile per altri. Il fragile narcisismo e l'onnipotenza del gruppo, sono esplosi in questi momenti creando una forte e pericolosa tensione. Questa è stata anche la fase nella quale il ricambio dei pazienti era molto veloce al punto che da una settimana all'altra il gruppo poteva anche essere interamente cambiato. Nonostante le difficoltà esposte vi sono state sedute in cui sono emersi vissuti molto importanti, come ad esempio quella nella quale la scissione del gruppo si stava manifestando in una contrapposizione tra pazienti del nord fautori di Vasco Rossi e pazienti del sud fautori di Pino Daniele. La scelta del conduttore è stata a questo punto di fare ascoltare "La canzone di Marinella" di Fabrizio De Andrè che ha provocato l'incanto di un ascolto estatico e rapito da parte di tutto il gruppo. Alla domanda se questa musica fosse del nord o del sud, un paziente meridionale, in posizione di leader ha risposto: "Questo è un poeta e piace a tutti" mettendo in questo modo tutti d'accordo.

2) La seconda fase si è verificata a ridosso dell'estate ed in questo caso, sia per la maggiore stabilità del gruppo, sia per una maggiore tranquillità

del conduttore, sostenuto da vissuti transferali più positivi, è stato possibile somministrare materiali di ascolto, di esclusiva presentazione del conduttore, sui quali fare lavorare il gruppo evocando e chiarificando le emozioni determinate dall'ascolto, sino a raggiungere momenti di lavoro introspettivo anche profondo. Molto utile si è rivelato l'utilizzazione di brani ripresi dal repertorio klezmer ed in particolare musiche del clarinetista Giora Feidman (tecnica peraltro suggerita al conduttore da due differenti terapeuti che operano con pazienti tossicodipendenti a Torino ed in Svizzera) che hanno sollecitato una forte attivazione psicomotoria del gruppo; al punto che i pazienti, generalmente disposti seduti in cerchio, hanno accettato di ballare seguendo il ritmo della musica. In questa occasione molto importante è stato il ruolo delle pazienti donne che hanno svolto una funzione propositiva e propulsiva invitando gli uomini a cimentarsi nella danza, mentre questi ultimi onnipotenti a parole, sono rimasti esposti ad una ben magra figura e ad un evidente smacco. Le donne si sono poi arrangiate danzando tra di loro.

3) La terza fase si è sviluppata dopo una importante riunione di équipe avvenuta agli inizi di dicembre. Dopo quell' incontro nel quale sono state esaminate alcune difficoltà connesse all'attività (quali ad esempio: la constatata maggior agitazione dei pazienti, che dopo la attività chiedevano insistentemente agli infermieri la terapia al bisogno; una sostanziale non fluida informazione reciproca tra il personale del reparto ed il conduttore dell'attività; alcuni atteggiamenti aggressivi del conduttore nei confronti del gruppo; una tendenza del conduttore ad accontentare le richieste musicali dei pazienti quasi fosse un disk-jockey, più che un atteggiamento volto a contenere tensioni ed angosce) il lavoro ha assunto una differente fisionomia. Si è così più volte manifestata, attraverso la: "scoperta della sofferenza psichica, anche formalizzata in una struttura nosologica, la possibilità di cogliere

com e il dolore psichico si apra la sua strada, si costruisca il suo percorso dentro la persona, com e arrivi a incontrare varie occasioni e differenti mezzi di occultamento disponibili nell'ambiente della cultura e socializzazione, com e questo incida saldando pezzi prima sparsi, com e ne derivi una nuova architettura mentale fondata sull'uso quotidiano e continuato della sostanza, com e tutto si ridisponga a consentire la ripetizione dell'incontro con la sostanza, all'infinito, al fine di rinnovare un significato straordinariamente positivo di quella persona." (Rigliano, Miragoli 2000).

Il lavoro pertanto si è mosso nella direzione di esplorare le tre direzioni proposte da Montinari (1999) e cioè "gli interventi del padre", "gli interventi della madre", "gli interventi dell'io". Fino ad ora si è in particolare lavorato sul ruolo paterno e l'immaginario collettivo del gruppo è stato orientato e diretto a rappresentare attraverso l'ascolto di materiali musicali, una passeggiata con il proprio padre utilizzando materiali quali: "Des pas sur la neige" di Debussy, l'aria: "Madamina, il catalogo è questo..." del Don Giovanni di Mozart e l'aria "Non più andrai farfallone amoroso" delle Nozze di Figaro di Mozart. Queste arie in particolare hanno permesso di esplorare intensi ricordi infantili e vissuti di assenza o presenza terrificata della figura paterna o, in pochi casi, ricordi di presenze positive. In particolare le arie mozartiane hanno consentito la esplorazione della seduzione sulla quale il gruppo si è a lungo soffermato. Il gruppo ha così potuto lavorare, anche con momenti di forte ironia ed un importante lavoro introspettivo, sul differente significato della sessualità per l'uomo e per la donna e sulle proprie dolorose esperienze sentimentali. Anche in questo caso le donne hanno mostrato una maggiore capacità introspettiva e di elaborazione, mentre gli uomini sono rimasti più invischiati in posizioni di ostentata dimostrazione della propria virilità. In generale la presenza di pazienti alcoolisti, comunque

in una condizione di maggiore serenità personale e di minore impregnazione farmacologica, ha dato un contributo importante allo sviluppo della discussione. In tutti i casi la scelta di repertorio non è più ora fortemente vincolata alla presenza o meno di materiale verbale, in lingua italiana o inglese, ma l'ascolto si muove verso le emozioni indifferentemente con musiche puramente strumentali o con materiali vocali. Ad es. ugualmente intensi e fecondi in tal senso sono stati l'ascolto del secondo movimento della "Sesta sinfonia" di L. V. Beethoven (Scena presso il ruscello) o del "Magnificat" interpretato da Mina, in un riarrangiamento di canti gregoriani che è stato molto apprezzato, o del brano "Whiter Shade Of Pale" che nella interpretazione di Michael Bolton ha evocato intensi ricordi adolescenziali.

La caratteristica sostanziale di questo gruppo di lavoro è pertanto quella, dato il ricambio continuo dei pazienti, di dover essere pensato astrattamente come gruppo, e cioè come un contenitore di emozioni che comunque, una volta espresse ed in parte elaborate, possano lasciare una traccia che continua a circolare tra i pazienti e nel reparto e che costituisce ora l'idea del gruppo e l'identità di questa attività (Mancia, 1990; Lecourt, 1993; Grinberg e Grinberg, 1975).

Alcune Riflessioni

Volendo ragionare in termini di Evidence Based Medicine l'attività ci consente quindi di trovare possibili e valutabili risposte alle seguenti domande: 1) In che modo l'intervento interviene nel processo di regolazione e rielaborazione delle emozioni, specie di quelle negative intense e legate ad eventi traumatici.

Nella relazione musicoterapeutica, fondata secondo noi su un modello di riferimento psicologico legato alla psicoanalisi ed attento, per quello che riguarda lo studio del parametro musicale a tutti gli aspetti della comunicazione non

verbale, risultano fondamentali tre punti:

- 1) Lo studio del transfert;
- 2) La valutazione del controtransfert;
- 3) Il lavoro sulle sintonizzazioni.

Queste consentono, secondo la concezione di Stern (1985), una prima elaborazione sotto forma di Rappresentazioni di Interazioni Generalizzate (RIG), che confluiranno poi, di sintonizzazione in sintonizzazione, fino al lavoro rappresentativo più complesso e simbolico.

2) Com e si passa dalla espressività spontanea a quella codificata ed intenzionale.

Il passaggio dalla espressività alla simbolizzazione possiamo concepirlo attraverso un lavoro di armonizzazione, per gradi di complessità successiva, a partire dalle percezioni amodali, che confluiscono poi nelle sinestesie, fino a raggiungere le rappresentazioni di livello via via più elevato.

3) Quale è il ruolo dell'apprendimento delle tecniche.

L'apprendimento di una tecnica, nel nostro caso coincide con la progressiva acquisizione di informazioni e conoscenze tecniche storiche e formali, connesse a curiosità e domande che man mano i pazienti sono sollecitati a fare al conduttore ed alle quali ottengono risposte e chiarificazioni. Le informazioni così ottenute progressivamente portano il gruppo ad acquisire più confidenza e meno reverenziale timore verso, ad es., la musica "colta". Una recente domanda è stata: "Perché la musica classica occupa tempi così lunghi rispetto alla musica leggera?". Questa domanda ha consentito ampie riflessioni, e va dato atto ai pazienti di aver saputo dimostrare una accettabile tolleranza anche verso materiali "lunghi", pur sempre spiegati ed emotivamente motivati.

L'interiorizzazione di questo principio costituisce un apprendimento di tecnica e favorisce l'origine di un pensiero simbolico (in quanto implica una distanza ed una differenziazione) contrapposto alla pura espressione imitativa di una condotta motoria, uditiva, visiva, tattile, gustativa, olfatti-

va e così via (Bion, 1962; Dogana, 1984; Bruscia, 1989; Lecourt, 1993, 1994).

4) A quale livello di simbolizzazione (elaborazione simbolica) giunge ogni forma di intervento.

Il livello è determinato dallo schema proposto da Moretti (1980), e cioè dai livelli massivo, per categorizzazione, per denotazione, per modalizzazione di funzionamento mentale che costituiscono comunque dei modi di elaborazione, a condizione che i processi di pensiero siano costituiti su modalità armoniche. Con il concetto di armonico vogliamo intendere che tutti gli analizzatori, funzionino coerentemente o tutti sensorialmente, o tutti mentalmente; in questo caso parleremo di armonia. Qualora invece alcuni analizzatori siano impegnati in modo sensoriale ed altri in modo mentale parleremo di disarmonia.

È nostra ipotesi che il funzionamento mentale armonico sia, per ciascuno dei livelli indicati, denotativo di un comportamento motivato e quindi simbolico, mentre, viceversa, comportamenti fortemente disarmonici siano espressione di una istintività non motivata del comportamento.

5) Quali sono gli effetti cognitivi a breve e lungo termine di ogni tipo di intervento?

Da quanto sopra esposto la risposta a questo punto presuppone una attenzione alla struttura funzionale dell'handicap che stiamo esplorando e cioè: della struttura funzionale neuropsicologica; del tipo di apprendimento elaborativo o non elaborativo; del tipo di relazione oggettuale pregenitale o genitale; delle complicità prevedibili che quell'handicap, per la sua stessa struttura, ha. Possiamo ipotizzare che a breve termine l'intervento di integrazione progettato e proposto attraverso l'impiego del parametro musicale, consenta (mediante l'articolazione di parametri: intensità, velocità, durata, complessità formale e così via; Postacchini, 2000a) di fornire un "ingresso" ad informazioni che favoriscono nuove assimilazioni e la scoperta di nuove esperienze.

Come tale questo costituisce, dal punto di vista

■ Bion W. R.
Learning from Experience,
William Heinemann, Medical
Books, Ltd. tr. it. Apprendere
dall'esperienza, Armando,
Roma, 1972.

■ Bruscia K. E.
Defining Music Therapy,
Barcelona Publishers,
Phoenixville, tr. it. Definire la
Musicoterapia, I.s.m.e.z.,
Roma, 1993.

■ Dogana F.
Suono e senso, FrancoAngeli,
Milano, 1984.

■ First M. B., Gladis M. M.
Dual Diagnosis evaluation,
treatment, training and pro-
gram development, pp. 22-38.
Plenum Publishing Co.: New
York, 1993.

■ Gaita D.
Il Pensiero del Cuore,
Bompiani, Milano, 1991.

■ Grinberg L., Grinberg R.
Identidad y cambio, Editorial
Nova, Buenos Aires, tr. it.
Identità e cambiamento,
Armando, Roma, 1976.

■ Lecourt E.
L'expérience Musicale,
résonances Psychoanalytiques,
l'Harmattan, Paris, 1994.

■ Lecourt E.
Analisi di gruppo e musicote-
rapia, Cittadella editrice,
Assisi, 1996.

■ Manarolo G., Garcia M. E.
Il laboratorio di ascolto, in P.L.
Postacchini (a cura di)
Emozioni e musicoterapia, op-
cit. Quaderni di musica appli-
cata, Assisi, 2000.

- Mancia M.
Nello sguardo di Narciso,
Laterza, Roma-Bari, 1990.
- Montinari G.
La malattia istituzionale dei
gruppi di lavoro psichiatrici,
Franco Angeli, Milano, 1999.
- Moretti G.,
Problemi di psicopatologia
dell'età evolutiva, Vita e
Pensiero, Milano, 1976.
- Moretti G.,
Metodo e prassi in neuropsi-
chiatra infantile, Vita e
Pensiero, Milano, 1980.
- Postacchini P.L.
Musica, emozioni e teoria del-
l'attaccamento, Musica &
Terapia n° 3, 2001.
- Postacchini P. L.
Rappresentazione degli affetti
e forme musicali. In: P.L.
Postacchini (a cura di)
Emozioni e musicoterapia.
Quaderni di musica applicata,
P.C.C. Assisi, 2000b.
- Postacchini P. L., Ricciotti
A., Borghesi M.
Lineamenti di musicoterapia,
Carocci, Roma, 1998.
- Rigliano P., Miragoli P.,
Tossicmani e sofferenza men-
tale. La questione della doppia
diagnosi. Rivista sperimentale
di Freniatria Volume CXXIV n.
2, pp. 83-95, giugno 2000.
- Stern D.N.
The Interpersonal World of the
Infant, Basic Books, New York,
1985 tr. it. Il mondo interper-
sonale del bambino,
Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D.N.,
Le interazioni madre bambino
nello sviluppo e nella clinica,
Cortina, Milano, 1998.

strettamente cognitivo, un processo verso acquisizioni di straordinaria ricchezza ed importanza per il soggetto.

A lungo termine possiamo ipotizzare ancora che l'intervento di integrazione così progettato consenta un apprendimento di tipo evolutivo, nel contesto del comportamento motorio, sensoriale, neuropsicologico, psicologico e sociale. Possiamo sostenere cioè che in tutte queste aree di comportamento siano possibili fenomeni di rielaborazione e di riflessione motivata.

6) Quali gli effetti più generali sull'organismo a breve e lungo termine?

Nel caso degli effetti più generali sull'organismo siamo proprio nell'ambito del progetto integrativo vero e proprio, e cioè della finalità strettamente terapeutica.

Da quanto esposto al punto 1 risulta chiaro che l'obiettivo che si raggiunge a breve termine è quello di un rilassamento generalizzato. In tale stato mentale le unità motorie ed i singoli analizzatori funzioneranno: o tutti a livello sensoriale o tutti a livello mentale, cioè in modo armonico. Questa modalità rilassata è favorevole alla elaborazione ed alla acquisizione, quindi all'accomodamento, di nuovi concetti.

Tutto questo favorisce ampiamente e facilita la conoscenza dello schema corporeo, consentendo una articolazione ed una motivata differenziazione tra interno ed esterno.

A lungo termine si verifica una integrazione, a livello temporale, spaziale e sociale, di tutta la personalità, attraverso un lavoro di armonizzazione complessiva il cui indicatore sarà ancora una volta il passaggio da condizioni tese a condizioni rilassate. Possiamo immaginare che in un contesto di rilassamento generalizzato tali integrazioni costituiscano una esperienza di forte coesione del Sé e quindi una esperienza di apprendimento e di consolidamento dell'Io. In tal modo si rafforza la percezione dello schema corporeo, venendo confermata la differenziazione tra interno ed esterno e risultando caratterizzata quella tra schema statico e dinamico.

Il paziente in coma: stimolazione sonoro- musicale o musicoterapia?

In this paper the Authors advance some considerations concerning sound-musical stimulation of acute coma-patient. Our clinical experience leads us to underline the relational aspects concerning a passive patient as the coma one and to include that sound-musical stimulation is a form of musicotherapy.

Da quando abbiamo iniziato ad occuparci del paziente in coma, circa cinque anni fa, abbiamo sempre preferito parlare di stimolazione sonoro-musicale (Scarso et Al. 1998, a). Il termine musicoterapia fa riferimento ad una interazione che con il paziente in coma non sembra possibile. La sua passività induce il concetto che non si tratta tanto di interagire con lui, quanto di cercare una stimolazione che sia in grado di "richiamare" la sua "attenzione" verso la sorgente della stimolazione stessa, ovvero il mondo esterno.

Dopo le prime esperienze cliniche abbiamo parzialmente riveduto questa concezione, riportando in una posizione più centrale quella che maggiormente rappresentava una cornice, un contenitore della stimolazione, cioè la componente comunicativo-relazionale.

Parlare al paziente, presentarsi a lui o lei, spiegare che cosa si farà, chiedere com'è andato l'ascolto, sono aspetti che sono sempre stati presenti nell'approccio terapeutico, ma avevano, come già detto, una funzione più marginale: rappresentavano un indispensabile tentativo di instaurare un rapporto anche quando il tipo di coma e la sua profondità rendevano poco probabile che tale comunicazione fosse accessibile al paziente. D'altronde la stimolazione sonoro-musicale veniva scelta proprio perchè non verbale nell'ipotesi che risultasse più facilmente accessibile ad un cervello leso (Scarso et Al., 1998,a).

Altrimenti si sarebbe potuto pensare di raccontare, leggere al paziente dei libri, delle storie, delle

**Il termine
musicoterapia
fa riferimento ad
una interazione
che con il
paziente in coma
non sembra
possibile.**

L'assenza di coscienza, la mancanza di contatto con l'esterno, la passività, non ci devono far recedere dal tentativo di comunicare con il paziente

fiabe, articoli di quotidiani e parlargli del più e del meno.

L'esperienza ultimamente maturata ha spostato di 180 gradi la posizione iniziale.

L'aspetto terapeutico è comunicare al paziente l'intento di cercare di entrare in comunicazione con lui.

L'assenza di coscienza, la mancanza di contatto con l'esterno, la passività, non ci devono far recedere dal tentativo di comunicare con il paziente. Certamente avremo situazioni diverse a seconda che non si colga alcuna risposta oppure che qualche reazione inizi a comparire o, ancora, che il paziente, anche solo con semplici movimenti mimici, sia in grado di instaurare una sia pur difficoltosa, discontinua, frammentaria, elementare comunicazione. Lo spostamento di 180 gradi fa sì che l'ascolto della musica assuma l'aspetto di un "oggetto intermediario" (Benenzon, 1997) il quale permette l'instaurarsi di una comunicazione. La "prescrizione" della stimolazione sonoro-musicale che doveva essere assunta in determinati orari, per una certa durata, ad una determinata "intensità", sembra, alla luce di queste considerazioni, aver perso il proprio significato e la propria ragion d'essere.

Queste considerazioni scaturiscono dalle osservazioni cliniche effettuate nell'assistenza ad una paziente in coma ricoverata in un reparto di terapia intensiva per una durata superiore a due mesi fino all'uscita dallo stato di coma. Si tratta di una signora di 51 anni, coniugata, maestra d'asilo, con interessi e competenze musicali, ricoverata a seguito di trauma cranico per tentativo anticonservativo tramite precipitazione dal primo piano. Sono state effettuate sedute di ascolto con cadenza quasi quotidiana e con registrazione di parametri fisiologici come la fre-

quenza cardiaca, la pressione arteriosa massima e minima, il ritmo ventilatorio, la saturazione arteriosa di ossigeno. La paziente ha recuperato piena

coscienza e comunica verbalmente con l'ambiente esterno in modo corretto. Persistono difficoltà motorie soprattutto agli arti inferiori per la presenza di fratture.

Sulla base anche della comunicazione verbale che si è potuta instaurare con la paziente, ci si è resi conto che la presenza e la figura del terapeuta assumono un ruolo centrale. La sua presenza costante ad ogni seduta di ascolto diviene il vero e proprio agente terapeutico. Non è indispensabile che sia sempre la stessa persona: può essere un'equipe curante che, a sua volta, non dovrebbe essere troppo numerosa. Si deve avere una certa costanza di voci e volti percepiti.

Perché scegliere la musica come oggetto intermediario? La domanda può essere rivolta: ve ne sono altre? Una comunicazione verbale può risultare più inaccessibile ad un paziente in coma e molto faticosa per chi cerca di interagire con lui. Si potrebbe pensare ad una stimolazione tattile. Questa, infatti, non è esclusa e può attuarsi congiuntamente a quella sonoro-musicale. La stimolazione tattile può, d'altronde, risultare problematica in caso di fratture agli arti che possono provocare dolore (così come la stimolazione sonoro-musicale appare controindicata in caso di edemi ed ematomi cerebrali, Urciuoli et Al., 1999).

La musica si propone, quindi, per il suo significato di comunicazione non verbale, ma, da quanto detto, anche perché favorisce uno stare insieme reso problematico dall'assenza e passività di uno dei partecipanti: dopo un po' non si sa più che cosa dire.

La musica diventa un'"area comune dei giochi" (Winnicott, 1973), un argomento comune che permette di stare insieme senza imbarazzo e fatica. Si ascolta insieme la musica. Si può anche produrre musica al letto del paziente. Secondo quest'ottica la distinzione fra musicoterapia dal vivo e registrata in cuffia viene a perdere un po' di significato.

La produzione dal vivo presenta numerosi vantaggi: il rapporto è più immediato, la musica può essere modulata in relazione alle risposte del paziente, si può cercare di entrare in comunicazione variando la musica ed il canto in concomitanza al ritmo del paziente (ventilatorio, cardiaco). Questa non è sempre facilmente attuabile in una unità di terapia intensiva dove più pazienti si trovano spesso in un'unica stanza che solitamente non è attrezzata per fornire una buona acustica e, inoltre, richiede competenze musicali che difficilmente si trovano riunite in una sola persona preparata musicalmente e terapeutica-mente: la figura del musicoterapeuta, appunto, che non è ancora ufficialmente riconosciuta. L'ascolto in cuffia presenta a questo riguardo alcuni vantaggi relativi ad una più facile effettuabilità: non si "disturbano" altri pazienti, la persona che esplica la funzione terapeutica non deve necessariamente essere un musicista. La musica dal vivo può essere più facilmente adattata alla situazione clinica del paziente: una ninna-nanna accompagnata da un movimento del palmo della mano dall'alto verso il basso può avere un effetto calmante (Papousek, 1994); un brano più ritmato accompagnato da un tamburellare delle dita dal basso verso l'alto può avere un effetto stimolante (Papousek, 1994).

I rumori del reparto possono essere recuperati "musicalmente": gli allarmi ansiogeni possono essere imitati col canto e ripetuti e, quindi, depauperati del loro carico d'ansia.

L'ascolto in cuffia è meno duttile da questo

punto di vista. Tuttavia si potrà disporre di musiche con caratteristiche diverse che si potranno far ascoltare in relazione alla situazione clinica del paziente, non escludendo la possibilità di una interazione somatica come quella descritta, soprattutto quando si possa attuare un ascolto in doppia cuffia, o di una comunicazione verbale, interrompendo momentaneamente il brano. La cuffia, inoltre, isola durante il suo utilizzo dai rumori di fondo che possono interferire anche in modo fastidioso ed ansiogeno. Insomma vi sono vantaggi e svantaggi per ciascuna forma di approccio. Molto dipenderà dalla disponibilità di musicoterapeuti preparati, dalle caratteristiche del reparto e dall'atteggiamento del personale nei confronti di un metodo e dell'altro.

Un importante aspetto è: quale musica proporre? Abbiamo già visto la musica come linguaggio non verbale e come "argomento comune" che facilmente si offre per attuare una comunicazione. È, infatti, difficile trovare persone che non abbiano almeno un po' d'interesse in qualche tipo di musica e non ci è mai capitato di incontrare casi di musicofobia.

Fin dall'inizio le idee su questo punto sono state chiare: il paziente deve ascoltare musiche a lui conosciute e gradite, sulla base di informazioni ottenute da familiari ed amici la cui partecipazione al processo terapeutico è fondamentale (Scarso et Al., 1998, b).

Tuttavia, in base alle considerazioni qui proposte, non si tratta soltanto di mantenere una stimolazione ed una continuità nella memoria e nel senso di identità del soggetto, ma anche e soprattutto di inviare un messaggio preciso: "tu non sei solo; non sei solo un corpo che giace in un letto di questo reparto; tu sei una persona che conosciamo; conosciamo il tuo passato e le tue preferenze; non sei uno sconosciuto, noi siamo qui". Questo riveste un significato terapeutico fondamentale nel tentativo di entrare in comu-

■ Benenzon R.O.

La nuova musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1997.

■ Benenzon R.O.

Musicoterapia, esperienze di
supervisione, Phoenix,
Roma, 2000.

■ Papousek M.

Melodies in caregivers' speech:
a species-specific guidance
towards language. *Early
Development and Parenting*,
1994, 3, pp. 5-17.

■ Scarso G., Emanuelli G.,
Salza P., De Bacco C.

La stimolazione sonoro-musi-
cale di pazienti in coma. In:
Manarolo G., Borghesi M.
(a cura di) *Music & terapia*.
Cosmopolis, Torino, 1998,
pp. 332-335 (a).

■ Scarso G., Emanuelli G.,
De Bacco C., Salza P., Livigni
S., Rovera G.G., Urduoli R.

La stimolazione sonoro-musi-
cale in pazienti in stato di
coma post-traumatico: meto-
dologia della ricerca.

In: Pistorio G., Scarso G.
(a cura di) *Musicoterapia*. CSE,
Torino, 1998, pp. 11-24 (b).

■ Urduoli R., Scarso G.,
Livigni S., Emanuelli G., De
Bacco C., Salza P., Rovera G.G.

Sound-musical stimulation of
comatose patients: theoretical
basis for a research program.
Intensive Care Medicine,
1999, 25, pp. 422-425.

■ Winnicott D.

(Ed.It.) *Il bambino e il mondo
esterno*. Giunti, Firenze, 1973.

nicazione con il paziente in quanto rappresenta un messaggio rassicuratorio, incoraggiante, ansiolitico.

In conclusione, quindi, se anche con il paziente in coma l'agente terapeutico principale è la relazione (Benenzon, 2000), riteniamo che anche in questo caso si possa parlare a pieno diritto di musicoterapia.

Osservazione del malato di alzheimer e terapia musicale

The authors present a theoretical work with the purpose to show a method of observation in music therapy to treat Alzheimer's disease at an advanced stage. The research is based on a wide study cases examined in special homes for Alzheimer in Italy. The method is based on a collection of facts established after careful observation of the latent capacities of the patient instead of considering the great damage of his higher faculties. The data examined concern the human being using his body and sense – organs and expressing his feelings through them, as they are conceived the constitutional elements of the expression of the Self for the patient at an advanced stage. The collection of the observation facts and the interpretation of it in a musical point of view is fundamental in order to build up the musictherapy relationship. The research wants to stress the importance of the period of observation based on the way described.

La presente ricerca è tuttora in corso. In questa sede presentiamo i risultati parziali ottenuti dopo un anno di lavoro con soggetti affetti da morbo di Alzheimer.

1. I soggetti

La presente ricerca è tuttora in corso. In questa sede presentiamo i risultati parziali ottenuti dopo un anno di lavoro con soggetti affetti da morbo di Alzheimer.

Le istituzioni nelle quali sono stati osservati i pazienti sono: il Nucleo Alzheimer degli Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi di Lecco e il Centro Diurno Integrato della Casa di riposo G.Prina di Erba.

I soggetti contattati sono stati 15, tutti ad uno stadio medio-grave della malattia: in riferimento alla "Global Deterioration Scale" (B.Reisberg, T.H.Ferris, T.Crook, 1982) si collocano al 6° stadio funzionale e al 3° della "Clinical Dementia Rating" o CDR (Hughees et al; Heyman et al, 1987). Le considerazioni e le riflessioni che condurremo nella nostra presentazione, fanno riferimento a 5 di questi soggetti.

Il metodo di osservazione indicato prevede la stesura, al termine di ogni seduta, di un protocollo di osservazione

2. Obiettivi della ricerca

Verificare la pertinenza di un metodo di osservazione e di valutazione in funzione di:

- Indagare in che modo

sia possibile aprire dei canali di comunicazione e favorire la strutturazione di nuove modalità di interazione con la realtà dei pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer, attraverso gli strumenti dell'intervento musicoterapico.

- Verificare quindi la validità del trattamento musicoterapico con pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer anche agli stadi medio-gravi della malattia.

3. Gli strumenti di indagine

L'osservazione

La ricerca implica l'analisi di un processo che si svolge in un arco temporale definito e che corrisponde ad un progetto generale, le cui finalità sono state enunciate nella descrizione degli obiettivi della ricerca.

Le osservazioni, redatte attraverso "protocolli di osservazione" secondo il metodo dell'"Osservazione Diretta" (il cui modello teorico di riferimento è da vedersi nell'approccio psicodinamico), sono relative a un arco di tempo di un anno di lavoro con 5 pazienti scelti.

Il metodo di osservazione indicato prevede la stesura, al termine di ogni seduta, di un protocollo di osservazione. Le videoregistrazioni delle sedute, altro metodo per la rilevazione dei dati, integrano quanto scritto e sono state, assieme ai protocolli di osservazione, lo strumento per il lavoro di supervisione e di équipe.

4. Campo di osservazione

L'elemento sonoro - musicale

Si è individuato quale campo di indagine quello sonoro - musicale all'interno di una proposta

operativa e metodologica di tipo musicoterapico avente le seguenti caratteristiche:

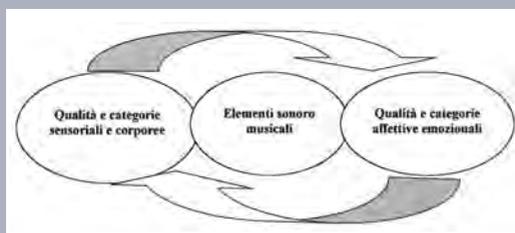
- a) rapporto individuale;
- b) trattamento bi/tri-settimanale;

- c) utilizzo di strumenti sonoro-musicali e impianto Hi-fi.

Il sonoro - musicale è stato principalmente considerato e trattato secondo le sue qualità parametriche assimilabili alle categorie sensoriali (come ad esempio: chiaro, scuro, liscio, ruvido, dolce, ecc....) e posto in relazione alle categorie affettivo - emozionali.

Tale modo di considerare l'elemento sonoro-musicale ci ha permesso l'osservazione del paziente secondo:

- a) La qualità e la forma delle sue reazioni al dialogo sonoro.
- b) La qualità e la forma delle sue reazioni psicomotorie all'ascolto.



5. Aree dell'osservazione

Ai fini della ricerca, le osservazioni sono state analizzate utilizzando una precisa modalità di segmentazione e raggruppamento degli eventi, che hanno condotto alla definizione di unità o sequenze di comportamento. Esse sono state definite e descritte in modo da poter essere riconosciute e identificate nell'intero flusso comportamentale di un individuo.

In questo modo è stato possibile passare da comportamenti descritti e video registrati a comportamenti catalogati in specifiche e ben definite categorie.

Attraverso la definizione di uno schema di codifica, formato da categorie comportamentali (codici), si è trasformato un evento narrativo e descrittivo in evento quantificabile. Attraverso l'applicazione di questo schema di codifica si è giunti a misurare il comportamento di un paziente e a confrontarlo, sul piano quantitativo, con quello di altri pazienti. Lo schema di codifica che si è considerato prevede l'individuazione di Aree e Categorie indicative della riuscita della musicoterapia con il paziente. Sono state individuate appunto tre diverse aree, ognuna delle quali è suddivisa a sua volta in due categorie.

AREE	CATEGORIE	
COGNITIVA	Attenzione	Risposte cognitive
EMOTIVA	Partecipazione emotiva	Manifestazioni affettive
CORPOREA E SENSORIALE	Postura	Contatto sensoriale

Per l'area cognitiva sono state prese in considerazione come categorie l'attenzione, concepita come la principale funzione di controllo che sottende a tutta l'attività cognitiva, e le risposte cognitive che corrispondono alle facoltà di giudizio, valutazione, memoria e riconoscimento che il paziente ancora conserva.

Per l'area emozionale sono state prese in considerazione le categorie partecipazione emotiva e manifestazioni affettive.

Per l'area sensoriale e corporea sono state prese in considerazione come categorie la postura e il contatto sensoriale (visivo, tattile, uditivo, olfattivo e gustativo).

Si è principalmente "dialogato" con la sfera corporea - emozionale del paziente, considerata il

terreno attraverso il quale è possibile recuperare funzioni e abilità compromesse, o non manifeste, o in via di estinzione. La relazione ha utilizzato il suono come protagonista e mediatore della stessa.

6. Valutazione e trattamento dei dati ottenuti
Le rilevazioni relative ad ogni area sono state collocate all'interno di due Sub-Categorie:

- Lo stato

Quando la "presenza e la qualità" delle categorie considerate indicava la "presenza sensibile nel tempo" del paziente nella relazione.

- I comportamenti

Quando le categorie considerate assumevano carattere di temporaneità ed eccezionalità.

- Le due sub-categorie sono osservabili indipendentemente ma è stato considerato indicatore della riuscita della seduta la presenza di risultati in entrambe le sub categorie di cui è stata fatta una media. Ne è risultato un valore complessivo per ciascuna area.

AREE	STATI	COMPORAMENTI
COGNITIVA	Attenzione	Risposte cognitive
EMOTIVA	Partecipazione emotiva	Manifestazioni affettive
CORPOREA E SENSORIALE	Postura	Contatto sensoriale

- La valutazione dei risultati nelle categorie Stati e Comportamenti è stata realizzata secondo i seguenti indicatori:

0 = nullo

1 = raro

2 = discontinuo

3 = presente

4 = molto presente

7. I risultati della ricerca

L'osservazione dei dati, visualizzati nei grafici ine-

renti all'andamento delle "risposte" date dai pazienti nelle aree indicate (tabella 1), consento alcune riflessioni.

Anzitutto la significativa presenza di "risposte" nell'area sensoriale e nell'area emotiva mette in evidenza la funzione che dette aree possono svolgere nel mantenere o ristabilire canali di espressione e di comunicazione a fronte di una situazione complessiva di tipo degenerativo.

Tale funzione è bene evidenziata nei grafici riferiti all'andamento degli incontri con i pazienti T.P. e G.M.. In tali grafici infatti, si osserva come a fronte di un calo riguardante le "risposte" dell'area cognitiva vi sia una presenza significativa, a volte crescente, delle "risposte" relative all'area sensoriale ed emozionale.

Nei casi MR e FP vediamo come all'inizio dei trattamenti e per un lungo periodo si sono ottenute delle notevoli "risposte", in tutte le aree, seguite da un declino inevitabile dato dallo stadio avanzato della malattia per entrambi i pazienti che presentavano i seguenti sintomi: afasia avanzata, deambulazione quasi impossibile, rigidità ecc...

Il caso CG, meno grave all'inizio del trattamento, ha avuto un crollo improvviso delle condizioni di salute generali.

Da queste osservazioni risultano evidenti 2 dati fondamentali:

- È possibile un trattamento musicoterapico con pazienti Alzheimer ad uno stadio medio grave della malattia se tale trattamento parte dall'attivazione delle aree sensoriale ed emotiva: vediamo dai grafici come le aree emotiva e sensoriale siano state quelle maggiormente attivate per tutto il periodo di tempo e per tutti i pazienti.
- Gli obiettivi della musicoterapia con questi pazienti non possono avere come scopo principale la riabilitazione degli stessi, in quanto la malattia è progressiva e inarrestabile, ma l'obiettivo ultimo è quello di poter dare agli stessi pazienti la possibilità di continuare ad avere

una relazione con la realtà circostante anche durante gli stadi avanzati della malattia, stadio nel quale questi pazienti, se lasciati a se stessi, sono costretti nell'impossibilità a comunicare.

Ai risultati ottenuti attraverso la lettura numerica dei dati acquisiti, si affianca un'analisi qualitativa degli stessi. La valutazione dei risultati è stata suddivisa in due ambiti: il primo più di ordine generale, utile alla maggior comprensione della patologia e delle strategie possibili per affrontarla; e il secondo inerente più allo specifico tema della ricerca.

Risultati generali:

- La presenza di valori significativi nelle aree ha provato che è possibile un trattamento musicoterapico per pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer anche agli stadi medio – gravi della malattia.
- Tramite questa metodologia di osservazione è possibile avere una valutazione delle capacità residue e potenziali dei soggetti non più "testabili" attraverso i metodi attualmente noti (ad esempio come il Mini Mental State di Folstein).
- L'area corporeo-emozionale può essere considerata il "contenitore", lo strumento di espressione del nucleo della personalità di questo tipo di pazienti e delle sue capacità e abilità residue; diviene inoltre lo strumento attraverso il quale è possibile la attivazione di nuovi processi tesi a ricostituire nuove modalità di interazione con la realtà.
- Le "risposte" a questo tipo di trattamento sono state valutate eccezionali rispetto alle condizioni generali individuali e ad altri tipi di osservazione.

Risultati specifici:

- Interventi musicoterapici con questo tipo di pazienti necessitano un rapporto individuale e un'osservazione approfondita delle aree citate

al fine di poter utilizzare strategie sonore musicali efficaci.

- La relazione con il suono quale mediatore della relazione, è possibile solo attraverso l'attivazione e l'osservazione della sfera corporea – emozionale
- Abbiamo osservato come l'intreccio dinamico tra l'elemento sonoro – musicale e il vissuto emotivo e corporeo, all'interno del processo di proposte / risposte, ha favorito la nascita di un terreno, all'interno del quale si è resa possibile la conoscenza della personalità del paziente e l'interazione con essa.
- Si è rilevato che l'attenzione posta ai parametri del suono e alle loro qualità sinestesiche consente l'apertura di nuovi canali di comunicazione, favoriti dal ruolo svolto dalla sfera corporea-emozionale.

8. Conclusioni

Abbiamo assunto come ipotesi di lavoro per la ricerca l'osservazione dell'area sensoriale e corporea quale ambito all'interno del quale possano riattivarsi funzioni e abilità residue del paziente e nello stesso tempo divenire "terreno" della relazione con il terapeuta. I risultati della nostra indagine hanno evidenziato la capacità del corpo di esprimere una memoria del proprio vissuto. Le qualità sinestesiche del suono, mediante le modalità di produzione e ascolto, sono stati gli strumenti attraverso i quali i pazienti hanno potuto esprimere contenuti emotivi ed interiori. Ci hanno inoltre permesso di osservare come questo tipo di approccio abbia consentito ai pazienti l'accesso all'area cognitiva veicolata dall'esperienza vissuta attraverso l'area corporea-sensoriale.

I risultati dell'osservazione dell'area cognitiva, normalmente inattiva in questi pazienti, sono stati considerati eccezionali e comprovanti l'attivazione dei due campi sottostanti.

Un risultato positivo in un'area è stato considera-

■ A.A.V.V.
Normal Aging, Alzheimer's Disease and Senile Dementia. Aspects on etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment, Chief Editor C.G.GOTTFIRES, Edition de l'Université de Bruxelles, 1985.

■ Benenzon R.
Manuale di musicoterapia, Borla, Roma, 1984.

■ Bonanomi C., Balzan A., Oriani PG., Pecorari G.
Musica/Relazione/Integrazione, CLUEB, Bologna.

■ Bonanomi C., Gaiani D., Vitali M.,
Il giallo e il grigio, CLUEB, Bologna, 1991.

■ Bonanomi C.
Il simbolismo sonoro, in Quaderni di musica applicata, Numero 21, Edizioni PCC, Assisi, 2000.

■ Borghesi M.
Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo, in Manarolo G., Borghesi M., (a cura di) Musica & Terapia, Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.

■ Bruscia K.
Definire la Musicoterapia, Gli Archetti I.S.M.E.Z, Roma, 1993.

■ Imberty M.
Suoni Emozioni Significati, C.L.U.E.B., Bologna, 1986.

■ Manarolo G.
L'angelo della musica, Omega Edizioni, Torino, 1996.

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

■ Scardovelli M.
Il dialogo sonoro,
Nuova Casa Editrice Cappelli,
Bologna, 1992.

■ Thomas P., Pesce A.,
Cassuto J.P.
Malattia d'Alzheimer; Masson,
Milano, 1991.

■ Stern D.N.
Il mondo interpersonale del
bambino, Boringhieri,
Torino, 1987.

to significativo solo quando si sono avuti riscontri anche nelle altre aree.
Possiamo concludere che l'osservazione, così come qui è stata intesa, diventa quindi lo strumento privilegiato, anche se non l'unico, per raggiungere, comprendere, e dialogare con il malato di Alzheimer; e che tale attitudine è quella che ci permette di accogliere, conoscere e rispettare i bisogni di queste persone

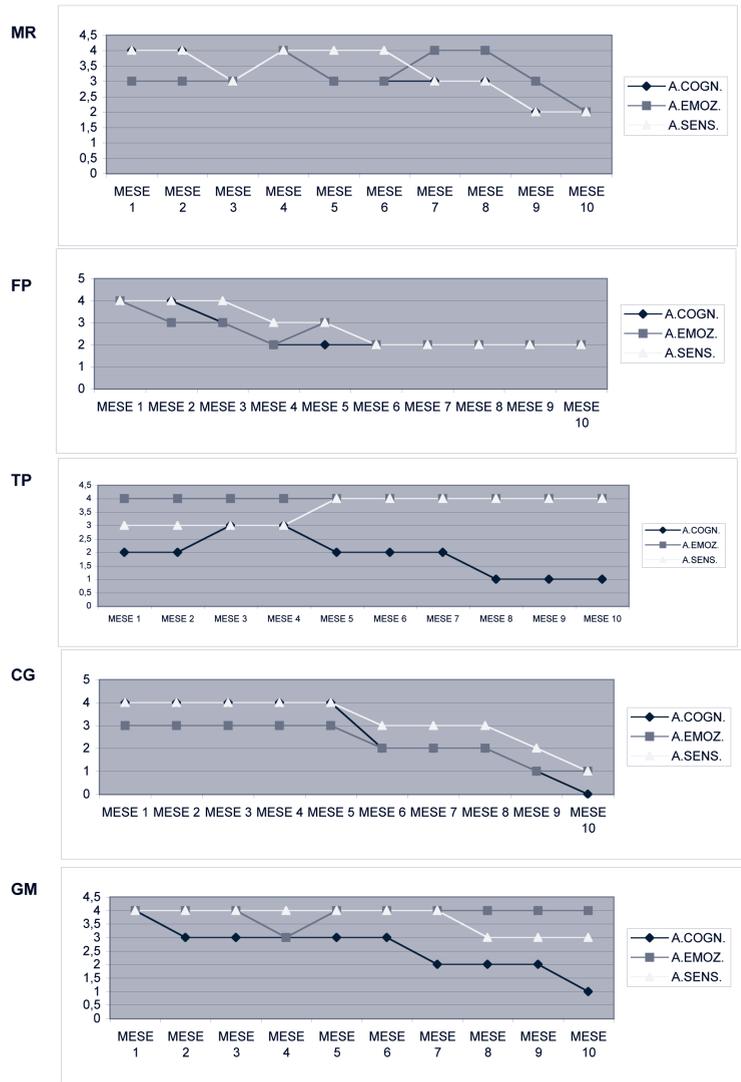


Tabella 1

Due storie musicoterapiche

...pages from the diary of my human experience with Maria and Elisabetta through the language of the sounds. Maria's course (suffering from vascular dementia) has been full of creativity and vitality, characterized by the rhythmic element; Elisabetta's one (suffering from Alzheimer disease) has been difficult and tortuous and it has developed following a sonorous iter according to her physical and mental shapes.

The two experiences have in common the dignity of living, even in the condition of illness, and a wellbeing felt in expressing themselves and their own emotions.

Introduzione

Ho iniziato circa due anni fa a collaborare in qualità di musicista alle attività riabilitative svolte presso il nucleo Alzheimer dell'Istituto "Golgi" di Abbiategrasso.

Il mio intervento doveva avere tutte le caratteristiche della provvisorietà, ma ciò non è avvenuto. Sono rimasta in questo nuovo mondo che si è inaspettatamente aperto a me senza una vera e propria decisione, ma come se fosse già scritto nella mia storia.

Dopo due anni di attività di musicoterapia di gruppo presso l'Istituto ho sentito il desiderio di vivere un rapporto più profondo con alcune delle persone incontrate.

Lo stadio della malattia ormai avanzato stimolava il mio bisogno di far qualcosa per loro, addentrandomi in una conoscenza e in una relazione che sfidava la realtà dei fatti.

È così che è iniziata la mia avventura umana con Elisabetta e Maria attraverso il linguaggio dei suoni.

La "musica" di Elisabetta

Elisabetta è una donna di 80 anni; nata ad Alleghe, un paese di montagna in provincia di Belluno, ha vissuto a Milano dove ha svolto attività commerciale accanto al marito per 40 anni. Con il pensionamento si sono evidenziati i primi sintomi della

Dopo due anni di attività di musicoterapia di gruppo ho sentito il desiderio di vivere un rapporto più profondo con alcune delle persone incontrate

Nel decidere il mio approccio musicoterapico ho riflettuto sulle "sagome corporee" di Elisabetta

malattia di Alzheimer: disorientamento e diffidenza carica di accuse ingiustificate che hanno messo in allarme i figli e il marito.

Ho visto Elisabetta entrare in questo istituto nel settembre del '99: signora ben curata nell'aspetto, poco aperta con gli altri ospiti, ansiosa e con una piega triste in viso. Col tempo manifestava sempre di più il suo disagio, il suo stato confusionale o di paura con verbalizzazioni molto forti nei toni e nei contenuti. Era pertanto diventato difficile inserirla anche in un gruppo di musicoterapia perché un nonnulla poteva alterare il suo umore e scatenare in lei la bestemmia o farla stare male.

Quando si è deciso di iniziare con lei un trattamento musicoterapico specifico ero molto preoccupata per la mia incolumità e perché la mia paura avrebbe potuto bloccare il rapporto con lei. Ho cercato allora di smantellare tutti i miei pregiudizi per incontrare la "vera" Elisabetta e darle una chance: quella di essere conosciuta nel suo essere più profondo e vero, quella di consentirle una qualità del vivere migliore, più dignitosa.

Nel decidere il mio approccio musicoterapico ho riflettuto sulle "sagome corporee" (postura ripiegata – viso tirato – sguardo fisso all'infinito – respirazione affannosa) di Elisabetta e su quelle dei suoi pensieri che ho delineato come tristi, negative, malinconiche, con toni di rancore. Le mie scelte musicali per lei si sono allora direzionate verso suoni e motivi che ricalcassero queste sagome, che le comprendessero sì che Elisabetta potesse sentirsi capita e accolta e fosse possibile per me aprire un varco, lanciare un ponte verso di lei. Elisabetta ha accolto questo messaggio che forse aspettava e ha subito dato segni di un contatto stabilito attraverso un'intensità di sguardi importante e prolungata, attraverso una postura più rilassata e una respirazione meno affannata.

Entrata così nel suo mondo di figure, suoni, emozioni o gesti, sto cercando di vivere con lei, dentro la musica, un percorso sonoro che da sagome tristi e infelici la

conduca, le faccia intravedere e ritrovare sagome positive e di piacere sì che dal buio e dall'angoscia si possa aprire alla luce e alla serenità di una quiete ritrovata o da conquistare ogni momento (con l'aiuto della musica o di altri rapporti e attività significative per lei).

In questo percorso talvolta Elisabetta prova improvvisamente paura o angoscia per qualcosa di indecifrabile, lo manifesta alzando il tono di voce, cambiando postura e pronunciando frasi interrogative sconnesse nel significato, ma chiare nella loro "curva sonora". È allora che io le tengo le mani, canto per lei e insieme riscopriamo una gestualità "antica", inscritta nel corpo, fatta del cullare, del girare e del dondolare.

Mentre io cullo Elisabetta e mi prendo cura di lei, lei stessa mi prende la mano, mi sistema il maglione o mi accarezza: capisco che siamo presenti l'una all'altra, che i suoni, i gesti e le sagome ci appartengono e sono per noi la possibilità del vivere.

Mi accorgo che ciò che ho desiderato di più lavorando con Elisabetta è stato il cercare di investire di senso la sua giornata, la sua vita. Dar valore alla relazione creata con la musica è per me dare ad Elisabetta la possibilità di trovare accanto a sé nella quotidianità chi l'accarezzi quando ha paura, chi l'aiuti a sbrogliare la sua matassa di lana aggrovigliata (così simbolica, ma reale per lei che passa molte ore nel farlo), chi ripercorra insieme con lei i passi dei sentieri di montagna (che Elisabetta sembra ancora ricalcare quando cammina) o ancora chi dia voce al canto che in lei riecheggia ancora evocatore di luoghi ed emozioni. Questi sono i gesti che la musica mi ha fatto

scoprire in lei e che non possono più essere elusi. Non desidero che lei viva con me delle oasi sonore, ma voglio aiutarla a riapprodare (con una immagine più vicina ad un ponte sonoro) ad un mondo, forse nuovo e diverso nelle modalità e nelle condizioni in cui potersi riconoscere e ritrovare.

La "musica" di Maria

Ho conosciuto Maria nel giugno del '99, aveva 78 anni. La sua storia era segnata dal dolore (epigono ne era la morte del figlio per droga) che sembrava però non averla scalfita; forse Maria l'aveva accettato dentro di sé e ciò la rendeva una donna forte e coraggiosa, capace di trasmettere serenità, positività.

L'ho definita una donna "pulsiva": affrontava la vita a testa alta, con grande dignità e con manifesta sicurezza nel suo porsi. "Pulsiva" perché la vedevo vibrare rispetto alle cose, agli stimoli esterni secondo una modalità tutta sua fatta di battere le mani fra di loro, su di un tavolo o su di una poltrona: così Maria affermava la sua personalità, comunicava i suoi sentimenti e dava quasi un ritmo al suo incedere, al suo vivere.

Maria già da allora non verbalizzava, ma ripeteva in modo talvolta ossessivo e fastidioso per gli altri ospiti, un vocalizzo ben preciso, intonato sempre alla stessa altezza e con gli stessi intervalli sonori. Questa era la sua modalità di assentire o dissentire rispetto alle proposte, di esprimere gioia o dolore, insomma di esserci e pertanto il vocalizzo assumeva intensità, volume e durate variabili.

Col tempo il tutto si è sopito: per un anno ho un po' perso di vista Maria, lei non ha più partecipato al gruppo di musicoterapia e del suo vocalizzo non è rimasta traccia, così come il battito di mani è rimasto legato a pochi momenti o situazioni.

Quando ho iniziato a lavorare con lei nello specifico musicoterapico ho pensato di sfidare la situazione così come mi appariva e di risvegliare Maria dal suo torpore per scoprire in lei, anche provocandola, gesti e suoni residui, tracce minime

di un passato unico e significativo.

Qui stava il senso di Maria, il codice di accesso per comunicare con lei, dovevo pertanto andarle incontro e decifrarlo, renderlo possibile. Dovevo ridare a Maria la sua fisionomia, la sua "cadenza" del vivere perché la musica faceva parte del suo vissuto passato e recente, ora più melodica, ora più pulsiva, ritmica.

Maria, da me stimolata con battito di tamburi o mani, ritmi di maracas o marimbe, melodie suonate al pianoforte o cantate, ha risposto sempre di più al richiamo pulsivo che trovava in lei una corrispondenza e man mano dall'ascolto è arrivata alla partecipazione e quindi all'iniziativa personale. È un piacere lavorare con lei perché è una donna estremamente viva e creativa, ricca di risorse e di sorprese: con lei c'è un'intesa di sguardi, un gioco-dialogo fatto di gesti, ritmi e cantilene, una provocazione vicendevole all'esserci, al sentirsi vivi, a volte in modo esuberante e irrefrenabile. Maria dimostra contentezza nel vivere questi momenti e talvolta l'energia che la musica le ridà si convoglia in lallazioni o vocalizzi forti, sguaiati o più intonati, che io ricalco in un unisono impressionante: in questi attimi percepisco che ci siamo, che stiamo bene e che tutto ciò ha un senso, il senso del vivere.

Quel che mi ha dato più gioia in questa relazione sonora è che Maria si è "ripresa" la sua voce, i suoi gesti così carichi di musicalità. Ho rivisto così in lei la prepotenza della vita che si afferma pari a quella di un bimbo appena nato che con vagiti e sgambetti già dice di sé, del suo essere. Vedo tutto ciò in modo chiaro quando Maria sembra non volersene andare dalla fonte sonora (pianoforte, marimba), quando sembra volerla toccare, afferrare e prendere a piene mani: io suonando per lei tengo viva questa fonte e insieme a lei mi riempio di vita.

Questa vitalità, questa energia esuberante è rinata grazie alla musica, alla mia vita e all'energia che ho donato a Maria attraverso la musica.

Il suono del silenzio

This article describes a language rehabilitative therapy in a case of aphasia, with a damage of oral and written production, as a consequence of a stroke.

This work has been done fundamentally joining music and words, developing aspects such as:

- language phonologic, lexical, syntactic and prosodic level;
- articulation;
- body perception;
- ability of inhibition and choice of acoustic stimuli;
- perception and expression of feelings and emotions.

From a strategic point of view, the central nucleus of the work has been based on the automatic rehabilitation of language through music and on the search of transformation of automatism to consciousness.

Premessa

L'esperienza che descriverò, si riferisce ad un intervento riabilitativo rivolto ad un paziente affetto da afasia. Questo intervento ha un carattere empirico e sperimentale, ed è stato progettato per un paziente, che chiamerò R.P.

Descrizione del caso

R.P. è un medico che nel novembre 1998 subì un attacco apoplettico conseguente a un'ostruzione della Carotide interna sinistra per verosimile dissezione. Subito si rivelò come preminente un deficit afasico con prevalente compromissione espressiva.

Una volta superata la fase edematosa gli esami confermavano l'esistenza di due aree ipodense cortico-sottocorticali senza effetto massa, in sede temporo-fronto-parietale, riferibili a lesione ischemica in fase cronica.

Due mesi dopo l'evento morboso, nel gennaio 1999, R.P. si sottopose ad un esame neuropsico-

**Questa
esperienza
si riferisce
ad un intervento
riabilitativo
rivolto ad un
paziente affetto
da afasia**

Prima del colpo apoplettico, R.P. ebbe tempo di cantare nel coro per sei mesi

logico per valutare lo status delle funzioni cognitive linguistiche e non linguistiche. Per quanto riguarda le funzioni linguistiche, sul piano lessicale e

sublessicale, i deficit più appariscenti si rivelarono a carico dei meccanismi di trascodificazione (in particolare conversione orale-scritto) e dei lessici di output (soprattutto quello ortografico) dove emergeva un risparmio relativo dei nomi rispetto ai verbi. I lessici fonologico e ortografico di input (decisione lessicale nella norma) e il sistema semantico (prove di comprensione nella norma) non sembravano interessati, anche se le prove riguardanti quest'ultimo, in alcune occasioni, si rendevano difficili a causa della presenza di otosclerosi bilaterale che non sempre consentiva una facile valutazione degli esatti livelli di comprensione. Sul piano morfosintattico, sebbene in parte mascherato dai deficit lessicali, emergeva un quadro di agrammatismo con sfumati deficit di memoria immediata (specialmente di materiale verbale).

Prima dell'evento morboso R.P. possedeva un alto e ampio livello culturale. La sua personalità irrequieta, curiosa e aperta lo avevano portato sempre a studiare e ricercare sia in aree riferite alla sua sfera professionale sia in altre ben diverse.

R.P. possedeva una grande proprietà e ricchezza di linguaggio del quale conosceva e ricordava perfettamente le leggi che lo regolano dal punto di vista grammaticale, morfologico, sintattico e ortografico.

Dal punto di vista musicale R.P. non possedeva una formazione o conoscenza specifica. Il suo bagaglio musicale era costituito da tante e tante canzoni di musica "leggera" che lo avevano accompagnato lungo la sua storia. Nella sua adolescenza e nella prima giovinezza, R.P. soleva riunirsi con il suo gruppo di amici per cantare

accompagnandosi con ogni sorta di oggetto domestico che potesse fungere da strumento a percussione. Cantavano le canzoni dei cantautori nella loro veste ori-

ginale e, inoltre, le manipolavano e rifacevano improvvisandoci sopra. Inoltre, improvvisazioni "pure" o creazioni di nuove canzoni o testi formavano parte delle attività praticate dal gruppo. R.P. stesso riferisce di aver imparato a suonare qualche accordo sulla chitarra, utilizzandola in questo modo per accompagnare le canzoni.

Nel novembre 1997, R.P. entrò a formar parte del coro polifonico che io stessa dirigo. Non aveva mai cantato in un coro e la sua dimestichezza con la musica "classica" era limitata. In quel momento la sua intenzione di partecipare ad un coro non era motivata da un interesse prevalentemente musicale, ma piuttosto da un bisogno di espressione, di scarica, di ricerca di benessere. Prima del suo colpo apoplettico, R.P. ebbe tempo di cantare nel coro per sei mesi.

Osservazioni e considerazioni iniziali

Otto giorni dopo aver sofferto l'attacco ischemico e mentre era ancora ricoverato all'ospedale, R.P. pronunciava soltanto le sillabe /ta/ e /pa/, che sostituivano qualsiasi parte del discorso ed erano accompagnate sempre dallo stesso gesto del braccio destro in modo stereotipato. Nello stesso momento R.P. riusciva a cantare, almeno parzialmente, alcuni dei brani del coro. Lui non riusciva ad iniziarli da solo, ma dato l'input iniziale, continuava a cantare riproducendo perfettamente il disegno melodico del brano, e con una pronuncia e articolazione del testo discreta, manifestando piccole difficoltà di fronte a determinati fonemi o gruppi fonemici ma mai a tal punto da rendere incomprensibili le parole pronunciate. Dimostrava piccole difficoltà nella

riproduzione del profilo ritmico che tuttavia era abbastanza conservato e diventava perfettamente riconoscibile. La riproduzione di frammenti ritmici era conservata anche se si osservava un'enorme fatica nella sua realizzazione.

Nell'ospedale R.P. venne sottoposto, quasi immediatamente, ad un intervento riabilitativo di tipo logopedico consistente nella riproduzione di vocali seguendo le labbra del terapista, che lo conduceva verso una articolazione esasperata e alla ripetizione dei nomi propri delle persone vicine e di alcuni oggetti, nonché al tentativo di fargli scrivere il proprio nome, cognome, professione ecc. R.P. non riusciva a fare quello che gli era richiesto, o lo realizzava con grande difficoltà, vivendo un'enorme sensazione di frustrazione e incapacità.

Proposi a R.P. l'esecuzione cantata, su una corda di recita, delle vocali nell'ordine /u/, /o/, /a/, /e/, /i/, già eseguita nel coro, e che lui eseguì adesso con grande facilità a diverse altezze, man mano che la corda di recita cambiava di semitono in semitono.

Queste osservazioni insieme alle reazioni emotive ed affettive di R.P., l'entusiasmo e, potrei dire quasi, l'ansia con cui aspettava il momento del mio arrivo e del poter cantare mi portarono a pormi diversi interrogativi e alle seguenti considerazioni:

1. Una persona che vive una esperienza come quella vissuta da R.P. non può essere considerata solo dal punto di vista del deficit afasico e del recupero del linguaggio. Non si può non tenere conto della situazione psicologica che questa persona sta vivendo. Non si può non tenere conto di chi era, da dove veniva, quale fosse il suo mondo e la sua esperienza di vita prima dell'evento morboso, non adattando da subito l'intervento alla personalità e ai bisogni della persona che si ha davanti.

2. Non si può eludere il chiedersi come è cambiata la sua percezione generale e la percezione

di sé in particolare. Com'è cambiata l'immagine di sé, il proprio senso d'identità.

3. Non si può dimenticare la paura di fronte alla morte, alla ripetizione dell'attacco apoplettico, al proprio stato organico e mentale in generale. La confusione e la paura di fronte all'evoluzione della malattia, delle sue conseguenze e di riflesso di fronte alla nuova situazione di vita, al proprio futuro. Perché non si può ignorare che c'è un "filo spezzato" che separa il prima dal dopo?

4. Se come in questo caso, il paziente riesce a cantare con facilità e piacere sin dal primo momento, perché non favorirlo permettendo così che senta la propria voce e acquisti fiducia in sé e nelle possibilità del suo recupero, favorendo contemporaneamente il fluire della respirazione e l'esercizio ginnastico-articolatorio attraverso la pronuncia del testo? Perché non tenere conto sin dall'inizio che i brani che il paziente riesce a richiamare, pur in modo automatico, appartengono, tuttavia, alla sua storia e possono quindi rappresentare un piccolo ponte attraverso il quale far transitare, ricordi, sensazioni, immagini, affetti, emozioni e di conseguenza un legame tra il prima e il dopo?

5. Il linguaggio legato al testo di un brano vocale, sicuramente appartiene alla sfera del linguaggio automatico. Ma se i principali testi di riabilitazione del linguaggio in caso di afasia consigliano di partire e favorire inizialmente il linguaggio automatico dei pazienti, perché non tenere conto di questa forma di automatismo che inoltre permette un coinvolgimento globale della persona con una componente emotiva importantissima, riconosciuta come essenziale nelle attività di riabilitazione, rieducazione e di apprendimento?

6. Da un punto di vista anatomo-funzionale alcuni dei principali lavori di Neuropsicologia e Neurolinguistica pongono alla base della riabilitazione o rieducazione di un paziente afasico, la possibilità di stabilire una azione di compenso da parte dell'emisfero destro, per le funzioni lingu-

stiche, nonché la possibilità di riorganizzazione delle aree più vicine alla lesione. Viene riconosciuta, inoltre, la necessità non solo di ricorrere a strategie alternative, ma di mettere in atto attività capaci di coinvolgere ampi territori cerebrali attraverso il coinvolgimento di diverse modalità sensoriali e percettive, nonché la grande influenza dell'esperienza emotiva sull'efficacia dei processi cognitivi. Pur rendendomi conto che la sfera delle neuroscienze rappresenta un campo complessissimo riservato agli specialisti e ancora parzialmente avvolto nel mistero, anche per loro stessi, mi chiedevo perché la musica non potesse contribuire direttamente alla rieducazione del linguaggio, dato che rappresenta una attività neuropsicologica molto complessa, che come tale coinvolge molteplici processi cognitivi e capace, inoltre, di coinvolgimento plurisensoriale. Inoltre è riconosciuto che la musica, attraverso alcune delle sue componenti e del suo stretto rapporto con i processi emotivi, è strettamente legata all'attività dell'emisfero destro.

7. Da un punto di vista delle loro componenti il linguaggio verbale e il linguaggio musicale (pur trattandosi di due linguaggi diversi e ben differenziati), condividono parametri quali intensità, altezza, durata, ritmo, timbro, velocità-densità che ricoprono, in entrambi, un ruolo fondamentale nel modulare la quantità e la qualità dell'informazione. Dal punto di vista della materia fonico-fonetica di cui sono costituiti i due linguaggi e delle strutture a cui questa dà luogo, è evidente lo stretto rapporto esistente tra significato e significato in entrambi. Da un punto di vista sintattico-formale nei due linguaggi gli elementi costituenti non si articolano in modo casuale ma seguono delle regole grammaticali ben definite che variano a seconda delle epoche e delle culture. Attraverso queste considerazioni ho fatto mie le posizioni di Dogana che contemplano il sinergismo bidirezionale instauratosi dall'incontro tra linguaggio verbale e linguaggio

musicale consentendo, attraverso i loro isomorfismi, la valorizzazione delle loro capacità onomatopoeiche e delle loro valenze di tipo sinestesico e strutturale. Inoltre i due linguaggi consentono continui rimandi attraverso i fenomeni di simbolismo fonetico che favorisce sia l'oggettivazione del dato percettivo musicale sia la traduzione e percezione musicale del dato oggettivo linguistico. Questo incontro fecondo tra i due linguaggi mi sembrava potesse facilitare un intervento di rieducazione del linguaggio.

Descrizione dell'intervento

A seguito delle considerazioni sopra menzionate l'intervento si è esplicato su diversi fronti, che possono essere riassunti come segue:

- Lavoro di supporto e incoraggiamento, con speciale attenzione al mantenimento della fiducia in sé stesso e della fiducia nelle proprie possibilità di recupero.
- Lavoro di percezione corporea.
- Lavoro sull'articolazione e sugli aspetti motori del linguaggio, dal punto di vista della programmazione e dell'esecuzione.
- Lavoro sul recupero della memoria fonologica a breve termine.
- Lavoro sui tre livelli del linguaggio (fonologico, sintattico, semantico) attraverso il recupero del significato espressivo e affettivo dei fonemi, delle parole, delle frasi.
- Lavoro sul ritmo e sulla fluidità del linguaggio.
- Lavoro sulla prosodia attraverso l'interpretazione del significato emotivo-affettivo del testo.
- Lavoro sul recupero dei concetti spazio-temporali attraverso l'articolazione del movimento con i parametri musicali.
- Lavoro sulla capacità d'inibizione e di scelta di stimoli acustici.
- Lavoro di risonanza emotivo-affettiva.

Ognuna di queste aree di intervento è stata affrontata sia individualmente sia in relazione con le altre.

Inizio e fulcro dell'intervento è stato il favorire il recupero automatico di brani musicali appartenenti alla storia di R.P., per ricercare in seguito il passaggio dall'automatismo all'atto volontario. Questa attività è stata affiancata e accompagnata da attività di tipo didattico, miranti a sviluppare la sensibilità verso i parametri musicali di intensità, altezza, timbro, durata, ritmo.

Incominciando dai brani cantati nel coro e quindi, appartenenti al "passato prossimo" di R.P., nel ripercorrere indietro la sua storia abbiamo incontrato i brani della sua giovinezza, per tornare in seguito al qui e ora, imparando dei nuovi brani.

Così, il lavoro è consistito in:

1. Ricostruzione di tutto il brano sia dal punto di vista musicale che testuale.
2. Ricostruzione del significato semantico e affettivo del testo.
3. Esecuzione del brano secondo le seguenti modalità: a) cantare per imitazione in forma di eco, b) cantare insieme contemporaneamente, c) cantare insieme ma non contemporaneamente, seguendo un gioco di alternanza di parole o di frasi.
4. Ricerca e appropriazione di una pulsazione che non limitasse l'espressione libera, ma che la dotasse di un contenitore che significasse ordine, continuità, fluidità. Una pulsazione che coincidesse con il "tempo" di R.P.
5. Esecuzione del brano segnando la pulsazione con il movimento nello spazio o con il battito delle mani.
6. Divisione del brano in semifrasi o frasi ed esecuzione di queste isolatamente.
7. Estrazione dell'organizzazione ritmica di ognuno di questi frammenti, che veniva eseguita con il battito delle mani o su uno strumento a percussione, secondo le seguenti combinazioni: a) voce cantata-percussione, b) voce cantata-percussione-movimento nello spazio riprodotte la pulsazione c) voce cantata-movimento nello spazio riprodotte la struttura ritmica, d) solo percussione. I brani utilizzati, almeno inizialmente, sono

stati scelti tra quelli che presentavano una organizzazione sillabica e, quindi, abbiamo potuto focalizzare l'attenzione sulla differenza di durata dei suoni-sillabe e di conseguenza sulla struttura sillabica di ogni parola del testo.

8. Ricerca dell'accento tonico di ogni parola, ed esecuzione di questo in forma percussiva, contemporaneamente alla voce cantata.

9. Ricerca dell'accento tonico di ogni frase e preparazione ed esecuzione di questo attraverso il movimento.

10. Messa in rapporto del punto culminante della frase con l'intenzionalità espressiva e significativa del testo e della musica.

11. Trasformazione del brano in forma di filastrocca, e sua esecuzione: a) rispettando il profilo melodico originale ma dando un valore identico ad ogni sillaba, b) privandolo del profilo melodico, declamandolo come una vera filastrocca.

12. Declamazione del testo seguendo il suo contenuto espressivo-affettivo.

Nella realizzazione di questo lavoro, si sono messi in evidenza i fonemi o gruppi fonemici e le parti del discorso di fronte alle quali R.P. mostrava maggiori difficoltà. Così, dagli stessi brani sono nati dei brevi esercizi in forma di vocalizzi. Creati inizialmente come ampliamento delle caratteristiche melodico-ritmiche di un determinato frammento, questi esercizi sono stati utilizzati per prendere coscienza delle difficoltà trovate e, mediante il loro isolamento, per il loro superamento.

Ogni brano, come ho detto già più volte, è stato scelto dal repertorio dei brani appartenenti alla storia musicale di R.P., ma scegliendo sempre quello più adatto ad ogni tappa della rieducazione, in quanto a struttura, contenuto tecnico linguistico e contenuto espressivo-affettivo. Ho dato a quest'ultimo un peso fondamentale perché consideravo fosse importante che il contenuto testuale di un brano, potesse offrire la possibilità a R.P. di esprimere sentimenti, bisogni, emozioni, che altrimenti non sarebbero potuti essere espres-

si verbalmente, portandolo, inoltre, a prendere coscienza della sua situazione, del suo dolore, della sua rabbia in modo progressivo e protetto.

Abbiamo lavorato sui meccanismi sublessicali e sul recupero della memoria fonologica a breve termine (già affrontati per mezzo degli esercizi in forma di vocalizzo) attraverso la scelta di nuovi brani in lingua straniera (lappone, finlandese, croato, diverse lingue africane), di filastrocche dialettali e di nonsense. Questi componimenti, ancorati a forti strutture ritmiche o ritmico-melodiche e, comunque, formali, hanno permesso di lavorare sugli aspetti fonico-fonologici del linguaggio, permettendo, inoltre, la loro traduzione in movimenti corporei o sonoro-strumentali, creando un ambiente ludico, piacevole e di conseguenza stimolante.

In seguito siamo andati a ricercare i contenuti fonico-fonologici di alcune parole e il loro rapporto con il significato di queste, scoprendo un mondo affascinante fatto di: a) congruenza tra suono-significato; b) contenuto espressivo-affettivo, costituito dalla qualità del suono in sé e dalla sua fisicità-corporeità. Oltre al recupero lessicale e fonologico, ho utilizzato questa attività per approfondire la presa di coscienza delle qualità articolatorie e delle propriocezioni non solo limitate all'apparato fonatorio.

Appena è stato possibile R.P. ed io abbiamo cantato facili canoni a due voci e, in seguito, brani polifonici od omoritmici, nei quali ognuno doveva mantenere la propria parte. Un privilegio del quale abbiamo potuto usufruire è stata la partecipazione di un piccolo gruppo del coro, che ci ha accompagnato per alcuni incontri, aiutandoci a potenziare il lavoro di incontro contemporaneo di più voci, nel quale ognuno deve riuscire a trovare e affermare sé stesso, all'interno di un insieme fatto di voci diverse con le quali ci si incontra e ci si scontra, ma sempre creando un tutto unitario prodotto delle diversità. Inoltre, R.P. ha potuto sperimentare con questa attività la capacità di

■ Basso A.
I disturbi lessicali nell'afasia,
Masson, Milano, 1992.

■ Changeux J.P.,
Ragione e piacere, dalla
scienza all'arte, Raffaello
Cortina Editori, Milano.

■ Critchley M., Henson R.A.
(a cura di), Musica e cervello,
Piccin, Padova, 1987.

■ Damasio A.R.
L'errore di Cartesio, Adelphi,
Milano, 1995.

■ Damasio A.R., Damasio H.,
Cervello e linguaggio, Le
Scienze quaderni n. 101,
Aprile 1998.

■ Denes G., Pizzamiglio L.
(a cura di) Manuale di
Neuropsicologia, Zanichelli,
Bologna, 1996.

■ Despins J.P.
La Musica y el cerebro,
(traduzione spagnola di "Le
cerveaux et la musique"),
Gedisa, Barcelona, 1986.

■ Dogana F.
Le parole dell'incanto, Franco
Angeli, Milano, 1994.

■ Fraisse P.
Psicologia del ritmo, Edizione
Mora, Madrid, 1976.

■ Fuster J.M.,
La localizzazione della
memoria, Le Scienze dossier
n.1, primavera 1999.

■ Helm -Estabrooks N.,
Albert M. L.
Manual de terapia de la
afasia, (traduzione spagnola
di "Manual of aphasia
therapy" (1991), Editorial
Medica Panamericana,
Madrid, 1994.

■ Ladavas E., Berti A.
Neuropsicologia, Il Mulino,
Bologna, 1995.

■ Luccio R., Rossoni E.,
Fondamenti neuropsicologici
delle abilità musicali, in "La
psicologia della musica in
Europa e in Italia", a cura di
G.Stefani e F.Ferrari, Clueb,
Bologna.

■ Lurija A.R.
Neuropsicologia e
Neurolinguistica, Editori
Riuniti, Roma, 1974.

■ Lurija A.R.
Problemi fondamentali di
Neurolinguistica, Armando
Editori, Roma, 1978.

■ Mancia M.
Nello sguardo di Narciso.
Saggi su memoria affetti e
creatività, Laterza, Bari, 1990.

■ Meltzer D.
"Temperatura e distanza come
dimensioni teniche
dell'interpretazione", in La
comprensione della bellezza,
Loescher, Torino,
pp. 170-186, 1981.

■ Postacchini P.L.,
La psicologia della musica per
la terapia, in "La psicologia
della musica in Europa e in
Italia", a cura di G. Stefani e
F. Ferrari, Clueb, Bologna.

ascolto, scelta e inibizione di stimoli contempora-
nei. L'incontro con il coro, per R.P., ha rappresen-
tato, inoltre, l'inizio del suo schiudersi verso l'e-
sterno, dovendo affrontare e incontrare gli altri,
attraverso un'attività nella quale, inoltre, lui
doveva svolgere un ruolo preciso. R.P. non si senti-
va capace di questo compito. Ha potuto sperimen-
tare tuttavia, in un ambiente protetto, che il suo
posto c'era ancora e che era in grado di occuparlo.

Conclusioni

La mancanza di esperienza e di informazione in
questo tipo di interventi, non mi ha permesso di
partire con un programma altamente strutturato
che prevedesse un metodo di valutazione, sia ini-
ziale che finale, oggettivo. Infatti, la valutazione
del risultato dell'intervento è stata fatta attraver-
so i resoconti dei controlli periodici a cui R.P. si è
sottoposto e dall'osservazione diretta, da parte
mia, del progressivo recupero delle sue capacità
comunicative e del suo reinserimento sociale sia
professionale che relazionale. Infatti R.P. ha ripre-
so la sua vita lavorativa, continua la sua vita
familiare, è tornato al coro al quale partecipa con
assoluta normalità, adeguandosi al ritmo di
apprendimento degli altri coristi e ha ripreso la
sua vita di relazione. Il suo linguaggio è ancora
deficitario nella velocità di reperimento lessicale,
il che provoca piccole interruzioni del discorso e
il bisogno di parlare a bassa velocità, ma riesce ad
affrontare correttamente qualsiasi argomento,
naturalmente manifestando maggior facilità e
fluidità di fronte a quelli di ordine quotidiano o
pratico. Questa per me è la vera conclusione del-
l'esperienza.

Da un punto di vista più obiettivo e scientifico le
mie conclusioni diventano solo interrogativi per i
quali non ho potuto trovare delle risposte: quan-
to del recupero di R.P. è stato spontaneo? Quanto
si deve agli interventi logopedici, che se pur
frammentati e brevi, tuttavia ci sono stati? Quanto
si deve alla musicoterapia?

C'è un aspetto del quale non ho parlato direttamente, ma che è stato di grande importanza nel mio intervento ed è quello relazionale. In ogni momento ho considerato come fondamentale la relazione tra me ed R.P. Una relazione che è stata fatta di ascolto continuo dei suoi bisogni e, di conseguenza, di adattamento a questi. Bisogni non solo tecnici, per il recupero del linguaggio, ma in misura molto importante anche di tipo affettivo.

Concludo così con un ultimo interrogativo: quanto di questo aspetto relazionale-comunicativo ha influito nel recupero e nel reinserimento di R.P.?

■ Postacchini P.L.,
Linguaggio verbale,
linguaggio musicale, in
Dispense per il corso
quadriennale di
Musicoterapia di Assisi.

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

■ Tissot A.M.
Rieducazione del paziente
afasico, Masson,
Milano, 1984.

Il setting in musicoterapia

The authors deal about many aspects of the music therapeutic setting from a psychodynamic point of view. They consider the setting is the most important factor of the therapeutic aim with seriously damaged patients.

In order to state again the setting factor they show three aspects of it: the spatial frame, the temporal frame and the behavioural frame.

A better knowledge in the therapeutic relationship and in its boundaries given by the setting offers the possibility to open the process of the patient in which he can express his inner world.

This way the inner world of the patient can be well contained by the spatial frame which can become the "transitional space" where the patient cannot escape anymore and where he can also have the opportunity to build up a rich relationship with the therapist.

Introduzione

A partire dagli anni '50 sembrano essersi delineate nella letteratura psicoanalitica due principali direzioni nella ricerca sul significato complessivo di tale concetto: una prima che esplora il setting in quanto elemento che ha specifici effetti sul processo analitico al pari dell'interpretazione, e una seconda che indaga il significato del setting nelle patologie gravi. In quest'ultima direzione, ad opera soprattutto di autori come Eissler, Winnicott e Balint, il setting sembra assurgere a fattore terapeutico prevalente, spodestando il primato dell'interpretazione. Lo spostamento d'interesse cui facciamo riferimento è, in qualche modo, radicale: in talune circostanze l'interpretazione può risultare addirittura dannosa, comunque intrusiva, o perlomeno inerte. A tale riguardo, Greenberg e Mitchell (1983) osservano che Winnicott vede il fattore curativo della psicoanalisi non nella funzione interpretativa, ma nel modo in cui il setting analitico fornisce i rifornimenti parentali mancanti, ed appaga i primi biso-

**A partire dagli
anni '50
sembrano essersi
delineate nella
letteratura
psicoanalitica
due principali
direzioni nella
ricerca sul
significato
complessivo di
tale concetto**

È assai frequente che la musicoterapia, al pari delle altre artiterapie, sia utilizzata per il trattamento di pazienti molto gravi

gni di sviluppo. Non c'è dubbio che soprattutto a questo secondo filone di ricerca sia correlata la messa a punto di trattamenti terapeutici ad orientamento anali-

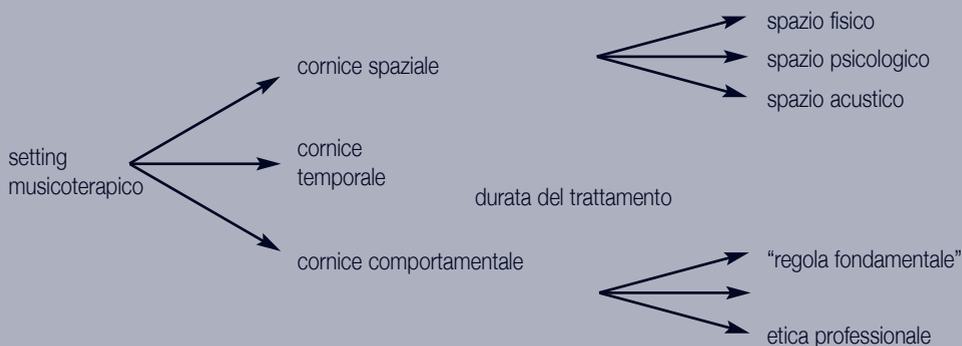
tico in favore di pazienti psicotici o comunque con disturbi tali da determinare una carente funzione dell'Io e quindi una ridotta capacità di adattamento alla realtà. Per il paziente grave il setting verrebbe in questo modo a configurarsi come luogo del possibile adattamento, ove trovare se stesso e/o l'oggetto esterno capace di contenere la sua sofferenza. In quest'ottica, l'interiorizzazione del setting è un vero e proprio obiettivo terapeutico che, anche nei casi a più felice evoluzione, richiede anni di lavoro.

Esistono diverse attività che si fregiano del titolo di musicoterapia, nel campo della educazione, della riabilitazione e della psicoterapia. Esistono, gioco-forza, molti setting, ma noi abbiamo scelto di impiegare qui questo termine solo per quei trattamenti musicoterapici di impronta psicoterapica: a ciò ci si riferirà d'ora in poi per tutto lo scritto. Certo, può apparire presuntuoso; tuttavia lo stesso "Psychiatric Glossary", redatto a cura dell'American Psychiatric Association (APA), definisce la psicoterapia in questo modo: "qualsiasi tipo di trattamento delle malattie psichiatriche che si basi principalmente sulla comunicazione, verbale e non verbale,

con il paziente". Rientrerebbero dunque sotto questa definizione tanto i trattamenti psicoterapici classici, basati sulla comunicazione verbale, quanto i tratta-

menti che utilizzano la stessa conoscenza del mondo intrapsichico e la stessa tecnica di approccio relazionale, ma mediata da sistemi di comunicazione non verbale (quindi, i vari tipi di arte-terapia, tra cui la musicoterapia).

È assai frequente che la musicoterapia, al pari delle altre artiterapie, sia utilizzata per il trattamento di pazienti molto gravi, con sensibili limitazioni congenite o imponenti regressioni delle funzioni relazionali. Così, per esempio, bambini autistici o anziani affetti da sindrome involutiva cerebrale si trovano spesso ad essere trattati da musicoterapisti. Nel corso di numerose supervisioni, sono emerse da parte dei musicoterapisti difficoltà "concrete" relative al che fare nei singoli casi. Una revisione di questo materiale ci ha indotto a ritenere che molte di queste difficoltà fossero legate non tanto a problemi relativi al progetto terapeutico, che come tale deve essere discusso all'interno dell'equipe, ma a certi aspetti generali della cornice (o setting) all'interno della quale si iscrive l'intervento. Pertanto, consapevolmente fluttuanti tra l'atteggiamento astensionistico e l'elargizione di suggerimenti operativi, ci siamo accorti che quanto venivamo



facendo era in realtà un tentativo di ridefinire alcuni fondamenti del setting musicoterapico. Pensiamo che questo si possa intendere costituito da tre componenti fondamentali: cornice spaziale, cornice temporale e cornice comportamentale.

Cornice spaziale

La cornice spaziale può essere intesa come composta dalla sovrapposizione (armonica) di uno spazio fisico, uno spazio psicologico ed uno spazio acustico.

Per essere costruttiva, ogni relazione intima ha innanzitutto bisogno di spazio e di confini, nonché del rispetto, da parte di ciascuno, per "l'alterità" dell'altro. Di frequente, però, questo spazio manca o è scarsamente delimitato, oppure contaminato da presenze intrusive, o è comunque per altre vie uno spazio asfittico. Riteniamo che, affinché i nostri trattamenti possano costituire reali opportunità terapeutiche per i pazienti, la musicoterapia debba promuovere un progetto integrativo dell'identità, e l'integrazione dell'identità presuppone quantomeno che all'interno dell'individuo avvenga una prima chiarificazione fra mondo interno e mondo esterno (Grinberg 1975). Questa pare essere requisito indispensabile ad uno sviluppo fisiologico del bambino sano come al ripristino di un minimo di benessere nella persona ammalata. Il primo nucleo d'integrazione della personalità è proprio quello che si organizza sul piano spaziale, rendendo possibile una prima distinzione fondamentale tra sé e non sé, con conseguente capacità di confrontarsi con gli oggetti esterni. Ciò richiede un sufficiente grado di coesione fra le varie parti del sé, quindi il superamento della frammentazione tipica tanto dei primi mesi di vita quanto dei quadri psicopatologici più severi.

Come si diceva, la gravità che caratterizza la gran parte degli invii musicoterapici ci pone in una condizione assai distante dal setting analitico, in cui un contratto viene stipulato tra paziente

(spesso "semplicemente" nevrotico) e psicoanalista. In tali circostanze, tutto quanto concerne la cornice spaziale si limita a poco più che l'esplicitazione delle singole posizioni di psicoanalista e paziente all'interno dello studio; tutto il resto è ovvio, implicito. Al contrario, in musicoterapia ci troviamo spesso nella condizione di iniziare un trattamento terapeutico il cui committente non è il paziente stesso, bensì i suoi genitori, o altrimenti l'équipe curante, quando non addirittura qualche autorevole rappresentante dell'amministrazione di un ente. Questa passività contrattuale, unitamente al deficit relazionale, determina una difficile situazione in cui il paziente stenta a comprendere non solo il senso delle attività che andiamo a proporgli, ma ancor più a monte pare risultargli impossibile l'identificazione del contesto in cui quel senso dovrebbe eventualmente costruirsi. Quel lavoro di integrazione della personalità che è il nostro obiettivo terapeutico viene ad essere quindi minato dai nostri interventi stessi, la coesione del sé osteggiata da ingiunzioni divergenti; sarà pertanto opportuno riflettere su come favorire invece il lavoro sull'unitarietà della persona ed occuparsi di quegli aspetti del setting finalizzati ad una preliminare definizione di campo.

La mancata individuazione del setting musicoterapico si manifesta spesso con la difficoltà del paziente a restare dentro lo spazio fisico, con la tendenza a passare da un interlocutore ad un altro (con il coinvolgimento di operatori estranei alla musicoterapia) ed anche con la fluttuazione da un canale espressivo all'altro (ad es. da quello sonoro a quello motorio). Anche nei vissuti del musicoterapista possiamo trovare indizi di questa difficoltà di individuazione del setting, la quale produce un forte senso d'impotenza, oppure rabbia per la mancanza di collaborazione da parte del paziente e per la sua inadeguatezza allo strumento musicoterapico; entrambi questi sentimenti determinano il più delle volte acting espulsivi del musicoterapista verso il paziente, che si

trova così ad esser stato dimesso prima ancora di essersi sentito preso in carico.

Occorre quindi in simili circostanze fare tutto quanto è alla nostra portata per favorire l'individuazione della cornice spaziale. Con ciò intendiamo riferirci ad un concetto multidimensionale. In primo luogo ad uno spazio fisico, alla stanza di musicoterapia. Un luogo definito, riconoscibile, delimitato, costante, con una forte caratterizzazione architettonica, legato indissolubilmente ad una funzione. Purtroppo, non sempre è possibile disporre di un laboratorio esclusivo, anzi, nella maggior parte dei casi, ci si trova a dover provvisoriamente convertire ad usi musicoterapici, ambienti multifunzionali, quando non, addirittura, fortemente caratterizzati in altro senso (sale multiuso dei centri diurni, laboratori e/o palestre delle scuole). In tali circostanze diventano molto importanti tutti i dispositivi che adottiamo per la caratterizzazione e la delimitazione dello spazio. È opportuno che lo strumentario musicale faccia la sua comparsa nel momento dell'attività e non resti a far parte dei materiali esposti come arredamento. Può anche essere necessario occultare gli oggetti maggiormente caratterizzanti la consueta funzione del locale, come materiali per l'espressività manuale o grafo/pittorica, i quali possono talvolta esser riposti dentro appositi armadi od occultati per mezzo di tendaggi. La delimitazione dello spazio, scontata nel caso di ambienti di adeguate dimensioni, può non coincidere con il perimetro murario, qualora ci si trovi ad operare in locali ampi. In tali circostanze si può ricorrere a varie strategie per delimitare, almeno virtualmente, lo spazio della musicoterapia (tendaggi o tappeti, per perimetrare una zona del pavimento, divani o altri materiali d'arredo per arginare le pareti scoperte). In ultimo, la disposizione degli strumenti sarà, per così dire, raccolta, in modo da favorire un punto di fuoco centrale.

In secondo luogo, cornice spaziale viene per noi a significare uno spazio psicologico dove la relazio-

ne terapeutica si sviluppa e dove il paziente trova libertà di pensare, sentire ed esprimere. Delimitare lo spazio psicologico è a nostro parere altrettanto importante che delimitare quello fisico. Lo spazio mentale ed emotivo delle relazioni tende ad essere eroso dalle richieste che, più o meno consapevolmente, ciascuno avanza all'altro. Da ciò la necessità di proteggerlo dalle pressioni esterne, ma anche da quelle interne (Casement 1990).

La situazione ideale, dal punto di vista della chiarezza, è certamente rappresentata dall'incontro regolare di musicoterapista e paziente; questo assetto garantisce la massima tutela del rapporto dalle aspettative familiari, da quelle del personale della struttura intermedia e così via. Anche questo non sempre si verifica, per le più svariate ragioni. Accade talvolta che partecipino agli incontri figure parentali, o che personale delle strutture sia chiamato a presenziare ai medesimi. In alcune circostanze si rasenta il grottesco, con la presenza, oltre che di musicoterapista e paziente, anche di familiari, operatori, ingresso accidentale di bambini, passaggio di bidelli e così via. Riteniamo, ancora una volta, opportuno agire in direzione della riconoscibilità e quindi della delimitazione e caratterizzazione. Indubbiamente, molti trattamenti si avvalgono dell'allargamento dello spazio psicologico ad altre figure. Non discuteremo in questa sede dei casi in cui questo ci pare indispensabile o meno; rimandiamo tuttavia questa riflessione ai musicoterapisti, i quali, nel momento di formulare un progetto terapeutico, dovranno tenere in considerazione quanto tale eventualità non venga a confliggere con la necessità, in alcuni casi, di delimitare fortemente il campo della relazione terapeutica. Nel caso in cui si decida, o per opportunità terapeutica, o per vincoli istituzionali, di procedere all'inserimento di altre figure, è per noi altamente raccomandabile favorire la regolarità di queste. Per cui si cercherà, quantomeno, di avere all'interno del setting sempre lo stesso educatore, o insegnante di

sostegno, o genitore.

Per quel che concerne invece la protezione dello spazio psicologico dalle pressioni interne, occorre essere consapevoli che se non si ha sufficiente cura nel disporre gli opportuni accorgimenti per riconoscere e disinnescare pregiudizi, posizioni ideologiche ed aspettative narcisistiche, lo spazio terapeutico e la sua funzione possono venire seriamente compromessi. Ad esempio, la regola dell'astinenza di analitica provenienza, prevede che il paziente trovi in seduta il minimo possibile di soddisfacimenti sostitutivi dei suoi sintomi, in modo di poterli mentalizzare. Ci si riferisce con ciò al fatto di non permettere alla situazione terapeutica di gratificare massicciamente ed istantaneamente l'infantile desiderio di amore e affetto del paziente. Questo comporta delle valutazioni assai delicate per il professionista coinvolto. Certo, in alcuni casi potrebbe semplicemente significare il doversi misurare con il desiderio di fumare dei pazienti durante le sedute, ma più in generale si pone l'antico e sempre attuale problema della quantità massima di frustrazione tollerabile da ogni singolo paziente in ogni singolo momento di ogni singola relazione terapeutica, e quindi di quanto il musicoterapista debba astenersi dal gratificare i bisogni più arcaici di quel paziente. Rinviamo a questo riguardo alle riflessioni altrove già avviate sulla necessità, per i musicoterapisti in formazione, di un training osservativo, di una esperienza musicoterapica personale come fruitore, di addestramento alla stesura dei verbali, alla discussione in équipe, alle interazioni con i colleghi e della necessità di supervisione (Postacchini et al. 97).

C'è una terza dimensione, coesistente a quella fisica e psicologica, che partecipa alla costituzione della cornice spaziale e che si configura come musicoterapeuticamente originale: si tratta dello spazio acustico. Anche questo dovremo rendere riconoscibile, pur nella varietà delle soluzioni che ci si presenteranno. Uno strumentario variegato è

necessario a questo scopo, in quanto consente di trovare, all'interno dello spazio acustico, materiale indispensabile all'espressione del sé da parte del paziente singolo o del gruppo pazienti; al contrario, l'assenza totale di pelli, o di strumenti melodici, può costituire una carenza grave dello spazio acustico; tale carenza, azzardando un parallelo un po' forte, potrebbe essere paragonabile a ciò che accadrebbe allo spazio semantico del setting analitico, se privato, ad esempio, dell'uso dei sostantivi. Una simile mutilazione non potrebbe che favorire la fuga verso altri spazi espressivi, o, in alternativa, una totale inibizione dell'espressività stessa. Sugeriamo comunque di adottare sempre l'idea d'intenzionalità nella scelta delle possibilità espressive di tipo acustico; ad esempio, dopo un'accurata osservazione del paziente, si può procedere anche ad una delimitazione dello spazio timbrico, togliendo progressivamente alcuni di quegli strumenti che si erano visti assumere valenze dispersive o autistiche, comunque discomunicative per il paziente (Borghesi, 1998a).

L'intelligibilità è un'altra caratteristica indispensabile allo spazio acustico della terapia, in direzione della quale sarà opportuno approntare correttivi, qualora ci si trovi ad operare in condizioni proibitive. Frequente è il caso di saloni fortemente riverberanti, nei quali si possono ottenere buoni risultati con l'impiego di fonoassorbenti empirici, come tappeti, tendaggi, e così via. Infine, la delimitazione dello spazio acustico, necessita di un buon isolamento dai suoni esterni, i quali invadono altrimenti il setting, rendendo acusticamente presenti i compagni o le insegnanti delle classi adiacenti. La trasparenza acustica di certe pareti ostacola la definizione del setting musicoterapico altrettanto di quanto accadrebbe con pareti di vetro.

Comice temporale

La definizione di un setting musicoterapico passa anche attraverso la gestione attenta di aspetti

temporali, che riguardano sia la singola seduta che l'intero trattamento. Se infatti uno spazio dai margini incerti favorisce fughe spaziali, possiamo altrettanto supporre che un tempo irregolare, imprevedibile, non ben delimitato induca fughe in termini temporali: il paziente potrebbe, come difesa, sintonizzarsi emotivamente con momenti diversi da quello della seduta.

Siamo ben consapevoli che spesso cadenza e durata delle sedute sono pesantemente condizionate da considerazioni del tutto estranee agli aspetti terapeutici e tecnici della musicoterapia; vincoli economici e pressioni istituzionali spesso decidono al posto nostro. Ma, ancor peggio, le pressioni esterne agiscono su di noi (ed in questo senso l'elemento temporale diventa indicativo di quelle erosioni del setting di cui si diceva più sopra parlando di cornice psicologica); ad esempio, una musicoterapista alle prese con le prime fasi del trattamento di un bambino molto grave, potrebbe considerare la durata delle sedute come parametro da modulare progressivamente sui bisogni del proprio paziente, ma sentirsi fortemente inibita in questo dalle aspettative dei familiari, i quali potrebbero pensare (e far pesare) di pagare per 45 minuti di trattamento (e non di disponibilità del musicoterapista) e di aspettarsi una prestazione "musicale" quantitativamente corrispondente. Ora, riteniamo di non essere integralisti in nulla e non lo diventeremo certo su questo punto, perciò immaginiamo professionisti onestamente al lavoro in situazioni anche distanti dal rigore psicoanalitico, in cui certi livelli d'ambiguità e di manipolazione entrino a far parte delle sedute (spesso proprio attraverso smagliature della cornice temporale) e siano addirittura consustanziali alla complessità della situazione clinica; riteniamo tuttavia che lo smascheramento di simili dinamiche dovrebbe quantomeno indurre a riflessione e, ancor meglio, alla ricerca di una buona supervisione.

Le sedute individuali durano mediamente 45-50

minuti ciascuna. Come si è già accennato può essere necessario considerare questo, per alcuni pazienti, un valore al quale tendere e non condizione preliminare al trattamento; ad esempio, in quei casi inviati per problematiche relative alle capacità di concentrazione che vengono trattati con strategie musicoterapiche ad orientamento cognitivista, è frequente riscontrare l'impiego dell'incremento di durata degli incontri man mano che il paziente risulta in grado di tollerare adeguatamente un simile impegno. In alcune situazioni di estrema gravità, in cui si abbia una scarsa collaborazione del paziente, come nel caso di episodi depressivi maggiori o di arresti catatonici, le sedute sono in genere stabilmente più brevi, nell'ordine dei 20/30 minuti. Una durata dall'ora e mezza alle due ore è comune nei trattamenti gruppali, anche se va precisato che questo valore è maggiormente variabile di quello riferito ai setting individuali, in quanto fortemente influenzato dalla tipologia e dal numero dei partecipanti.

Quindi, registriamo condotte assai variegata nell'impiego del parametro "tempo" nelle sedute di musicoterapia, e noi stessi consideriamo auspicabile una certa flessibilità; se volessimo in questo cercare un termine di raffronto psicoanalitico, lo potremmo trovare nella teorizzazione lacaniana di sedute che possono avere durata variabile da 3 a 45 minuti. Riteniamo tuttavia sempre auspicabile che la manipolazione del parametro "durata delle sedute" avvenga sulla base di riflessioni consapevoli, proprio al fine di proteggere il setting dal rischio dell'apertura di breccie che sarebbero poi difficili da riparare.

Parlando di cornice temporale viene anche alla mente la suddivisione interna che della seduta numerosi operatori praticano: vengono distinti generalmente tre momenti; il primo ha funzioni di apertura rituale dell'incontro, di accoglienza del paziente, di collegamento con il clima (musicale, emotivo, relazionale) dell'incontro prece-

dente. Il secondo momento è quello centrale, nel quale si procede all'elaborazione del materiale emergente. Il terzo è quello in cui si prepara il paziente alla conclusione dell'incontro. Queste fasi sono molto variabili da un assetto terapeutico all'altro; con un paziente grave nel primo periodo di trattamento può essere necessaria una fase di apertura assai più lunga di quella centrale; con un paziente dipendente può essere invece la separazione a richiedere più spazio. Anche a questo proposito suggeriamo tuttavia di adottare lo stile della regolarità, trasformando l'elemento tempo in parametro: si potranno in questo modo tempestivamente riconoscere tutti i movimenti che derivino da moti non del tutto intenzionali; è infatti ben diverso avere strutturalmente una certa scansione interna degli incontri, per quanto originale comunque regolare, dall'assistere improvvisamente a variazioni delle quali è difficile riconoscere ragioni logiche e psicologiche. Un'altra questione di notevole rilievo per una buona delimitazione del setting riguarda la cadenza delle sedute: evitando in questo caso le ormai consuete considerazioni su aspettative e pressioni dei committenti, consideriamo che un musicoterapista dovrebbe quantomeno saper indicare un valore ottimale nella formulazione di un progetto d'intervento. Questo deve essere ovviamente correlato, dato che ci riferiamo ad un modello psicoterapico di musicoterapia, alle possibilità di sviluppare un transfert significativo, tale da rendere possibile l'interpretazione delle produzioni musicali del paziente come espressioni legate alla relazione con il musicoterapista e non come eventi avulsi dal contesto. In linea di massima si può dire che in casi molto gravi è necessaria una cadenza minima di due incontri settimanali; intensità inferiori esporrebbero al rischio di una eccessiva diluizione temporale, assai poco indicata per pazienti che non avessero una buona costanza d'oggetto. Non sarà così per i gruppi, dove un livello di funzionamento psichi-

co migliore di quello ipotizzato in precedenza è un requisito minimo d'accesso; questi avranno nella maggior parte dei casi una cadenza settimanale.

Non solo il tempo delle sedute è un parametro perimetrale del setting, ma anche il tempo del trattamento nel suo complesso. A tal proposito è molto più difficile far percepire al paziente confini che sono per lo più indefinibili: il paziente ed il musicoterapista devono essere preparati a perseverare nel processo per un periodo indefinito. Il cambiamento strutturale richiede tempo, molto tempo, spesso nell'ordine di anni. Alcune precauzioni possono anche in questo caso favorire la percezione dei confini; l'inizio del trattamento, ad esempio, andrà pianificato in un periodo nel quale sia possibile garantire, da parte di entrambe le parti, una buona continuità; le sospensioni per ferie andranno annunciate con anticipo e comunque, soprattutto nei casi con più grave compromissione delle facoltà psichiche, non dovranno essere troppo lunghe; la fine del trattamento andrà preparata con largo anticipo, annunciandola, riepilogando le fasi più significative della relazione terapeutica, incrementando l'autonomia e il distanziamento, ed evitando l'apertura di nuovi "filoni" musicali.

Cornice comportamentale

È, a nostro avviso, indispensabile per una buona perimetrazione del setting, disporre anche una cornice comportamentale all'interno delle sedute. Questa partecipa a quel processo di integrazione spaziale dell'individuo che è favorito da, e a sua volta consente, una certa chiarezza nel rapporto tra sé e l'altro (o ancor più a monte, tra sé e non sé). Oltre a quest'ordine di ragioni psicologiche dalla parte del paziente, ce ne sono altre che riguardano la possibilità del musicoterapista di lavorare serenamente.

Un primo elemento che compone questa parte del setting è analogo a ciò che in psicoanalisi

viene chiamata la regola fondamentale; in quel caso il paziente accetta di essere completamente onesto con l'analista e di dirgli tutto ciò che gli viene alla mente, senza operare alcuna selezione. Freud definì libera associazione la tecnica che permetteva una tale onestà. Le associazioni, apparentemente illogiche e casuali, sono dirette da tre tipi di forze inconse: i conflitti patogeni, il desiderio di migliorare e quello di compiacere l'analista. Qualcosa di analogo avviene nel setting musicoterapico; anche qui va costruita la possibilità di applicare una sorta di regola fondamentale della musicoterapia: il paziente accetta di essere completamente spontaneo con il musicoterapista, attraverso la tecnica dell'improvvisazione musicale; ovviamente quest'ultimo dovrà agire e reagire in modo che tale auspicabile spontaneità venga percepita come legittima ed anzi favorita. In questo modo anche i suoni improvvisati, al pari delle parole associate, apparentemente illogici e casuali, risulteranno essere l'espressione di forze inconse, cioè i conflitti patogeni, il desiderio di migliorare e quello di compiacere il musicoterapista (Postacchini 1998).

Sempre con un doppio ordine di ragioni possiamo assumere il divieto di violenza, che da un lato consente al paziente di sentire i propri impulsi contenuti e favorita la mentalizzazione degli stessi a scapito dell'azione; dall'altro lato, mette comunque il musicoterapista in grado di pensare al paziente senza essere preoccupato costantemente dal pericolo di aggressioni e lesioni.

C'è un ultimo aspetto che ci pare di rilievo al fine di ottenere uno spazio relazionale affidabile: quello etico. Il libero consenso del paziente, o di chi lo rappresenta legalmente, ad obiettivi, mezzi e tecniche, messi in atto dal musicoterapista, costituisce a nostro avviso un livello "meta" di definizione del rapporto, una specie di primo grande requisito preliminare. Il musicoterapista, nel prendersi in carico l'utente senza operare discriminazioni sociali o razziali, si impegna ad

esercitare al meglio la sua competenza professionale e a favorire il rapporto solo fino a che questo risulta necessario, sottoponendolo, fra l'altro, a frequenti verifiche.

Il setting andrà garantito anche in termini di riservatezza. Non sarebbe infatti ben delimitato uno spazio terapeutico dal quale si sentono uscire cose private: una simile dispersione ricorda molto da vicino quella immagine negativa di trasparenza del setting già paventata parlando di perimetrazione acustica. La salvaguardia della privacy comporta una limitazione a casi eccezionali dell'impiego dei videotape in contesti esterni a quello terapeutico, previo consenso dell'interessato o di chi ne ha la tutela, e la cura a rendere non riconoscibili i pazienti in caso di pubblicazioni.

Il musicoterapista opera sulla base delle indicazioni clinico diagnostiche delle figure professionali a ciò abilitate (medico, psicologo) e programma l'intervento terapeutico in collaborazione con l'équipe di riferimento. Pensiamo che questa cooperazione possa costituire una sorta di avvolgimento esterno al rapporto intercorrente tra musicoterapista e paziente, e che in questa veste possa partecipare fattivamente ad una migliore definizione della cornice relazionale.

Buona perimetrazione non deve in alcun modo evocare atmosfere di costrizione: il musicoterapista è tenuto alla salvaguardia dell'espressione della persona intesa globalmente nella sua unicità, irripetibilità, creatività, per migliorarne la qualità della vita. Infine, proteggere il setting non può significare omertà. Il musicoterapista che nell'esercizio della sua professione venisse a conoscenza di situazioni oggettive di sfruttamento e di violenza su minori o disabili, deve contrastarle, anche quando le persone appaiano consenzienti.

Conclusioni

In accordo con quanto sostenuto dagli psicoanalisti che si sono occupati della questione del set-

■ Borghesi M. (1998a), *Linee generali del trattamento musicoterapico di un caso di sindrome del bambino ipercinetico*; in Manarolo G. e Borghesi M. (a cura di), *Musica & Terapia*, Cosmopolis, Torino, 1998.

■ Borghesi M. (1998b), *Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo*; in Manarolo G. e Borghesi M. (a cura di), *Musica & Terapia*, Cosmopolis, Torino, 1998.

■ Casanenti P. (1990), *Further learning from the patient*, Routledge London. Trad. it., *Spazio e processo psicoanalitico*, Cortina, Milano, 1991.

■ Greenberg J.R., Mitchell S.A., *Object relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge: Harvard University Press. Tr. it. *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Il Mulino, Bologna, 1986.

■ Grinberg L., Grinberg R. (1975), *Identidad y cambio*, Editorial Nova, Buenos Aires. Trad. it. *Identità e cambiamento*, Armando, Roma, 1976.

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

■ Postacchini P.L. (1998), *L'improvvisazione nella musica, in psicoterapia, in musicoterapia*; in Manarolo G. e Borghesi M. (a cura di), *Musica & Terapia*, Cosmopolis, Torino, 1998.

ting nel trattamento del paziente grave, pensiamo che la capacità di riconoscere il setting musicoterapico non possa considerarsi un prerequisito al trattamento, bensì un primo (e importantissimo) obiettivo terapeutico. Tale capacità è funzione di un'acquisita integrazione spaziale dell'individuo, intesa come capacità di differenziazione tra sé e non sé, sulla quale i musicoterapisti possono intervenire positivamente, ancor prima che assistendo l'evoluzione di una relazione terapeutica; lavorando sulla riconoscibilità del setting musicoterapico si permette al mondo interno del paziente di assumere una maggior definizione. Tale mondo interno, una volta che siano stati ridotti i margini per una sua proiezione motoria (fisica e materiale, dunque) nel mondo esterno, attraverso le vie di fuga consentite da uno campo spaziale incerto e mal delimitato, riceve dalla delimitazione dello spazio medesimo stimolo e nutrimento a divenire spazio transizionale, e quindi ponte con la realtà esterna; diventa così possibile al musicoterapista fornire al paziente oggetti transizionali, sia nel senso più letterale di oggetti sonoro-musicali con funzione "consolatoria", sia nel senso più ampio di occasioni di logos, inteso come comunicazione verbale (laddove la patologia lo consenta), ma soprattutto non verbale, quindi musicale, corporea, gestuale, tendente comunque a favorire la costruzione e la esteriorizzare in forma comunicativa di simboli (Borghesi, 1998b). In tal modo, è possibile dare voce, o almeno suono, alle potenzialità elaborative poco o tanto presenti nel paziente, facendole emergere da quel magma pre-elaborativo che costituisce il substrato psicologico delle situazioni di deficit neuropsichico grave.

■ **Manuale di Arte e Scienza della Musicoterapia**, T. Wigram, B. Saperston, R. West (a cura di), ISMEZ Editore, 1997.

Il libro propone al lettore italiano un'ampia panoramica relativa allo stato dell'arte in ambito internazionale (Europa e Stati Uniti in particolare) attraverso i contributi teorico-esperienziali di importanti esponenti specializzati nell'applicazione delle metodiche musicoterapiche all'interno di differenti ambiti clinici. Il volume è suddiviso in sei unità che raggruppano specifiche aree d'intervento:

1. Gli effetti biologici e medici della musica;
2. La musicoterapia in Psichiatria;
3. Musicoterapia con i bambini (Autismo e Paralisi cerebrali infantili);
4. Musicoterapia e handicappati mentali;
5. Musicoterapia con gli anziani;
6. Aree di lavoro specializzato in musicoterapia.

All'interno delle sei aree descritte compaiono in maniera evidente e ricorrente le tematiche inerenti alla necessità di effettuare accurati percorsi di accertamento e valutazione dei risultati ottenuti con l'impiego delle tecniche musicoterapiche. Le riflessioni sistematiche, sviluppate in ogni capitolo, relative a questi temi offrono anche al lettore italiano la possibilità di confrontarsi con argomenti estremamente attuali per la realtà della disciplina musicoterapica nazionale. Come evidenzia Ricci Bitti nella presentazione al volume "...è indispensabile riuscire a valutare e misurare la qualità e la entità del cambiamento ottenuto e a individuare i meccanismi ed i processi attraverso i quali certi risultati vengono raggiunti...". La necessità di una documentazione accurata relativa a tali processi risulta importante soprattutto al fine di fornire precise risposte alle richieste di verifica avanzate da équipes medico-scientifiche operanti a livello sanitario e socio-assistenziale, nonché al fine di garantire anche alla musicoterapia italiana una propria collocazione all'interno dei programmi preventivi e riabilitativi.

■ **Elementi di musicoterapia**
G. Ducourneau, Edizioni Cosmopolis, Torino, 2001

La nuova edizione del testo di Ducourneau contiene interessanti aggiornamenti sulla Musicoterapia frutto del costante lavoro di applicazione e ricerca condotto dall'autore francese. Attraverso la disamina di argomentazioni legate alla definizione della disciplina musicoterapica, all'individuazione delle aree d'intervento specifico e alla precisa collocazione all'interno di ambiti teorici peculiari (la teoria benenzoniana, la teoria sistemica, la psicoanalisi, ma anche la ricerca antropologica e quella teatrale), Ducourneau fornisce elementi importanti per la comprensione del processo relazionale musicoterapico contestualizzando le proprie riflessioni teoriche all'interno di differenti contesti clinici. Il volume si conclude con un invito alla ricerca e alla sperimentazione, fattori determinanti per una reale evoluzione della disciplina musicoterapica.

■ **La Musicoterapia attraverso le esperienze**
Cinzia Blanc, Ferdinando Suvini (a cura di), Edizioni LoGisma, Firenze, 2001.

Il volume contiene alcuni dei contributi presentati al IV Congresso Nazionale di Musicoterapia tenutosi a Firenze nel novembre 1999. I curatori del libro hanno privilegiato, per la costituzione dello stesso, i contributi di carattere esperienziale al fine di focalizzare l'attenzione del lettore sugli aspetti applicativi della musicoterapia all'interno di tre principali ambiti. Il primo "Musicoterapia in contesto scolastico" colloca e riconosce la disciplina come intervento specifico per un'area preventiva centrata "...sugli aspetti non verbali del complesso suono-musica rivolto a bambini e ragazzi con attenzione particolare a quelli che presentano forme di disagio psichico, fisico, sociale, relazionale.....dove l'approccio musicoterapico deve integrarsi col progetto educa-

tivo senza connotarsi come intervento isolato...".

La seconda parte del libro esamina "Le terapie espressive nella riabilitazione psichiatrica". Nella parte introduttiva curata da De Lucia si evidenzia l'esigenza di riscoprire linguaggi espressivi (musica, danza, teatro, pittura) attraverso un attento lavoro di formazione dell'arte-terapeuta, specie in relazione alla capacità di decodificare le complesse dinamiche espressivo-relazionali mosse dal processo d'intervento. La terza ed ultima parte introduce il problema della "Metodologia e ricerca verso il riconoscimento della musicoterapia" all'interno dello spazio introduttivo sono riportati i cinque principali modelli teorico-applicativi riconosciuti dalla Federazione mondiale di musicoterapia e si sottolinea l'esigenza di pervenire al più presto al raggiungimento di standard formativi adeguati anche presso la realtà italiana.

Ferruccio Demaestri

■ Emozione e conoscenza

Antonio R. Damasio, Adelphi, Milano, 2000

Si tratta di un volume importante, ma certo di non facile lettura.

Se Freud parlava di determinismo psichico in termini di speculazione teorica, Damasio affronta il tema della coscienza come dipendente dall'emozione accumulando acquisizioni sperimentali su entrambi i termini di questa relazione.

L'autore distingue due coscienze: una "nucleare", intesa come consapevolezza di sé superiore alla veglia e alla vigilanza, ed una "estesa", culturalmente più elaborata; la distinzione tra queste non è gerarchica, ma concerne solo differenti stati di organizzazione dell'interazione dinamica tra diverse aree cerebrali.

Ciò viene dimostrato con l'analisi di casi clinici che evidenziano danni dinamici e non focali.

Ne deriva l'indifendibilità della vecchia concezione "frenologica" del cervello, sostituita da una visione che mette in rapporto localizzazione e plasticità; ovvero, la coscienza non è né in un luogo specifico del cervello, ma non è neppure "ovunque e in nessun luogo": la coscienza è un processo elaborato da sistemi distinti ma connessi. Per cui, è vero che la coscienza nucleare si fonda sull'attività di strutture "arcaiche" del cervello, ma bisogna sempre tenere presente che le rappresentazioni dei sistemi derivano dal rapporto cervello/corpo/ambiente, con un'incessante rimodulazione degli scambi di informazioni in entrata e in uscita. Come mostrano la lumaca e l'anemone di mare, uniti da un medesimo comportamento di contrazione e distensione rispetto agli stimoli, l'emozione (intesa come rappresentazione di questo fenomeno) esiste già in un elementare sistema nervoso.

Nell'uomo c'è però un passaggio ulteriore; non ci sono solo la risposta ad una situazione induttrice e la conseguente regolazione dello stato interno dell'organismo, ma è presente anche la rappresentazione di tutto questo, ovvero la consapevolezza dell'emozione. Tale consapevolezza viene ad essere la "rappresentazione di una rappresentazione" e in quanto tale, secondo Damasio, la rappresentazione di un'emozione; quindi, la conclusione è che la coscienza è conseguente ad un processo emozionale.

Per meglio chiarire a che tipo di emozione egli si riferisca si preferisce citare direttamente alcune sue parole che hanno per noi anche l'interesse della metafora musicale.

La coscienza dipende da una emozione non intensa ma duratura, di un "basso continuo" emotivo che si interrompe solo col sonno.

Sarebbe questa la musica "potente ed elusiva, inconfondibile e vaga" che è il sé di ognuno di noi: quella musica "sentita così intimamente da non essere nemmeno sentita".

■ Un universo di coscienza

Gerald M. Edelman, Giulio Tononi

Einaudi, Torino, 2000

Chi si occupa di musicoterapia non può esimersi da interrogativi sulla comparazione tra funzionamenti musicali e mentali. Ciò rende interessante lo studio del pur difficile lavoro di Edelman e Tononi, che illuminano aspetti del funzionamento mentale molto complessi come quelli riguardanti il rapporto tra soggettività ed oggettività.

Per comprendere le conclusioni cui arrivano i due autori è necessario conoscere almeno per sommi capi la teoria "selettiva" del cervello di Edelman, in cui la selezione opera a 3 livelli:

- quello filogenetico della selezione naturale che ha portato gli ominidi ad avere una corteccia cerebrale;
- quello ontogenetico della selezione somatica, che sta alla base, durante lo sviluppo e grazie all'informazione ereditaria, delle specializzazioni funzionali delle aree cerebrali;
- quello della selezione culturale attraverso l'interazione con l'ambiente, che porta all'autoriflessività, cioè al dialogo del cervello con se stesso, e quindi alla memoria, all'immaginazione e alla creatività.

In questo quadro vengono distinte "due coscienze": una più antica, o "primaria", tipica di certi animali, prodotta dall'integrazione tra le aree cerebrali della categorizzazione del mondo esterno e quelle della memoria; l'altra, la coscienza "di ordine superiore" o "coscienza di essere coscienti", tipica dell'uomo, determinata dall'intervento delle memorie simboliche e del linguaggio.

Decisivo, in tutta la teoria, è il "rientro", meccanismo che consente la correlazione sincronizzata tra mappe cerebrali differenti, e quindi di discriminare tra percezione in tempo reale e memoria in quanto ricategorizzazione degli oggetti percepiti.

Altro punto decisivo di tutta la teoria è che la

coscienza di ordine superiore non può darsi senza quella primaria, mentre non è vero il contrario.

Considerando questo impianto base, si può cogliere l'importanza delle deduzioni di Edelman e Tononi riguardo alla coscienza di ordine superiore come correlato neurobiologico del sé; questo implica la sottolineatura della comparsa della coscienza evolutivamente per esigenze adattive; significa cogliere che la coscienza non è un oggetto ma un processo in cui conta di più l'interazione dinamica tra diverse regioni cerebrali in precisi intervalli di tempo di quanto non contino le corrispondenze tra regioni e funzioni specifiche; comporta la consapevolezza che la coscienza di ordine superiore è dipendente dalla memoria e dalle rappresentazioni cerebrali del corpo e che costituisce la parte emergente di eventi cerebrali non coscienti, e quindi di automatismi comportamentali; e significa infine comprendere l'apparente contraddittorietà della coscienza di ordine superiore, che è al tempo frutto di sottoprocessi tendenti all'unità e all'integrazione da un lato, e di informatività e differenziazione dall'altro.

La teoria elaborata ed esposta da questi autori possiede un'ottica naturalistica che supera tanti integralismi filosofico/psicologici e che può contribuire ad abbattere la sterile barriera esistente tra scienze naturali e scienze umane.

Massimo Borghesi

■ Lettera ai Soci APIM

Luglio 2001

Caro socio/socia, nel corso di questi ultimi anni l'APIM ha acquistato sempre più un ruolo importante sulla scena della musicoterapia nazionale ed internazionale; crediamo però sia necessario migliorare la capacità dell'associazione di svolgere la propria funzione, attraverso il miglioramento della struttura organizzativa e ponendo sempre maggior attenzione alla qualità della comunicazione con i soci.

Con questa lettera intendiamo riannodare comunicazioni interrotte oppure rinsaldare quelle precarie ed intermittenti, per andare a costituire quelle "rete informativa" su cui far viaggiare le relazioni associative.

Cominciamo quindi con l'informarti sugli aspetti istituzionali e sulle iniziative attivate dal Direttivo:

A] Organismi e cariche associative nell'APIM

1. Assemblea dei soci

2. Direttivo:

Pier Luigi Postacchini: Presidente onorario

Gerardo Manarolo: Presidente

Claudio Bonanomi: vice presidente

Massimo Borghesi

Andrea Ricciotti

Anna Maria Barbagallo

Ferruccio Demaestri

Marzia Mancini

3. Segreteria:

Ferruccio Demaestri

4. Riferimento soci:

Claudio Bonanomi

B] Deleghe di rappresentatività nella Confiam

- Gerardo Manarolo: Presidenza Confiam
Coordinatore Commissione Formazione
- Massimo Borghesi: membro Commissione Registro Professionale
- Pier Luigi Garotti e Alfredo Raglio: Coordinatori Commissione Ricerca

C] Appuntamenti Istituzionali

Il Direttivo:

- si riunisce annualmente, di solito la prima domenica di Ottobre;
- altri appuntamenti vengono fissati in occasione di incontri nazionali (convegni, etc.) ed ogni volta che la situazione ne renda necessaria una convocazione. Assemblea dei soci:
- si tiene solitamente in concomitanza al Seminario di Rimini; la prossima assemblea dei soci è prevista quindi per maggio 2002.

D] Progetti e iniziative

L'APIM ha fra le finalità principali quella di contribuire allo sviluppo della musicoterapia in Italia, finalità che sviluppa sul versante della Formazione attraverso la direzione scientifica di Scuole di Formazione di Musicoterapia (Lecco, Genova, Rivarolo, Cefig Bologna, Saronno) e la partecipazione significativa di molti suoi membri come docenti in molti altri corsi aderenti alla Confiam.

Un altro particolare fronte di iniziativa dell'associazione è quella della cura e dello sviluppo della professionalità dei propri soci che persegue attraverso l'attivazione e il coordinamento di gruppi di Ricerca.

Attualmente ne sono attivi tre: il primo, che coinvolge le équipes di tre importanti istituzioni, il Centro di Riabilitazione "Paolo VI" di Casalnoceto, l'Istituto Ospedaliero di Sospiro e l'Istituto Sacra famiglia di Cesano Boscone, e si occupa di mettere a confronto differenti modalità di intervento al fine di definire linee guida per i fondamenti del lavoro musicoterapico. Il secondo, che coinvolge diversi musicoterapisti che fanno riferimento ai gruppi di supervisione tenuti da Massimo Borghesi, si sta occupando di uno studio che ha per tema il setting musicoterapico.

Il terzo, formato dal gruppo di ricerca del Centro di Formazione nelle Artiterapie di Lecco - Scuola Triennale di Musicoterapia, si sta occupando di due temi: il primo relativo all'analisi dei risultati dell'intervento musicoterapico con soggetti affetti da Alzheimer ad uno stadio medio/grave; il secondo si interessa invece delle problematiche connesse alla valutazione e

verifica in musicoterapia.

Siamo interessati a conoscere l'esistenza di altri gruppi di ricerca oppure del desiderio da parte di singoli soci di partecipare a gruppi di ricerca piuttosto che contribuire alla discussione e al dibattito attorno a tale campo di attività; per questo motivo è stato dato l'incarico ad Alfredo Raglio di svolgere una funzione di raccordo di tale iniziativa. Chi fosse interessato lo può contattare a questo numero telefonico e indirizzo di posta elettronica, tel. 3387291944; e-mail raglio@tin.it.

Nella stessa direzione di promozione della professionalità si colloca il Premio Apim. Questo consiste in un attestato di benemerenzza atto ad incentivare gli elaborati riguardanti il lavoro e le ricerche dei soci; la valutazione viene effettuata da una commissione composta da membri del direttivo ed i lavori meritevoli, oltre ad essere premiati, vengono pubblicati in forma sintetica sulla rivista di Musica et Terapia. I soci sono dunque invitati ad inviare i loro elaborati ad Anna Maria Barbagallo, 051/6230902, annabbg@libero.it.

L'attenzione dedicata dall'associazione alla formazione e alla ricerca è riscontrabile anche nell'attività editoriale, che riguarda sia la Rivista Musica et Terapia che la pubblicazione di testi grazie ad una partnership con la casa editrice COSMOPOLIS.

La recente revisione grafica e contenutistica della rivista oltre ai mutati rapporti con l'editore, hanno comportato una variazione nelle modalità distributive della medesima. La rivista non si riceve più automaticamente con l'atto associativo, bensì facendo un versamento annuale di €30.000 sul c.c.p. 39476106 intestato a Edizioni Cosmopolis in cui sia specificata la causale del versamento. La rivista è e rimane uno strumento a disposizione dei soci interessati a mantenersi aggiornati e a pubblicare i loro lavori; a tal proposito il referente è Ferruccio Demaestri, e-mail ferdemae@tin.it.

E] Dimissioni di Di Franco

In data 21/04/01 il Consiglio Direttivo Confiam ha accettato le dimissioni di Gianluigi Di Franco da Past President e da membro del Comitato Promotore costituenda Associazione professionisti.

L'accettazione di tali dimissioni è motivata dalla preoccupazione inerente la poca chiarezza che si è determinata relativamente ai titoli di Gianluigi Di Franco.

L'APIM ha apprezzato le tempestive dimissioni di Di Franco dalle cariche Confiam, in quanto tale gesto consente alla Confederazione di proseguire il proprio cammino con la necessaria tranquillità, senza essere oggetto di attacchi strumentali e distruttivi.

La nostra associazione ha già richiesto che si attivino all'interno della Confiam processi di chiarezza riguardo alle questioni di cui tanto si è sentito parlare. Vogliamo tuttavia ricordare l'importante contributo dato in questi anni da Gianluigi Di Franco allo sviluppo della Musicoterapia in Italia ed al suo accreditamento in Europa, percorso coronatosi con il recente Congresso Europeo tenutosi a Napoli.

F] L'esam e di Registro Confiam

Il riconoscimento della musicoterapia e dei suoi operatori appare sempre più determinato dalla qualità della formazione e degli aspetti professionali. Solo un organismo associativo forte che tuteli questi aspetti può allora favorire la visibilità e l'integrazione professionale del musicoterapista. La Confiam consapevole di tali aspetti ha avviato in questi anni un'attenta riflessione sugli standard formativi proposti dai diversi corsi di musicoterapia presenti sul territorio nazionale. Sono stati così individuati alcuni criteri normativi accettati e condivisi dalle scuole di musicoterapia che aderiscono alla Confiam (vedi Guida dello studente a cura G. Manarolo e G. Di Franco, Ed. Cosmopolis, 1999, Torino). Queste scelte hanno incontrato il plauso del CNEL, organismo da tempo impegnato a promuovere le nuove professioni emergenti sul territorio nazionale. Un secondo aspetto su cui la Confiam si è profondamente impegnata riguarda la tutela degli aspetti professionali. Rispetto ad essi sono emerse alcune priorità:

- indire un esame nazionale rivolto a quanti si sono formati presso scuole accreditate dalla Confiam che possa attestare l'idoneità professionale;
- istituire un registro nazionale dei musicoterapisti in

cui possano confluire i candidati risultati idonei all'esame;

- costituire un'associazione professionale che gestisca il registro, promuova l'aggiornamento dei musicoterapisti e il rispetto del codice deontologico.

La realizzazione di questi punti costituisce un passaggio delicato; siamo d'altra parte convinti che la loro piena attuazione costituirà per la musicoterapia italiana un fattore di crescita e di sviluppo.

Per quanto riguarda la costituenda Associazione Professionale, in futuro verranno delineati la struttura e il funzionamento.

Al fine di riconoscere, ai candidati che risulteranno idonei, la qualifica di musicoterapista, viene bandito dalla Confiam un esame nazionale che consentirà l'iscrizione al registro nazionale; tale registro dei musicoterapisti sarà organizzato e gestito dalla costituenda Associazione Professionale dei Musicoterapisti. Entro sei mesi dalla costituzione della stessa si terrà la prima assemblea dei soci nel corso della quale verrà eletto il Consiglio Direttivo.

La qualifica rilasciata e l'iscrizione al Registro non hanno al momento attuale un valore legale. La legge di riforma degli ordini professionali potrà in futuro concedere alla Confederazione e alla Associazione Professionisti ad essa collegata, la tutela della formazione e della professionalità dei musicoterapisti.

L'esame nazionale si articolerà nel seguente modo:

Sede: presso la Pro Civitate Christiana di Assisi.

Periodo: 23 Febbraio 2002.

Il candidato dovrà essere in possesso dei seguenti requisiti:

- diploma di musicoterapista rilasciato da una scuola aderente alla Confiam;
- attestato di Supervisione per almeno 60 ore, rilasciato da Supervisor accreditati dalla Confiam. I nominativi degli stessi sono elencati nella Guida dello Studente;
- iscrizione ad una associazione aderente alla Confiam.

La domanda d'iscrizione all'esame dovrà essere inviata alla segreteria Confiam (c/o Dott.ssa Federica Polcaro, Via Leone IX n° 16, 00165 Roma) dal 1/12/01 al

31/12/01. La spedizione dovrà avvenire tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. Farà fede la data del timbro Postale.

La prova d'esame è scritta. Il candidato potrà scegliere tra due casi, uno appartenente all'ambito preventivo, l'altro all'ambito riabilitativo (i casi verranno sorteggiati in sede d'esame). Nella stesura dell'elaborato il candidato dovrà precisare i seguenti punti: modello musicoterapico di riferimento, analisi dell'invio, modalità di osservazione, criteri seguiti per la presa in carico o per la non presa in carico, possibili ipotesi di trattamento e obiettivi perseguibili, tecniche musicoterapiche impiegate, modalità di restituzione e documentazione.

La commissione d'esame sarà costituita da quattro membri accreditati in ambito accademico e istituzionale. E' inoltre prevista la partecipazione di un membro interno appartenente alla scuola di provenienza del candidato e due membri esterni (il Presidente della EMTC o suo delegato, e un delegato dell'Associazione Professionisti).

Nella valutazione degli elaborati la commissione farà riferimento alla seguente bibliografia consigliata:

- Alvin J., La terapia musicale per il ragazzo autistico, Armando, Roma, 1981
- Benenson R. O., La nuova Musicoterapia, Phoenix, Roma, 1997
- Benenson R. O., Musicoterapia, Esperienze di Supervisione, Phoenix, Roma, 1999
- Blanc C., Suvini F., a cura di ,La musicoterapia attraverso le esperienze, Logisma, Firenze, 2001
- Bruscia K.E., a cura di, Casi clinici di Musicoterapia (adulti), Ismez, Roma, 1991
- Bruscia K. E.,a cura di, Casi clinici di Musicoterapia (bambini e adolescenti) Ismez, Roma, 1991
- Bunt L., La Musicoterapia un arte oltre le parole, Edizioni Kappa, Roma, 1997
- Di Franco G.L., De Michele R.,a cura di, Musicoterapia in Italia, Idelson, Napoli, 1995
- Di Franco G.L., La voce delle emozioni, Ismez, Roma, 2001
- Lecourt E., La Musicoterapia, Cittadella Editrice, Assisi, 1992

notiziario

-Lorenzetti L. M., F. Suvini, a cura di, Prospettive in Musicoterapia, F. Angeli, Milano, 2001

-Manarolo G., Borghesi M., a cura di, Musica e Terapia, Cosmopolis, Torino, 1998

-Manarolo G., L'Angelo della Musica, Omega Edizioni, Torino, 1996

-Pistorio G. Scarso G., Musicoterapia Metodologie ricerche cliniche interventi, Centro Scientifico Ed., Torino, 1998

-Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., Lineamenti di Musicoterapia, Carocci, Roma, 1998

-Scardovelli M., Il dialogo sonoro, Cappelli editore, Bologna, 1992

-Wigram T., Saperston B., West R., a cura di, Manuale di Arte e Scienza della Musicoterapia, Ismez, Roma, 1997. La commissione valuterà l'idoneità professionale del candidato. Il candidato non idoneo potrà sostenere nuovamente l'esame a distanza di due anni.

La quota d'iscrizione: l'ammissione all'esame, che verrà comunicata ai candidati entro il 20 gennaio 2002, comporta il pagamento di una quota di iscrizione di £.200.000. Tale quota dovrà essere versata alla propria associazione (aderente CONFIAM) entro il 31 gennaio 2002 pena la decadenza dell'ammissione all'esame.

Per ulteriori informazioni contattare:

Presidente: Dott. G. Manarolo (martedì ore 18.00-20.00) tel. 339 - 3678572

Segretaria: Dott.ssa F. Polcaro (lunedì-mercoledì ore 18.00-20.00) tel. 06/6867628

G] La proposta dell'APIM per la Supervisione

L'APIM è una associazione musicoterapica animata da un ideale di professionalità.

In quest'ottica abbiamo pensato ad un "pacchetto supervisione" dedicato ai soci APIM interessati, delineato da uno stile unitario di qualità per tutti i supervisori APIM riconosciuti dalla ConfiAM; questi sono: Bonanomi Claudio, Montano Lucino (Co) 348/3602394, bonacla@tin.it

Borghesi Massimo, Rimini (Rn) 338/7746947, massimo-borghesi@libero.it

Ghedini Vanda, Inverigo (Co) 339/5421858,

Manarolo Gerardo, Genova (Ge) 339/3678572,

apim@money.it

Postacchini Pier Luigi, Bologna (Bo) 335/5732708, ppostacchini@libero.it

Raglio Alfredo, Cremona 338/7291944, raglio@tin.it

Ricciotti Andrea, Bologna (Bo) 339/6627357

Rota Fulvio, Arcore (Mi) 39/6013077

Ognuno di questi professionisti organizza sia iniziative individuali sia gruppal; queste si rivolgono ad operatori già in possesso di una certa professionalità, con esperienze musicoterapiche al loro attivo; queste potranno essere analizzate e confrontate; i vari membri avranno la possibilità di portare videoregistrazioni o altro materiale di documentazione come verbali e protocolli, all'attenzione del supervisore e/o del gruppo, il quale, sollecitato ed orientato comunque dal conduttore, cercherà soluzioni alle eventuali difficoltà prese in esame, estrarrà insegnamenti da ogni esperienza e produrrà confronti tra le varie tipologie d'intervento affrontate.

Esiste la possibilità di orientare le supervisioni gruppal in due modi : o presentando di volta in volta un caso diverso, un contesto diverso, una tipologia d'intervento diversa, oppure seguendo un unico caso prototipico durante tutto l'anno. In ogni caso si chiede a tutti i partecipanti di poter lavorare su protocolli scritti a caldo e non su schede o sintesi di vario tipo, frutto di risistemazioni concettuali che poco ci informerebbero del dato affettivo. Una anamnesi introduttiva può essere sufficiente per contestualizzare l'intervento e la domanda di aiuto che viene rivolta al gruppo.

Il lavoro può articolarsi su vari livelli a seconda delle necessità di ogni specifica relazione:

a) ci si addestra a presentare esperienze di musicoterapia, che significa anche addestrarsi ad osservazioni e ripensamenti sintetici ed equilibrati;

b) si effettua un confronto tra esperienze condotte su varie tipologie di utenti, in vari contesti, secondo vari modelli musicoterapici;

c) verrà fatta un'analisi dettagliata dell'esperienza, delle sue coordinate teoriche, e della coerenza tra queste e la prassi;

d) si esploreranno le difficoltà incontrate nel lavoro, se

ne analizzeranno le cause, si cercheranno soluzioni adeguate;

e) si effettuerà direttamente un'esperienza della dimensione gruppale, la quale potrà essa stessa, con le sue dinamiche, diventare oggetto di riflessione per il gruppo;

f) verrà promossa l'attivazione di schemi autoanalitici. Da tutto ciò si vince che il conduttore ha responsabilità di competenza clinica, musicoterapica e di facilitazione del lavoro di supervisione; s'vince altresì che da ogni supervisionando ci si aspetta una aperta e sincera collaborazione, che potrà certo essere interpretata in vari modi, secondo vari stili e vari livelli di competenza, ma che sarà comunque indispensabile alla qualità del lavoro.

L'associazione ha identificato tariffe minime da praticare:

Tariffa supervisioni individuali (1,30 h.) = £88.000 + imposte di legge

Tariffa supervisioni gruppali pro-capite (3 h.) = £55.000 + imposte di legge

Sconto 10% ai soci APIM

La necessità di rendere il rapporto di supervisione altamente stabile suggerisce di richiedere un forte impegno alla presenza per tutti i partecipanti, i quali pagheranno gli incontri anche in caso di assenza. A ciò faranno eccezione le assenze discusse e concordate con il conduttore.

I vari supervisori APIM convergono quindi su un modello teorico e una modalità tecnica di supervisione; ovviamente ognuno di essi caratterizza il proprio intervento secondo sfumature personali. Queste possono orientare il candidato che potrà informarsi con ognuno di essi; oltre a ciò si potrà prendere in considerazione la dislocazione geografica di ognuno di questi e l'eventuale disponibilità a trasferte, qualora gruppi di supervisionandi si volessero aggregare in zone "scoperte" da professionisti accreditati. Oltre a ciò, si fa presente che alcuni supervisori adottano formule ad hoc finalizzate all'agevolazione di candidati distanti geograficamente o comunque impegnati da particolari situazioni professionali: anche in questo caso, un'op-

portuna ricognizione tra i professionisti indicati in apertura potrà far scoprire soluzioni sul modello di stage intensivi.

Infine, tutti i supervisori APIM adotteranno un identico attestato dell'avvenuta attività.

A questa prima lettera faranno seguito altre note informative che riguarderanno la vita associativa e le iniziative che saranno proposte, per questo ti invitiamo a farci conoscere il tuo indirizzo e-mail scrivendo all'indirizzo sociapim@artiterapie.it in modo da facilitare e velocizzare l'informazione, ma ci aspettiamo anche un contributo da parte tua sia di idee che di eventuali apporti concreti nelle iniziative.

Per ciò che riguarda richieste di informazioni inerenti l'associazione oppure l'invio di contributi, rivolgiti al referente soci Claudio Bonanomi, che puoi trovare il martedì e il mercoledì allo 348/3602394 oppure all'indirizzo e-mail sociapim@artiterapie.it

Un caro saluto.

Claudio Bonanomi
Massimo Borghesi
Gerardo Manarolo

■ Il Servizio di Musicoterapia del Centro "Paolo VI" – ONLUS di Casalnoceto (AI)

Il servizio di musicoterapia del Centro "Paolo VI" è attivo da circa quindici anni ed è costituito da uno Psichiatra (Dott. G.Manarolo) che esercita funzioni di supervisione e da un Musicoterapista (F. Demaestri). L'attività del servizio copre l'intero arco della settimana lavorativa e si rivolge sia a utenti residenti presso la struttura riabilitativa, sia a utenti ambulatoriali. La disciplina musicoterapica è stata introdotta all'interno della struttura con l'obiettivo specifico di garantire una possibilità riabilitativa anche alle situazioni cliniche caratterizzate da gravi disturbi della sfera comunicativo-relazionale. Nel corso degli anni il trattamento si è

esteso e diversificato in relazione a differenti patologie giungendo ad una specificità d'intervento che può essere così riassunta:

- Interventi finalizzati all'ampliamento delle competenze comunicative e relazionali.

All'interno di quest'area si collocano i progetti studiati per approcciare i soggetti che presentano i quadri clinici più gravi. Le produzioni sonore/musicali dei pazienti sono accolte dall'atteggiamento del musicoterapista ed inserite all'interno di una cornice significativa, potenzialmente rinforzante la relazione; i riferimenti teorici di quest'area d'intervento sono da ricondurre agli studi di matrice psicodinamica relativi all'analisi della relazione madre-bambino e all'impostazione benenzoniana.

- Interventi finalizzati all'ampliamento delle competenze percettivo-discriminative.

All'interno di quest'area di intervento collochiamo gli interventi mirati all'affinamento delle suddette competenze per quelle situazioni cliniche che presentano un Ritardo Mentale Medio e Medio-Lieve, con eventuale sintomatologia psicotica d'innesto, le quali necessitano di una rieducazione dei parametri della percezione uditiva secondo le indicazioni fornite da Schindler e collaboratori (1996). Tale approccio si ispira anche a spunti desunti dalla Pedagogia musicale di Orff, Dalcroze ed altri autori.

- Interventi finalizzati all'ampliamento delle competenze espressive musicali ed extramusicali

Questa area d'intervento privilegia il trattamento di gruppo riservato ai soggetti che da molti anni vivono all'interno dell'istituzione e che necessitano di approcci finalizzati al contenimento del processo di cronicizzazione, alla socializzazione e condivisione di esperienze stimolanti e gratificanti inserite all'interno di un progetto "qualità della vita" studiato specificamente in relazione alle inclinazioni e alle competenze di ciascun ospite della struttura. L'intervento musicoterapico in questo caso si connoterà come intervento di confine tra un'impostazione del lavoro decisamente caratterizzata da un approccio ludico e d'animazione, e una modalità d'attuazione calibrata sulla persona intesa

nella sua dimensione storica ed unica. I riferimenti teorici di quest'area sono da ritrovare all'interno di una concezione antropocentrica dell'esperienza musicale.

- Interventi finalizzati all'integrazione ed all'"estensione" del progetto riabilitativo alle varie figure professionali che giornalmente si occupano del disabile.

Tale proposta d'intervento è rivolta in particolare agli Educatori professionali seguendo un'ottica di informazione e formazione interna alla struttura.

Pertanto il servizio di Musicoterapia del Centro "Paolo VI" offre le seguenti prestazioni specifiche:

- Trattamenti musicoterapici individuali e di gruppo ad indirizzo relazionale;
- Trattamenti musicoterapici individuali e di gruppo ed indirizzo cognitivo;
- Trattamenti musicoterapici di gruppo ad indirizzo socializzante ed integrativo.

Nello specifico delle patologie trattate individuiamo:

- Disturbi del comportamento e della relazione (Psicosi, Autismo, Patologie relazionali secondarie, Disarmonie evolutive);
- Sindromi border-line dell'adolescenza;
- Deficit intellettivi e sensoriali di varia natura e grado (Sindrome di Down, Cerebropatie infantili, Sordità);
- Malattie croniche invalidanti (Artrite cronica giovanile)

Il servizio di Musicoterapia svolge regolare attività formativa (tirocini, stesura tesi, consulenza) a studenti appartenenti a diverse scuole di Musicoterapia distribuite sul territorio nazionale, nonché a studenti provenienti da diverse aree di formazione universitaria.

Per informazioni:

Dott. Gerardo Manarolo
M° Ferruccio Demaestri
c/o Centro "Paolo VI" – ONLUS,
via Gavino Lugano 40
15052 Casalnoceto (AI)
Tel 0131/808111

Ferruccio Demaestri

articoli pubblicati

■ Numero 0, Luglio 1992

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

■ Volume I, Numero 1, Gennaio 1993

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

■ Volume I, Numero 2, Luglio 1993

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

■ Volume II, Numero 1, Gennaio 1994

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

■ Volume II, Numero 2, Luglio 1994

Il piacere musicale (M. Vaggi) • *Il suono e l'anima* (M. Jacoviello) • *Dal suono al silenzio: vie sonore dell'interiorità* (D. Morando) • *Gruppi di ascolto e formazione personale* (M. Scardovelli) • *Esperienza estetica e controtransfert* (M. E. Garcia) • *Funzione polivalente dell'elemento sonoro-musicale nella riabilitazione dell'insufficiente mentale grave* (G. Manarolo, M. Gilardone, F. Demaestri)

■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

Musica e struttura psichica (E. Lecourt) • *Nessi funzionali e*

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

■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

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

■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

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

■ Volume IV, Numero 2, Luglio 1996

Il suono della voce in Psicopatologia (F. Giberti, G. Manarolo) • *La voce umana: prospettive storiche e biologiche* (M. Gilardone, I. Verner, 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. Degasperi) • *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 (P. L. Righetti) • *Aspettar cantando: la voce nella scena degli affetti prenatali* (E. Benassi) • *Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo* (M. 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* (M. G. Farnedi) • *La Musicoterapia Prenatale e Perinatale: un'esperienza* (A. Auditore, F. Pasini).

■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

Le spine del cactus (C. Lugo) • *L'improvvisazione nella musica, in psicoterapia, in musicoterapia* (P. L. Postacchini) • *L'improvvisazione in psicoterapia* (A. Ricciotti) • *L'improvvisazione nella pratica musicoterapica* (M. Borghesi) • *La tastiera elettrica fra educazione e riabilitazione: analisi di un caso* (Pier Giorgio Oriani) • *Ritmo come forma autogenerata e fantasia di fusione* (G. Del Puente, S. Remotti) • *Aspetti teorici e applicativi della musicoterapia in psichiatria* (F. Moser, G. M. Rossi, I. Toso).

■ Volume VI, Numero 2, Luglio 1998

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

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

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

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

Dalle pratiche musicali umane alla formazione professionale (M. Spaccacocchi) • *Formarsi alla relazione in Musicoterapia* (G. Montinari) • *Formarsi in Musicoterapia* (P. Postacchini) • *Prospettive formative e professionali in Musicoterapia* (P. E. Ricci Bitti) • *Un coordinamento nazionale per la formazione in Musicoterapia* (G. Manarolo)

■ Numero 1, Gennaio 2000

Malattia di Alzheimer e Terapia Musicale (G. Porzionato) • *L'utilizzo della Musicoterapia nell'AIDS* (A. Ricciotti) • *L'intervento musicoterapico nella riabilitazione dei pazienti post-comatosi* (R. Meschini) • *Musicoterapia e demenza senile* (F. Delicato) • *Musicoterapia e AIDS* (R. Ghiozzi) • *Musicoterapia in un Servizio Residenziale per soggetti Alzheimer* (M. Picozzi, D. Gaita, L. Redaelli)

■ Numero 2, Luglio 2000

Conoscenze attuali in tema di etiopatogenesi dell'autismo infantile (G. Lanzi, C. A. Zambrino) • *Il trattamento musicoterapico di soggetti autistici* (G. Manarolo, F. Demaestri) • *La musicalità autistica: aspetti clinici e prospettive di ricerca in musicoterapia* (A. Raglio) • *Il modello Benenzon nell'approccio al soggetto autistico* (R. Benenzon) • *Autismo e musicoterapia* (S. Cangioti) • *Dalla periferia al centro: spazio-suono di una relazione* (C. Bonanomi)

■ Numero 3, Gennaio 2001

Musica emozioni e teoria dell'attaccamento (P. L. Postacchini) • *La Musicoterapia Recettiva* (G. Manarolo) • *Manifestazioni ossessive ed autismo: il loro intrecciarsi in un trattamento di musicoterapia* (G. Del Puente) • *Musica e adolescenza Dinamiche evolutive e regressive* (I. Sirtori) • *Il perimetro sonoro* (A. M. Barbagallo, L. Giorgioni, L. Mattazzi, M. Moroni, S. Mutalipassi, L. Pozzi) • *Musicoterapia e Patterns di interazione e comunicazione con bambini pluriminatori: un approccio possibile* (M. M. Coppa, E. Orena, F. Santoni, M. C. Dolciotti, I. Giampieri, A. Schiavoni) • *Musicoterapia post partum* (A. Auditore, F. Pasini)

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

norme redazionali

- 1) I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare tre copie dattiloscritte ed una copia su dischetto redatta secondo il programma Word per Windows (tipo RTF) al seguente indirizzo:
Dr. Gerardo Manarolo, Vico Curletto Chiuso, 5/6
16121, Genova.
- 2) L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.
- 3) La comunicazione di accettazione verrà inviata non appena il comitato di redazione avrà espresso parere favorevole alla pubblicazione.
- 4) Il testo degli articoli dovrà essere redatto in lingua italiana e accompagnato dal nome e cognome dell'autore (o degli autori) completo di qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico, abstract in lingua inglese non superiore alle 500 battute.
- 5) Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:
 - a) LIBRO: Cordero G.F., Etologia della comunicazione, Omega edizioni, Torino, 1986.
 - b) ARTICOLO DI RIVISTA: Cima E., Psicosi secondarie e psicosi reattive nel ritardo mentale, Abilitazione e Riabilitazione, II (1), 1993, pp. 51-64.
 - c) CAPITOLO DI UN LIBRO: Moretti G., Cannao M., Stati psicotici nell'infanzia. In M. Groppo, E. Confalonieri (a cura di), L'Autismo in età scolare, Marietti Scuola, Casale M. (Al), 1990, pp. 18-36.
 - d) ATTI DI CONVEGNI: Neumayr A., Musica ed humanitas. In A. Willeit (a cura di), Atti del Convegno: Puer, Musica et Medicina, Merano, 1991, pp. 197-205.
- 6) Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria spetta all'Editore, che può autorizzare la riproduzione parziale o totale dei lavori pubblicati.

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

