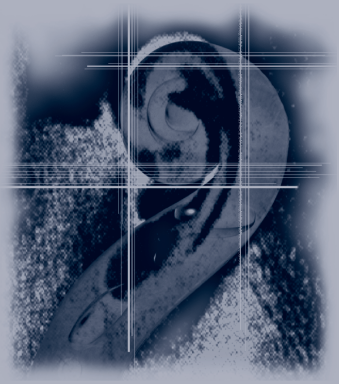


musica & terapia

numero

5

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. 347/8423620

sommario

numero
5

pag 1
Editoriale

pag 2
Riabilitazione Psicosociale e Musicoterapia aspetti introduttivi
Luigi Croce

pag 10
Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia
Pier Luigi Postacchini

pag 19
Prospettive terapeutiche nell'infanzia: "Dalla disarmonia evolutiva alla neuropsicopatologia
Giuliana Boccardi

pag 22
Musicoterapia e ritardo mentale
Ferruccio Demaestri, Gerardo Manarolo, Manuela Picozzi, Fiorenzo Puerari, Alfredo Raglio

pag 25
Indicazioni al trattamento e criteri di inclusione
Manuela Picozzi

pag 29
L'assesment in Musicoterapia, il bilancio psico-musicale e il possibile intervento
Gerardo Manarolo, Ferruccio Demaestri

pag 36
L'assessment in musicoterapia, osservazione, relazione e il possibile intervento
Fiorenzo Puerari, Alfredo Raglio

pag 40
Tipologie di comportamento sonoro/musicale in soggetti affetti da ritardo mentale
Anna Maria Barbagallo, Claudio Bonanomi,

pag 49
La musicoterapia per bambini con difficoltà emotive
Catherine Sandra Lutz Hochreutener

pag 54
Recensioni

pag 57
Notiziario

pag 60
Articoli pubblicati sui numeri precedenti

pag 62
Norme redazionali

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

Il Convegno Apim tenutosi presso l'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone nel Novembre dello scorso anno ("Musicoterapia e Ritardo Mentale, prospettive di cura e di ricerca", 9/11/01) ha suggerito la programmazione di un numero monografico dedicato al tema dei disturbi psicointellettivi dell'età evolutiva e dell'età adulta.

I primi tre contributi trattano il tema della riabilitazione integrandolo, anche se da diverse prospettive, con l'ambito musicoterapico. Luigi Croce descrive la riabilitazione psicosociale nelle sue diverse articolazioni e cerca di individuare gli aspetti specifici dell'attività musicoterapica che corrispondono agli aspetti propri della riabilitazione psicosociale. Pier Luigi Postacchini dopo aver illustrato e definito il concetto di riabilitazione alla luce della teorizzazione di R.P. Liberman (1992) ne ripercorre l'evoluzione all'interno del pensiero musicoterapico precisando i principali apporti che ne hanno determinato lo sviluppo. Giuliana Boccardi, che sottolinea la reciprocità e la complementarietà dello sviluppo cognitivo come di quello affettivo, propone una concezione riabilitativa fondata sulla attivazione e sul perfezionamento delle componenti innate attraverso il partner umano.

I successivi quattro articoli trattano tematiche di ordine più strettamente metodologico. Dopo una breve riflessione sui "criteri di regolazione del comportamento del musicoterapista nell'interazione sonoro/musicale" vengono infatti approfondite le procedure di presa in carico e i sottostanti referenti teorici. L'articolo di Anna Maria Barbagallo e di Claudio Bonanomi sviluppa senza soluzione di continuità le tematiche trattate in precedenza; gli autori spostano la loro attenzione dalle modalità di presa in carico al trattamento interrogandosi sulla possibilità di individuare specifici modelli di interazione sonoro/musicale.

Il primo numero del 2002 si conclude con l'articolo di Catherine Sandra Lutz Hochreutener che descrive un intervento musicoterapico riservato a bambini con difficoltà emotive. Ringraziamo a questo proposito Giacomo Fani e Wolfgang Fasser la cui gentile collaborazione ha permesso la pubblicazione di questo articolo.

Gerardo Manarolo

Riabilitazione Psicosociale e Musicoterapia aspetti introduttivi

Luigi Croce, Psichiatra, Presidente A.I.Ri.M.

A current definition of what is considered psychosocial rehabilitation is presented, referred to the institutional and community setting.
More specifically, some clues about the origin of psychosocial rehabilitation are described in order to introduce actual principles, methodology and technology. Goals and strategies of psychosocial rehabilitation are then linked and compared with some open questions concerning music therapy in the area of mental retardation.

Aspetti introduttivi

Le acquisizioni scientifiche in ambito neurobiologico, psicopedagogico, amministrativo-gestionale e psicosociale si sono progressivamente integrate, negli ultimi 30 anni, con una maturazione collettiva in termini di rispetto dei diritti umani per le persone con gravi disabilità intellettive e per i loro familiari.

Il servizio all'utente viene considerato non come un intervento monodimensionale, ma come insieme strutturato ed organizzato di politiche e di pratiche destinate a recuperare benessere, ruolo sociale e dignità personale.

Il servizio all'utente viene considerato non come un intervento monodimensionale, fondato semplicemente sulla terapia farmacologia e sulla restituzione di abilità mai acquisite o perdute, ma come insieme strutturato ed organizzato di politiche e di pratiche destinate a recuperare benessere, ruolo sociale e dignità personale. Ogni intervento o azione deve rispondere all'obiettivo di facilitare la massima partecipazione ed integrazione del soggetto disabile intellettivo e della sua famiglia nei loro contesti relazionali, nella comunità, nel mondo della scuola e del lavoro. Il fenomeno mondiale della deistituzionalizzazione e lo sviluppo di servizi ad alta integrazione sociosanitaria nel territorio stanno concretizzando il principio che il luogo della abilitazione e della riabilitazione è soprattutto la comunità ed il fine dichiarato diventa il superamento di ogni barriera tra società e soggetti sofferenti. Anche i dati epidemiologici e le prime valutazioni sugli esiti della riabilitazione ci suggeriscono che la cronicità ed il decadimento in ambiti assistenzialistici non rappresentano risultati ineluttabili del decorso natu-

rale della disabilità.
L'esito inesorabilmente infausto con il conseguente declassamento della risposta istituzionale ai bisogni ricorrenti e talvolta persistenti delle persone con grave disabilità intellettive, non rispecchia le potenzialità di presa in carico sia sotto il profilo clinico-biologico che psicopedagogico e psicoeducativo.
Su questa la linea, la Riabilitazione psicosociale (RPS), originariamente considerata come una strategia di prevenzione terziaria, si è progressivamente configurata come un complesso di conoscenze e di prassi, articolato, in evoluzione, ricco anche di controversie, intorno alla organizzazione dei servizi e dei metodi che possono essere sottoposti a valutazione sperimentale (fig.1).

RPS:
strategia di prevenzione terziaria
▼
complesso di conoscenze circa l'organizzazione dei servizi e dei metodi sottoponibili a valutazione empirica

Fig. 1

La riabilitazione psicosociale nasce presso le tradizionali strutture ospedaliere psichiatriche (fig.2) e continua il suo sviluppo sia nelle grandi istituzioni per disabili mentali che nei servizi del territorio. All'ambito di applicazione dei suoi principi e delle sue tecniche proprio della Psichiatria in senso stretto, si aggiunge l'interesse dell'approccio abilitativo e riabilitativo nell'area della disabilità intellettiva con o senza disturbi psichiatrici e del comportamento associati.

origine ospedaliera della RPS
▼
sviluppo ulteriore anche nel Territorio

Fig. 2

La riabilitazione psicosociale nasce presso le tradizionali strutture ospedaliere psichiatriche

Prima di giungere ad una definizione convincente di riabilitazione psicosociale, cerchiamo di identificarne alcuni aspetti.
L'oggetto della riabilitazione psicosociale (fig. 3) è costituito dalla prevenzione o/e riduzione della disabilità, ampiamente intesa, secondo la definizione dell'ICF che a sua volta comprende, sotto tale termine, sia la limitazione delle attività che la riduzione della partecipazione così come le alterazioni della struttura e delle funzioni del corpo.

Oggetto della RPS:
prevenzione e/o riduzione delle disabilità associate alle malattie mentali, alle disabilità intellettive ed ai disturbi comportamentali

Fig. 3

Per quanto riguarda i metodi della riabilitazione psicosociale, è possibile affermare che coinvolgono sia le modalità organizzative dei servizi, diretti a migliorare la continuità delle cure, sia i trattamenti e gli interventi integrati, che incrementano le capacità individuali e riducono lo stress. Di conseguenza vengono facilitate la migliore partecipazione sociale ed economica, l'inserimento o il reinserimento nell'ambiente normale di vita e vengono evitate le ricadute, le crisi e le riacutizzazioni di problematiche psicopatologiche e comportamentali (fig. 4).

metodi della RPS:
- **modalità organizzative dei servizi continuità delle cure**
- **trattamenti ed interventi integrati orientati ad aumentare le capacità individuali e ridurre lo stress ▸ facilitare la partecipazione sociale ed economica degli utenti ed evitare scompensi e ricadute**

Fig. 4

Pertanto la riabilitazione psicosociale può essere considerata un'impresa collettiva in cui amministratori, operatori, utenti e loro famigliari, collaborano alla trasformazione dei propri ruoli sociali, in un'ottica di soddisfazione personale e di corrispondenza delle aspettative reciproche (fig.5).

RPS:
impresa collettiva in cui operatori, utenti e familiari collaborano alla trasformazione dei propri ruoli sociali

Fig. 5

Per quanto riguarda i valori ed i principi che rappresentano il patrimonio filosofico, antropologico e l'ispirazione della riabilitazione psicosociale, è possibile riconoscere nella riduzione dello stigma e dello svantaggio personale e sociale e nella promozione dell'equità e delle opportunità per tutti gli individui, il riferimento più importante (fig.6).

Valori della RPS:
- riduzione dello stigma e dello svantaggio personale sociale
- promozione dell'equità e delle opportunità

Fig. 6

Un altro aspetto che concorre alla definizione di riabilitazione psicosociale, su cui esiste un ragionevole consenso internazionale, riguarda le aree di conoscenza e le conseguenti prassi applicative.Tali aree possono essere a ragione definite come le dimensioni operative della riabilitazione psicosociale (fig.7).

Dimensioni della RPS:
1. **organizzazione**
2. **legislazione**
3. **professionalità degli operatori**
4. **qualità delle cure**
5. **qualità della vita**
6. **organizzazione sostegno alle famiglie**
7. **mutuo-aiuto e partecipazione**
8. **sensibilizzazione e formazione**

Fig. 7

Il fine ultimo della attività riabilitativa articolata nei diversi ambiti sopra elencati,può essere sintetizzato nell'impegno organizzativo ad istituire, sviluppare e migliorare tecniche e servizi ed a sperimentare nuovi modelli attraverso la ricerca scientifica (Fig. 8).

Fini della RPS
1. **istituzione, sviluppo e miglioramento dei Servizi**
2. **ricerca e sperimentazione**
3. **fruizione per gli Utenti ed i loro familiari dei diritti così come vengono enunciati nelle dichiarazioni internazionali e, talvolta, nelle legislazioni nazionali**

Fig. 8

Come in ogni disciplina scientifica e conoscenza applicativa in grande sviluppo, le pratiche ed i concetti della riabilitazione psicosociale, non hanno ancora raggiunto una stabilità completa e riconosciuta, pertanto è necessaria un'autorevole e consensuale enunciazione che rappresenti le opinioni di quanti possono contribuire alla formulazione, allo sviluppo ed alla diffusione della riabilitazione psicosociale. I contributi di operatori, utenti, famigliari, amministratori ed altri protagonisti della società civile, sono essenziali per una riconcettualizzazione aggiornata e continua delle attività e dei valori della riabilitazione (fig. 9).

Ricerca continua di consenso sui concetti e sulle pratiche della RPS

Fig. 9

A questo punto è possibile proporre una definizione globale del costrutto di riabilitazione psicosociale (fig. 10).

DEFINIZIONE DI RPS
Si tratta di un processo orientato a facilitare agli individui che abbiano un danno (menomazione), una disabilità (limitazione dell'attività) o un handicap(restrizione della partecipazione) dovuto a una malattia mentale, tutte le opportunità per raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento indipendente nella comunità.

Fig. 10

Tale definizione condiziona una serie di implicazioni che possiamo sinteticamente descrivere nella figura 11.

Implicazioni:
miglioramento delle competenze individuali
modificazioni ambientali

▼

condizioni per la migliore qualità possibile di vita per chi abbia l'esperienza della malattia mentale o che soffre di un danno delle proprie capacità mentali tali da produrre disabilità

massimizzare il livello di funzionamento, ridurre al minimo disabilità ed handicaps, considerando le scelte dell'individuo sui modi per vivere bene nel proprio ambiente

Fig. 11

La riabilitazione psicosociale si distingue per la strategia complessa e diversificata che investe molteplici scenari e diversi livelli: dall'ospedale alle istituzioni grandi e piccole, dai contesti lavorativi ed abitativi, alla scuola ed alla rete sociale. Di fatto coinvolge numerosi soggetti e differenti ambiti come elencato delle figure 12 e 13.

Protagonisti:
utenti, operatori, famiglie, datori di lavoro, managers, amministratori, comunità, servizi...

Fig. 12

Influenza degli scenari:
culturali, economici, politici, sociali, organizzativi

Fig. 13

Gli obiettivi intermedi della riabilitazione psicosociale derivano dalla necessità di implementare fasi sequenziali o concomitanti che, pur richiedendo ciascuna competenze ed investimenti specifici, acquisiscono forza, significato e potenziale positivo rispetto agli esiti, solo se espresse in modo coordinato (fig. 14).

OBIETTIVI INTERMEDI DELLA RPS

1. **Controllo della sintomatologia**
   - Interventi farmacologici, psicologici, pedagogici, psicosociali
2. **Riduzione degli effetti iatrogeni**
   - Diminuzione/eliminazione degli effetti dannosi fisici e comportamentali derivati dagli interventi messi in atto per controllare la sintomatologia, i comportamenti problematici o gli effetti di una istituzionalizzazione incongrua
3. **Miglioramento delle competenze personali e sociali**
   - Rafforzamento delle abilità sociali, dell'adeguatezza psicologica e relazionale, delle capacità occupazionali, del funzionamento cognitivo attraverso l'apprendimento strutturato
4. **Riduzione della discriminazione e dello stigma**
   - Influenza sulle politiche sociali, la legislazione e l'implementazione della normalizzazione

OBIETTIVI INTERMEDI DELLA RPS (continua)

5. **Sostegno alle famiglie**
   - Coinvolgimento e servizio
6. **Sostegno sociale**
   - Creazione e mantenimento di un sistema duraturo di opportunità sociali, che rispondano almeno ai bisogni primari quali:
     - casa
     - lavoro
     - scuola
     - relazioni sociali
     - svago
7. **Rafforzamento del potere contrattuale degli utenti**
   - Potenziamento dell'autonomia propria e degli operatori, dell'autosufficienza e capacità di difendere i propri interessi

Nota: Coordinamento ed integrazione dei diversi obiettivi intermedi

Fig. 14

Dati sperimentali e descrizioni di esperienze hanno dimostrato che la riabilitazione psicosociale è più efficiente ed efficace quando si concretizza nel contesto di pratiche territoriali ed istituzionali coordinate che coinvolgano, nei diversi cicli di vita, gli individui, le famiglie, i servizi e la comunità.
Le strategie rappresentano le linee guida su cui costruire la pianificazione e la ripianificazione di tutto lo sforzo organizzativo e pragmatico per la disabilità.
Riconosciamo tre distinti livelli di intervento strategico nella riabilitazione psicosociale:
- livello individuale (fig. 15)
- livello dei servizi e degli operatori (fig. 16)
- livello della società (fig. 17)

STRATEGIE DELLA RPS Livello individuale	
Trattamento farmacologico	**Impiego razionale dei farmaci**
Abilitazione/riabilitazione cognitiva ed apprendimento strutturato	**Percorsi scientificamente fondati sulle conoscenze neurofisiologiche e neuropsicologiche**
Addestramento alle abilità sociali e della vita quotidiana	**- Indipendenza possibile nel quotidiano - Situazioni di vita reale con tentativi di generalizzazione delle competenze apprese - Molteplicità di tecniche disponibili**
Sostegno psicologico e concreto alle famiglie	**- Sostegno psicologico ed educativo ai familiari - Mobilitazione di risorse per i familiari - Informazioni sui diritti e sui percorsi di assistenza**
Abitare	**Opportunità residenziali a diverso livello di protezione nel rispetto del principio di normalità Deistituzionalizzazione**
Abilitazione/riabilitazione occupazionale e impiego	**- Strutturazione della giornata e del proprio ciclo di vita in modo analogo a quanto avviene per tutte le altre persone - Soddisfazione ed autostima - Livelli diversi di strutturazione: dall'attività occupazionale al lavoro competitivo**
Reti sociali di sostegno	**- Insieme stabile di relazioni umane vissute positivamente - Opportunità di scambio emotivo, fisico, economico ed intellettuale**
Svago e tempo libero	**Capacità di partecipare alle attività di svago scelte e di goderne**

Fig. 15

STRATEGIE DELLA RPS Livello dei Servizi e degli Operatori	
Politiche dei servizi ed allocazione dei fondi	- La RPS non dovrebbe essere considerata un complemento utile, ma non essenziale del sistema di servizi - Pertanto necessario ed adeguato finanziamento
Miglioramento delle istituzioni e delle strutture residenziali	Miglioramento delle condizioni materiali in qualunque ambiente gli Utenti vivano
Formazione del personale	Gli attuali curricula degli operatori sono inadeguati ed insufficienti rispetto alle competenze richieste in ambito RPS
Assicurazione di qualità	- Necessario garantire l'accesso ad un ventaglio, una gamma di differenti modalità di assistenza e di servizi - Ricerca di una concezione condivisa di "servizio di qualità"

Fig. 16

STRATEGIE DELLA RPS Livello della Società	
Adeguamento della legislazione	- Miglioramento degli strumenti giuridici esistenti - Formulazione di nuovi strumenti legislativi - In funzione di migliore organizzazione ed accessibilità - Diritti e vantaggi per i disabili e le loro famiglie • TSO • Mercato del lavoro • Scuola • Opportunità sociali • Altri benefici
Potere contrattuale degli Utenti e dei Familiari	Partecipazione di utenti, famiglie ed Operatori alla pianificazione, realizzazione e valutazione dei programmi di RPS
Opinione pubblica ed atteggiamenti verso la disabilità mentale	- Lotta allo stigma ed alla discriminazione - Reintegrazione dalla marginalità

Fig. 17

I molteplici aspetti implicati e la multiformità degli apporti culturali e tecnici nella riabilitazione psicosociale, impongono la necessità di una ricerca e di una ricerca-azione che sviluppi le tematiche presentate ed accrediti operatori e pratiche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda fortemente ai governi e alle agenzie di finanziamento di sostenere lo stanziamento e l'incremento di fondi specifici per le attività di ricerca in questo campo (fig. 18).

Ricerca e RPS

Fig. 18

In questa prospettiva s'inserisce il fecondo rapporto fra l'attività musicoterapeutica e la riabilitazione psicosociale. La figura 19 vuole semplicemente rappresentare uno stimolo agli operatori del settore nella formalizzazione di questo rapporto sia nell'ambito operativo che di ricerca.

Lo schema proposto cerca di individuare gli aspetti specifici dell'attività musicoterapeutica che si integrano e corrispondono ad aspetti propri della Riabilitazione psicosociale.

È nostra intenzione promuovere lo studio della musicoterapica come disciplina autorevole e scientificamente fondata nella pratica di servizio per le persone con disabilità intellettiva.

Musicoterapia e RPS	
Aspetto specifico della RPS	**Criteri di congruenza tra l'attività musicoterapica ed il corrispondente aspetto specifico della RPS**
Oggetto	**La MT previene e riduce la disabilità?**
Metodi	**- La MT ha una sua organizzazione?** **- È integrabile con altri approcci?** **- Aumenta le capacità individuali e riduce lo stress?**
Valori	**- Riduce lo stigma?** **- Ha valore normalizzante?**
Dimensioni	**- Migliora la qualità della vita?** **- Migliora la qualità della cura?** **- Richiede competenza specifica?**
Fini	**- Contribuisce a migliorare i servizi?** **- Si configura come un possibile diritto da fruire?**
Implicazioni	**- Migliora il benessere soggettivo?** **- Migliora il livello di funzionamento?**
Obiettivi	**- Può facilitare il controllo della sintomatologia?** **- Può alleviare gli effetti iatrogeni o comunque incongrui?** **- Migliora le competenze sociali o comunque facilita le relazioni?**

Fig. 19

Musicoterapia e RPS	
Strategie	- Ha significato nel sistema delle reti sociali? - Nella espressione della creatività personale? - Nella soddisfazione e nel piacere estetico personale? - Ha una funzione nella gestione dello svago e del tempo libero?
Ricerca	Presenta un suo ambito di ricerca e sperimentazione?

Segue Fig. 19

■ **Bacharach L.**
Continuità of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am. J. Psych.* 1981, 136: 1449.

■ **Mencacci C.**
Psichiatria e Riabilitazione psicosociale: attuali orientamenti.
In *Psicofarmacoterapia e Riabilitazione*, UTET 1997.

■ **OMS**
Riabilitazione Psicosociale: una dichiarazione di consenso, 1998.

Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia

Pier Luigi Postacchini, Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta

A. describes the evolution of the concept of Mental Retardation rehabilitation thanks to Music Therapy, analyzing the work carried out during the past twenty-five years. In the field of Music Therapy, the concepts of structural analysis, harmonization and tuning, wich have influenced many educationalists, will be defined. As far as rehabilitation is concerned, A. links the developments of Music Therapy to recent models of psychosocial rehabilitation of "Community Psichiatry". Furthermore, a clinical case will be described, analyzing it according to the stress-vulnerability-coping model of serious mental disorders. A. sets the principles for assessing treatment.

"A l'alta fantasia qui mancò possa;
ma già volgeva il mio disio e 'l velle,
sì come rota ch'igualmente è mossa,
l'amor che move il sole e l'altre stelle."
(Dante, Paradiso XXXIII, 142-145)

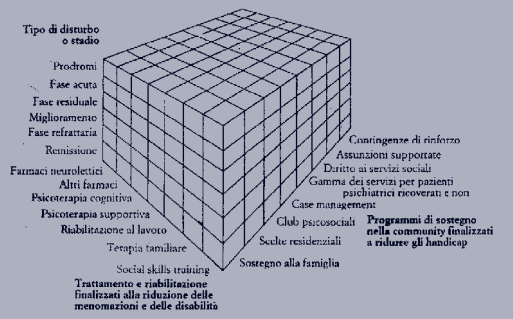
Così il maggior poeta della cristianità conclude il suo viaggio di pellegrino. Mi sono sempre chiesto che cosa veramente volesse dire questo verso, e che cosa significasse questa invocazione all'amore, che tutto muove, e che cosa sia questo movimento che da amore è mosso. Immagino che l'amore di cui Dante parla sia in realtà una dimensione di profondo rispetto, di attenzione, sensibilità, comprensione ed umana empatia. Non è forse questo l'atteggiamento che dovrebbe muovere riabilitatori e terapeuti? Il movimento non è forse un tendere a un percorso di integrazione della propria identità, corporea e del proprio sé corporeo e mentale?

Con questo lavoro mi pongo l'obiettivo di ripercorrere oltre venti anni di storia della Musicoterapia che hanno visto molte idee e molti movimenti avvicendarsi

Mi trovo a riflettere ancora una volta in compagnia delle antiche memorie a me care, in un momento in cui con questo lavoro mi pongo l'obiettivo di ripercorrere oltre venti anni di storia della Musicoterapia che hanno visto molte idee e molti movimenti avvicendarsi. Tali considerazioni vanno di pari passo con la paritetica evoluzione del concetto di riabilitazio-

ne psichiatrica, come risulta dal seguente schema che illustra il "cubo complesso" della riabilitazione psichiatrica:

schema 1
Il cubo complesso della riabilitazione psichiatrica



(da Liberman 1992)

Tale schema illustra il "cubo complesso" della riabilitazione psichiatrica. Gli interventi riabilitativi sono disposti sull'asse orizzontale del diagramma tridimensionale. Gli specifici interventi dovrebbero essere progettati a seconda dello stadio e del tipo di disturbo e del suo livello di gravità, elementi disposti sull'asse verticale. Gli interventi riabilitativi dovrebbero, inoltre, essere forniti nell'ambito di programmi di sostegno, per vivere nella community, accessibili e disponibili. Questi ultimi sono disposti lungo la terza dimensione del diagramma (da Liberman 1992).
Lo schema seguente illustra gli elementi del modello training in community living, che illustra i principi esposti da Liberman (1992) che rappresenta oggi la più aggiornata organizzazione di pensiero in tema di riabilitazione psichiatrica.

Gli specifici interventi dovrebbero essere progettati a seconda dello stadio e del tipo di disturbo e del suo livello di gravità

schema 2
Elementi del modello training in community living

Organizzazione e somministrazione dei servizi	Terapie e servizi forniti	Esiti desiderati
1. Équipe centrale dei servizi (équipe di trattamento continuativo) a) punto fisso di responsabilità (per tutti i bisogni) b) fornitore primario di servizi c) continuità dell'assistenza e degli operatori nelle diverse aree funzionali e nel tempo	1. Assistenza diretta e controllo del sintomo: a) psicofarmaci b) disponibilità 24 ore per le crisi c) ospedalizzazioni brevi d) relazione clinica con un rapporto di uno a uno a lungo termine	1. Riduzione della sintomatologia e della recidiva
2. Assistenza assertiva e terapia in vivo	2. Agevolazione e ottimizzazione del supporto ambientale a) assistenza nella soddisfazione dei bisogni primari (alloggio ecc.) b) supporto dell'ambiente sociale c) supporto dell'ambiente familiare (psicoeducazione della famiglia)	2. Aumento della possibilità di sopravvivenza nella community
3. Terapia personalizzata a) per pazienti diversi b) per gli stessi pazienti in momenti diversi	3. Assistenza diretta per il funzionamento strumentale (lavoro, relazioni sociali, attività quotidiane): a) insegnamento in vivo delle abilità b) sostegno in vivo c) modificazioni ambientali	3. Aumento della soddisfazione personale per la propria vita
4. Trattamento continuativo e sostegno		4. Diminuzione dell'angoscia soggettiva
		5. Miglioramenti del funzionamento strumentale a) lavoro b) relazioni sociali c) attività quotidiane

(da Liberman 1992)

La riflessione parte da un precedente lavoro del 1984 scritto con il collega C. Ruggerini in cui, prendendo le mosse da alcune felici intuizioni di Giorgio Moretti, ponevamo il problema di un approccio strutturale all'handicap. È proprio il prof. Moretti, che in questa sede voglio ricordare, che incontrammo qualche anno fa qui a Cesano Boscone nel precedente convegno, quale moderatore della sessione del mattino. Al prof. Moretti, personalmente debbo molti dei concetti che hanno caratterizzato il lavo-

ro di questi anni: quello di handicap armonico e disarmonico, quello di diagnosi strutturale, il tentativo di applicare all'insufficienza mentale le ipotesi di Bion. Ma di più ancora è a lui che debbo più in generale, la curiosità che mi ha poi spinto ad occuparmi più globalmente del ritardo mentale e delle possibili applicazioni della Musicoterapia. È stato così che in questi anni, con vari allievi e colleghi molti dei quali presenti in quest'aula, abbiamo lavorato, costruito ipotesi formative ed operato in supervisione, convinti del concetto di plasticità della struttura della mente e di possibili linee evolutive della stessa, indipendentemente dalla natura organica o non organica della disabilità interessata.

schema 3 Stadi di riabilitazione dei pazienti psichiatrici cronici, con esempi

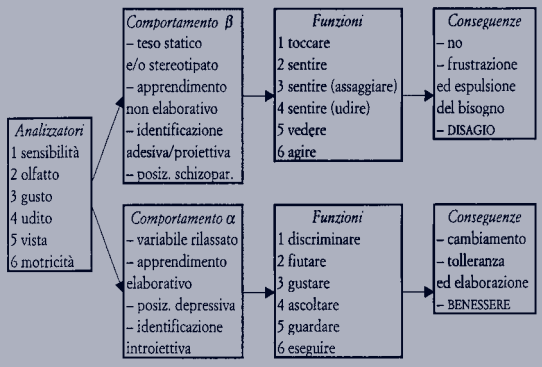
Stadio	Definizione	Esempio	Intervento
Patologia	Lesioni o anomalie del SNC causate da agenti o processi responsabili dell'eziologia e del mantenimento del disturbo biocomportamentale	Tumori cerebrali o infezioni eziologicamente collegate a sintomi psicotici	Esami strumentali e di laboratorio
Menomazione	Qualsiasi perdita o anomalia di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche (risultanti da una patologia sottostante)	Sintomi positivi e negativi della schizofrenia (deliri, anedonia)	Diagnosi descrittiva, terapia farmacologica, ospedalizzazione
Disabilità	Qualsiasi limitazione o carenza (risultante da una menomazione) di abilità di svolgere un'attività con le modalità o entro i limiti considerati normali per l'essere umano	Carenza di abilità sociali	Assessment funzionale, skills training, sostegno sociale
Handicap	Svantaggio (derivante da una menomazione o da una disabilità) che limita o impedisce l'assunzione di un ruolo normale (in base all'età, al sesso, a fattori culturali e sociali)	Disoccupazione, vagabondaggio	Interventi nazionali e statali a sostegno della riabilitazione al lavoro, programmi di sostegno nella community

(da Liberman 1992)

Ci siamo cioè posti il problema di studiare il funzionamento mentale come struttura autonoma, rispetto alla disabilità e l'impiego delle costellazioni sintomatologiche e l'utilizzo dei meccanismi difensivi, che possono caratterizzare con larga sovrapposizione, tanto le patologie funzionali, quanto quelle conseguenti a una menomazione. In realtà il Ritardo Mentale costituisce uno dei capitoli straordinariamente affascinanti di tutta la psicopatologia, in quanto costituisce una sfida al nostro pensare, al nostro fare, al nostro agire e al nostro riflettere sui contenuti della nostra operatività. Per poter svelare quel complesso mistero, costituito dal funzionamento mentale dei ritardati mentali, è necessario liberarsi da antiche credenze, certezze, pregiudizi. Vorrei qui ricordare, come Dante appunto, non fosse affatto un uomo del suo tempo, contrariamente a quell'inutile concetto di De Sanctis con il quale a suo tempo ci ottenebrarono il cervello, quanto piuttosto un "democratico molto intransigente", dato che ancora oggi ci offre l'opportunità e trattiene per sé il diritto di trasmetterci la portata del suo pensiero. Questo ci fa riflettere, il rispetto verso la persona umana, che è uno dei tratti più qualificanti nel lavoro istituzionale e personale con i nostri pazienti.

Il concetto di diagnosi strutturale, con il quale cominciammo a lavorare nei primi anni settanta, prendeva le mosse dall'esigenza di analizzare le funzioni del corpo: gli analizzatori sensoriali, dei quali deve essere valutato il funzionamento in chiave di sensazione, di percezione o di rappresentazione (□ e □). Secondo questo schema si introduceva anche il concetto di una armonizzazione all'interno dei singoli analizzatori, di una armonizzazione complessiva della struttura di personalità e di una armonizzazione nelle interazioni sociali:

schema 4



(da Postacchini et alii, Musicoterapia 2001)

La valutazione dei modi di apprendimento costituisce un altro punto qualificante che riassumiamo nello schema n. 5

schema 5

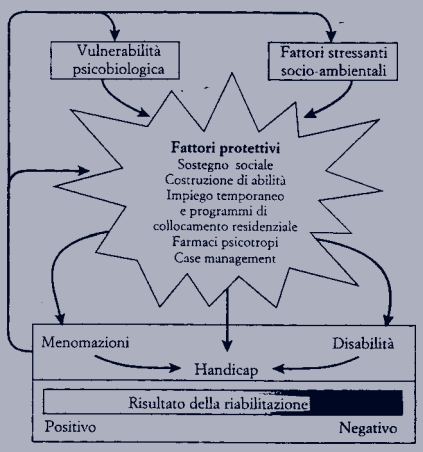
β	I *cod/decod* *Massivo* (ritardo mentale grave)	(attività riflesse spinali e tronco-encefaliche) Ontogeneticamente: il neonato Filogeneticamente: l'Aplysia Californica
	II *cod/decod* *Denotativo* (ritardo mentale medio)	(generico: la risposta del sorriso al volto umano) Ontogeneticamente: dal 4° mese di vita in poi Filogeneticamente: gli insetti che distinguono grandezza e colore
α	III *cod/decod* *Connotativo* (ritardo mentale lieve)	(categorico: il bambino discrimina madre/mondo esterno) Implica il funzionamento delle aree corticale di associaz. Ontogeneticamente: 7°/8° mese di vita Filogeneticamente: i mammiferi superiori che riconoscono il padrone
	IV *cod/decod* *Per modalizzazione*	Riconoscimento di caratteri astratti di uno stimolo Esclusiva della specie umana Apprendimento simbolico Implica il funzionamento dell'intera rete associativa

Le tattiche di comportamento di fronte al compito sono fondamentalmente due:
a) *rigidità condizionata* (unica modalità al I e II livello)
b) *accomodamento elastico* (possibile solo al III e IV livello)

(da Postacchini et alii, Musicoterapia 2001)

Il lavoro su questo schema ci ha permesso di uscire dalla rigida valutazione espressa dal concetto di insufficienza mentale lieve, medio lieve, grave, gravissima, portandoci a ragionare in termini funzionali. Questo equivale a dire, cercare di abilitare una persona, scoprirne le competenze piuttosto che denunciarne le carenze; in altri temini, conoscere il funzionamento mentale di una persona equivale a conoscere una persona. Sempre in quegli anni ci siamo posti il problema di come potere coniugare l'approccio scientifico legato alla Musicoterapia a quello che erano concetti estetici irrinunciabili per una disciplina come questa. Inoltre si poneva il problema di come curare la formazione di educatori che dovevano riconvertire e articolare la propria professionalità di musicisti, per poter costruire relazioni abilitative. È così che ci siamo anche rivolti all'impiego ed allo studio della Comunicazione Non Verbale (Ricci Bitti, Zani 1983). Si è così cominciato a pensare ad un approccio multidimensionale in cui coniugare il processo estetico con concetti scientifici volti alla realizzazione di processi inter-personali. Siamo così giunti ad una formulazione di un'idea dinamica, nella quale, da una parte è collocata il processo della diagnosi funzionale e dall'altra l'analisi dei processi inter-soggettivi. La diagnosi funzionale consente di cogliere quelle aree rilevanti che debbono essere valutate per poter consentire l'impiego di strumenti adeguati sotto il profilo abilitativo. La diagnosi funzionale, (che non corrisponde a quella descrittiva ad esempio: di tetraparesi spastica, ritardo mentale grave, Sindrome di Martin e Bell). Costituisce quindi un insieme di competenze che vengono saggiate in un approccio interattivo, che ci consentono di costruire un profilo dinamico funzionale caratterizzato dagli obiettivi individualizzati per quella determinata persona. Infine dovremo valutare i metodi di lavoro, le attività ed i materiali per la programmazione individualizzata nelle aree cruciali della didattica, curricolare di sostegno e più in generale del percorso riabilitativo. Quanto esposto corrisponde a quello che oggi si chiama riabilitazione (op.cit.). Oggi sappiamo che i ritardati mentali non hanno maggiori probabilità rispetto ai normodotati di sviluppare una patologia psichiatrica. Infatti nello sviluppo di una condizione patologica, entrano in gioco fattori di natura storica, che sono elementi di continuità o discontinuità nella vita di un essere umano e fattori di natura dinamica: fattori di vulnerabilità o fattori protettivi. Fattori che influenzano i disturbi mentali.

schema 6



(da Liberman 1992)

Nel modello stress-vulnerability-copy-competence dei disturbi mentali gravi, i principali sintomi e i deficit cognitivi ed emotivi del disturbo (menomazioni), le disabilità sociali e lavorative associate e gli handicap relativi al ruolo sociale vengono influenzati dalla vulnerabilità psicobiologica sottostante combinata a fattori stressanti quali la tensione familiare o l'abuso di droghe. I fattori protettivi che possono promuovere le strategie di coping e le competenze funzionali a fronteggiare lo stress nell'individuo ammalato sono costituiti dai farmaci psicotropi e dal social skills training. I fattori protettivi agiscono rinforzando la scarsa capacità dell'individuo di contrastare i fattori stressanti socioambientali e riducono la morbosità e la disabilità indotta dal disturbo.

Questo è quanto viene attualmente considerato nei termini di psicopatologia dello sviluppo secondo il modello stress-vulnerabily-coping-competence dei disturbi mentali gravi (Guaraldi, Ruggerini 1998). Il collega Ruggerini ha descritto recentemente il caso di un ritardo mentale considerato grave: un paziente illetterato di circa 50 anni, vissuto per gran parte della sua vita in profondo isolamento sociale. Questo paziente ormai ventenne incontra un insegnante di musica che lo abilita ad apprendere il suono, a suonare le campane di chiesa. Il paziente acquisisce questa competenza con un tale grado di abilità da venire correntemente impiegato in tutte le chiese del circondario per la capacità, efficienza, adeguatezza ed affidabilità di cui era capace. Il suo ruolo sociale risultava così ampiamente riconosciuto. Purtroppo in anni recenti, a seguito dei progressi dell'elettronica, le campane manuali sono state progressivamente sostituite da apparecchiature elettroniche. Anche l'ultimo parroco, che aveva tentato di rallentare il più possibile questa evoluzione, alla fine ha dovuto cedere al progresso ed il paziente, perduto il suo ruolo sociale, è ripiombato in una condizione di grave isolamento sociale. Il nuovo elemento di discontinuità questa volta funge da fattore di vulnerabilità; così come il precedente elemento di discontinuità (l'incontro con l'insegnante di musica) aveva costituito un importante fattore protettivo. Il paziente però, per quanto grave ritardato mentale, dopo qualche tempo di isolamento, decide di inventarsi un nuovo lavoro: comincia così a frequentare le corriere in partenza dal piazzale del suo paese, intrattenendo rapporti con gli autisti e con gli abituali utenti delle corriere. Pian piano entra nelle simpatie di tutti e comincia ad essere utilizzato per l'espletamento di piccoli compiti o favori che gli vengono commissionati da varie persone. Nel giro di qualche tempo si dimostra particolarmente affidabile in questo compito e ben presto saranno gli stessi autisti a consegnargli buste, oggetti, piccoli pacchi da recapitare. Il paziente trascorrerà così buona parte della sua giornata a bordo delle varie corriere che percorrono strade provinciali e comunali, essendosi ormai specializzato in questo nuovo lavoro. Evidentemente fattori protettivi di natura interna, come dire uno straordinario talento personale, consentono a questa persona di sfruttare positivamente una abilità acquisita, ma una volta che le mutate condizioni sociali gli impediscono di esprimerla, può costruirsi una nuova strategia vitale. Nella struttura armonica, nella dinamica affettiva, cognitiva di questa persona, esiste dunque una potenzialità ed una ricchezza, che sono totalmente sconosciute al concetto di ritardo mentale grave. Questa ricchezza va scoperta e sarà compito degli educatori facilitare questo processo, con la loro curiosità e disponibilità a conoscerla, per poterla fare emergere. Ecco dunque l'importanza degli strumenti di natura inter-soggettiva. È necessario comprendere che cosa è stata la famiglia, la società, quale sia stato il ruolo di tutti coloro che hanno saputo proteggere e confermare tale competenza; forse il coraggio di qualcuno che ha saputo aspettare i momenti di particolare difficoltà. Dicono le scritture: "E se tu avrai il tempo per aspettare, troverai i modi per giocare".

Abbiamo infatti pazienti sicuramente più letterati, colti e alfabetizzati del nostro paziente, in grado di leggere e scrivere e magari conoscitori di qualche tabellina, ma non altrettanto naturalmente dotati a fattori di protezione. Risultano così più fragili e possono più facilmente sviluppare complicanze di natura psicopatologica. Ecco allora che compito degli educatori è scoprire o mettere in gioco fattori protettivi da scoprire all'interno della persona stessa, facendo emergere nuove competenze, o che vanno introdotti dall'esterno, qualora queste competenze manchino. A questo punto mi riconnetto alla Musicoterapia. A cosa dunque può servirci? In primo luogo come uno strumento che permette di entrare nel merito del concetto di diagnosi funzionale applicando alcuni strumenti di osservazione, ad esempio: il funzionamento degli analizzatori sensoriali e lo studio della motricità, intesa prima come canale di ingresso informazionale, che non come canale di uscita. Negli anni settanta si parlava di "dialogo tonico", oggi questi concetti, che sono di pertinenza della psicomotricità, sono stati arricchiti ed ulteriormente approfonditi dalla teoria dell'attaccamento. La relazione costruita con la musica, ci permette di esplorare a fondo la struttura di personalità, cioè il modo di essere di una persona, i suoi processi cognitivi ed affettivi, permettendoci di empatizzare più profondamente e quindi di stabilire relazioni maggiormente significative o di applicare tattiche o strategie particolarmente vantaggiose, quale ad esempio quella della armonizzazione così come Giorgio Moretti ci aveva insegnato. Se infatti è ipotesi generale che una struttura disarmonica sia molto più svantaggiata nelle sue competenze individuali e nelle interazioni sociali rispetto ad una struttura armonica, ecco dunque che ci viene offerta l'indicazione di una possibile strategia abilitativa. Mediante l'impiego del suono, possiamo poi venire a conoscenza della struttura di personalità sonoro-musicale delle persone con le quali stiamo lavorando, valutandone la dinamica affettiva pre-genitale o genitale. Possiamo inoltre immaginare di poter facilitare un percorso di dialogo attraverso lo sviluppo di parametri intersoggettivi, sonori e quindi non verbali.La domanda pertinente a questo punto è se tutto questo possa realmente servire ad ottenere risultati particolarmente vantaggiosi per i pazienti che stiamo abilitando e se esistano adeguati strumenti di valutazione dei risultati ottenuti (Postacchini 2001). Nella sua relazione il prof. Luigi Croce ha posto domande centrali che ogni musicoterapista deve avere ben presenti, tanto nel proprio percorso formativo, quanto nella pratica di lavoro.
In primo luogo occorre dire che la Musicoterapia, così come tutte le altre terapie espressive, fondate su rappresentazioni simboliche di tipo non linguistico, come ad esempio la grafica, la pittura, la scultura, il disegno, la psicomotricità, la danza, costituiscono forme di linguaggio non verbale che hanno forti potenzialità di tipo comunicativo. Così la Musicoterapia facilita l'espressione di vissuti emozionali o la regolazione di questi stessi, se espressi in forme troppo intense o troppo violente (Ricci Bitti 1998). Rifacendomi a quanto proposto dalla prof.ssa Giuliana Boccardi, ricorderò che una delle funzioni è quella di promuovere attivazione psicomotoria e contenimento; attivazione come espressione di vissuti emozionali o contenimento degli stessi all'interno di una relazione riabilitativa fondata su una approfondita conoscenza dei processi di attaccamento. Così ad esempio il parametro della motricità, può venire studiato per valutare se atteggiamenti di tipo stereotipato sono espressi con un tono muscolare teso o rilassato (v. schema 4). Tali parametri sono tanto riconoscibili nell'interazione diretta nella mimica del volto e nell'atteggiamento posturale in generale, quanto riproducibili attraverso una attivazione di tipo sonoro/musicale, tanto in sedute di ascolto, quanto in sedute improvvisative o con tecniche miste.

In secondo luogo l'impiego della Musicoterapia facilita il passaggio da una espressione istintuale o spontanea del comportamento, ad una espressione codificata motivata ed intenzionale, espressa con modalità di tipo armonico. Il paziente di cui parlavo prima, dimostra questo con molta chiarezza: abilitato ad una competenza che non conosceva, può esprimerla dando un senso ed una qualità completamente diversa alla sua vita.

In terzo luogo, e questo per noi è particolarmente interessante, viene impiegata una tecnica che in alcuni casi corrisponde a quella delle sintonizzazioni affettive secondo il modello illustrato da Stern (Stern 1985) e da noi ampiamente utilizzato (Postacchini et alii, 2001). L'apprendimento della tecnica delle sintonizzazioni, costituisce uno dei tratti caratterizzanti nel lavoro di formazione degli educatori. Tale tecnica verrà poi messa in gioco una volta che sia stata appresa in un lungo ed impegnativo lavoro di supervisione. Tale percorso corrisponde ad un lavoro di profonda interiorizzazione. È altresì vero che nella relazione riabilitativa, le interiorizzazioni degli educatori, nel costante lavoro di attivazione e contenimento, potranno in una prospettiva abilitativa e/o riabilitativa, essere trasferite ai loro pazienti che pian piano potranno a loro volta operare autonome interiorizzazioni. Ecco allora che l'apprendimento della tecnica acquisisce un ruolo centrale nel percorso riabilitativo, alla conclusione di questo percorso risulteranno abilitati i pazienti e riabilitati anche gli educatori. In questa prospettiva si può offrire la speranza di non sfiancarsi o sfinirsi nel nostro difficile, lungo e solitario lavoro. Credo infatti che la solitudine costituisca una delle condizioni e prospettive più disperanti per quanti operano nell'ambito riabilitativo. È viceversa fondamentale, disporre di luoghi e occasioni, tanto concrete, quanto corrispondenti ad una disponibilità personale, per poter mettere a confronto quanto si sta facendo con altri che lavorano nello stesso settore. La costruzione di profili di ricerca, fondati su ipotesi che potranno essere verificate modificate o in itinere è sicuramente una delle forme più stimolanti e fonte di arricchimento e ricarica personale. Nel caso della tecnica delle sintonizzazioni, queste ultime ci consentono poi di esplorare il mondo fono-simbolico dei nostri pazienti e questo può anche in qualche caso dare l'impressione di un simbolismo talmente arcaico da non essere distinguibile da assordanti rumori. Poco fa, Monsignor Colombo (Presidente della Fondazione Sacra Famiglia che ospita il convegno odierno "Musicoterapia e ritardo mentale"), si chiedeva appunto quanto possano essere considerate musicali certe assordanti e fragorose produzioni che può capitare di percepire nelle nostre situazioni di lavoro. Ritengo che l'approfondimento delle aree del fono-simbolismo, possa consentirci di chiarire e valutare questo dubbio tutt'altro che peregrino. Ricorderò infatti come l'impiego del fono-simbolismo ecoico, è legato al corpo e alle motivazioni corporee del linguaggio; quello del fono-simbolismo sinestesico è in grado di evocare rappresentazioni di tipo percettivo; infine quello del fono-simbolismo fisiognomico è correlato alla capacità di riconoscere ed esprimere i propri stati d'animo, di rendersi conto dei propri vissuti e di quelle che sono le verità, le ipocrisie e le falsità di chi ci sta di fronte. Poter analizzare tali forme di comunicazione, abilitare i nostri pazienti all'espressione delle stesse in modo motivato ed intenzionale, costituisce contemporaneamente una pratica riabilitativa, un apprendimento di tecnica ed un potente strumento di valutazione del nostro stesso operare. Per fare questo però, è necessario che gli educatori acquistino familiarità nel riconoscere e descrivere all'interno delle proprie sintonizzazioni tali percorsi fono-simbolici.

In quarto luogo se una tecnica si è appresa, si attivano percorsi di rappresentazione simbolica, che quand'anche non fossero di tipo verbale, ma più legati al corpo, forniscono nuove occasioni di sviluppi relazionali e di scambi affettivi. Questo può portarci a riconoscere, dopo averlo ipotizzato, il

livello di rappresentazione simbolica al quale possiamo portare i nostri pazienti. Se come dicevo prima, il concetto di grave Ritardo Mentale ingabbia tutto il nostro operare, l'applicazione dello schema dinamico da noi proposto (v. schema 5), consente di ipotizzare percorsi interni presenti anche nei ritardi mentali gravissimi, che consentono il riconoscimento di meccanismi difensivi e strategie cognitive per quanto elementari, presenti anche in casi di estrema gravità e che consentono plasticità di acquisizioni, cambiamenti e progressi. Tale schema è naturalmente applicabile se abbandoniamo per un momento l'idea di rappresentazione simbolica, intesa in una accezione esclusivamente linguistica, quanto piuttosto assumiamo il significato etimologico di simbolo contrapposto a diabolo ed entriamo nel vertice bioniano di rappresentazioni di tipo sensoriale, di tipo percettivo o di tipo simbolico, intese anche in accezioni grafiche, pittoriche, plastiche, corporee, musicali. Secondo questo vertice possiamo immaginare una mente umana comunque dotata di circuiti rappresentativi di natura cognitiva ed affettiva, che potranno essere espressi e regolati così come sono, o potranno essere espressi e regolati con modalità evolutive e quindi elaborative. Una verifica di tali slittamenti simbolici, che corrispondono ad altrettanti modi di articolazione, ad esempio tonico-posturale, quanto a corrispondenti strategie comunicative, è certamente possibile applicando un accurato studio dei modelli di attaccamento.

In quinto luogo, come diretta conseguenza del punto quattro, potremo valutare effetti cognitivi conseguenti a nuove assimilazioni e nuovi accomodamenti e che possiamo verificare a breve e a lungo termine. A breve termine, anche e soprattutto in casi di grave Ritardo Mentale, potremo valutare importanti progressi come nel caso del paziente di cui parlavo prima, certamente illetterato, ma molto competente nell'impiego di un linguaggio che non risulta così penalizzante o frustrante, come è appunto il linguaggio verbale. In questo caso i progressi del paziente sono risultati quanto più rapidi e stabili, quanto più risultava gratificato dalle acquisizioni che lui stesso era in grado di apprezzare. A lungo termine potremo valutare se tali strategie cognitive, risultano stabilmente acquisite, configurando nuovi orizzonti e possibilità funzionali. Sempre il nostro paziente, una volta introdotta nella sua vita una nuova discontinuità, sembra in grado di attivare autonomi percorsi cognitivi inventandosi un nuovo lavoro.

In sesto luogo si potranno anche valutare effetti più generali sull'intero organismo che possiamo ipotizzare, tanto a breve, quanto a lungo termine. A breve termine possiamo considerare tutte quelle condotte motorie che configurano evidenti e stabili alterazioni del tono muscolare, sia sottoforma di aumento o diminuzione dello stesso, sia sottoforma di stati di tipo distonico. A parte considerazione di ordine strettamente fisioterapico sulle quali sorvolo in questa sede, in tutte queste condizioni, organiche o meno, è molto agevole apprezzare il cambiamento di tono muscolare influenzato da tecniche che sostanzialmente sono riconducibili a varie forme di rilassamento. Di questo è stato fatto cenno stamane citando Davide e Saul, io ricorderò come anche il Poeta, avesse piena consapevolezza di tale correlazione tra suono, stati corporei ed affetti, laddove ricorda del musico Casella: "l'amoroso canto / che mi solea quetar tutte mie voglie" (Purgatorio II, 107-108). Altro grande teorico della Musicoterapia, Dante è quindi ben consapevole che nel processo di regolazione dei vissuti emozionali, che come abbiamo detto è una diretta conseguenza di precisi modelli di attaccamento e quindi anche di attaccamento sonoro-musicale, c'è un'influenza diretta e reciproca tra stati corporei e stati mentali. A lungo termine non dobbiamo certo aspettarci la guarigione, quanto piuttosto lo sviluppo di nuove prospettive relazionali, nuove competenze e nuove abilità, oppure l'emergere di abilità sino a quel punto rimaste nascoste. Come nel caso del

nostro paziente, appunto.
Come ultima, ma non certo meno importante considerazione, occorre poi ricordare un aspetto che è contemporaneamente tecnico e soggettivo, di difficile quantificazione, quanto di evidente e drammatica espressione nei suoi effetti finali. Mi riferisco a quei casi nei quali una non regolata intensità delle emozioni in gioco, può comportare importanti e negative conseguenze, tanto per i pazienti, quanto per gli educatori. Per quello che riguarda i pazienti, la delicatezza e la profondità degli affetti evocati, non consentono di attivare percorsi che in assenza di una progettualità e di obiettivi rigorosamente definiti, vengano improvvisamente abbandonati ed interrotti. Qualunque sia la motivazione di tali interruzioni, non è eticamente accettabile il fatto di produrre forti attese emotive, che comunque si producono anche se noi non vogliamo accorgerci, anche con i pazienti più gravi, che poi vengono inaspettatamente tradite. E dato che la musica "muove" emozioni molto più di altre forme espressive, bisognerà ben tenerne conto nei nostri percorsi riabilitativi.
È comunque anche agli educatori che mi riferisco, che a volte si avventurano in percorsi emotivi di troppo forte intensità che possono portare a perturbamenti molto profondi, a sofferenze ed infine a non sopportazioni ed intolleranze contro-transferali. È questa una delle ragioni più importanti del "burn-out" degli educatori, su cui non posso diffondermi in questa sede, ma che va tutelato e protetto attraverso un adeguato percorso formativo ed un costante lavoro di supervisione nei quali, i modelli di attaccamento sonoro-musicali degli educatori, possano essere costantemente monitorati. Questo per consentire una adeguata espressione e regolazione delle emozioni.

"Io ritornai da la santissima onda
rifatto sì come piante novelle
rinovellate di novella fronda,
puro e disposto a salire le stelle."
(Dante, Purgatorio XXXIII, 142-145)

Guaraldi G.P., Ruggerini C. *Ritardo mentale e Psicopatologia dello sviluppo: Riflessioni cliniche*, Relazione al 1° Convegno Nazionale della Società Italiana Ritardo Mentale, Firenze, 19-21 novembre 1998.

Liberman R.P. (1992) L*a riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

Postacchini P.L. Musicoterapica e tossicodipendenza, in *Musica et Terapia*, n. 4, pp. 13-20, luglio 2001.

Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2001.

Postacchini P.L., Ruggerini G. Un approccio strutturale al problema dell'handicap, in M. Piatti (a cura di), *Disturbi del linguaggio e musica*, Quaderni di musica applicata P.C.C., Assisi, pp.23-40, 1984.

Ricci Bitti P. E., Zani B. *La comunicazione come processo sociale*, Il Mulino, Bologna, 1983.

Ricci Bitti P. E., *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, 1998.

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

Giuliana Boccardi Neuropsichiatra Infantile, Psicoanalista, Milano

Prospettive terapeutiche nell'infanzia: "Dalla disarmonia evolutiva alla neuro-psicopatologia

This paper describes a method to cope with chilood's age intellective and affective disorders in their relationship.
The author refers about the method Pac (Program of Cultural Enrichment) set up in order to increase the skills of learning.

Vorrei portare alcune premesse senza entrare nella neuropsicopatologia che come dice il titolo segnala un livello di gravità. Non penso la diagnosi cosi importante e tanto meno determinante rispetto alla presa in carico di un bambino o di un paziente che è comunque "quel bambino", "quel paziente". La diagnosi non può essere sganciata dalla storia e la storia di qualsiasi "caso" è intrecciata con quella familiare e sotto l'influenza di personali esperienze e vicende a partire dalla prime interazioni che, almeno in una certa misura, riguardano anche la vita fetale.

A quale bambino, a quale paziente ci rivolgiamo? Non so mai tralasciare la riflessione a proposito di quanto tempo sia stato necessario al bambino perché gli fosse attribuito lo statuto di persona. Il bambino "non normale" ha subito una più grave "violenza": ogni non regolarità di evoluzione al di là di precisazioni cliniche di sintomatologia e di gravità è stata collocata nella categoria della insufficienza mentale.

Le "nuove" prospettive si allineano in due direzioni non separate ma intrecciate: una linea "psicopedagogica"; l'altra può essere collocata nell'area della creatività e quindi delle "artiterapie".

Secondo queste linee vengono prese in considerazione da una parte lo sviluppo cognitivo e dall'altra quello psicoaffettivo che in ogni caso non possono essere mai disgiunti, ma considerati nella loro reciprocità e complementarità. È quanto dire che mente e corpo non sono separabili anche se ancora ci si interroga sul misterioso salto corpo-mente, o mente-corpo.

La diagnosi non può essere sganciata dalla storia e la storia di qualsiasi "caso" è intrecciata con quella familiare

La mente non è il cervello, è ovunque, è nel corpo che toccato registra sensazioni che diventano emozioni

Va ricordato che la mente non è cervello. Il cervello ha un luogo la scatola cranica che lo contiene; la mente è ovunque, è nel corpo che toccato registra sensazioni che diventano emozioni; corpo che toccando registra la presenza di un altro e quindi si apre alla relazione.

Nella linea psicopedagogica intendo portare il metodo di Reuben Feuerstein che ha dedicato la sua vita a "insegnare a imparare" secondo un metodo detto PAC cioè *programma di arricchimento culturale per accrescere le funzioni*, le possibilità di apprendimento. Come è ben noto l'apprendere, cioè le funzioni cognitive, dipendono dal cervello, dal sistema nervoso centrale (e non unicamente centrale) mediante una funzione chiamata intelligenza. Secondo Feuerstein l'intelligenza è modificabile, plastica: la sua capacità di apprendere, di pensare, di utilizzare i dati acquisiti comporta un largo spettro di elementi cognitivi, affettivi, motivazionali, socioculturali senza escludere una componente biologica, perché in definitiva siamo composti di cellule.

Feuerstein ha costruito il suo metodo sulla base dei progressi delle neuroscienze: vanno considerate certe ipotesi di tipo cognitivo che tendono a identificare la mancanza di certi tipi di moduli nella struttura cognitiva, moduli che intervengono in quei processi che compongono la teoria della mente.

Questo accento "sull'organico" trova riscontro nei contributi dell'Infant Research, che hanno mostrato e documentato la competenza del neonato come componente innata la cui attivazione e perfezionamento può avvenire attraverso il partner umano.

Ciò che siamo è quindi determinato da una componente innata e da una massa di esperienze diverse specifiche per ogni persona.

Le esperienze originano dalle informazioni ma è la componente emotiva che permette il formarsi e il fissarsi delle esperienze, costruendo quel bagaglio mentale che può orientare la nostra scelta, capacità che è il nostro strumento più umano, la nostra qualità più umana.

L'applicazione del metodo si compone di tre fasi: una prima fase nella quale il bambino (o paziente) è sottoposto ad alcune prove senza che l'esaminatore metta in atto la sua funzione di mediatore. In una seconda fase le stesse prove, nello stesso paziente, avvengono con l'intervento attivo dell'esaminatore come mediatore.

Infine nella terza fase vengono valutati, in assenza della funzione guida del mediatore, i diversi apprendimenti, la possibilità di trasferirli e la loro stabilizzazione.

Feuerstein ha basato il suo metodo sulla convinzione che l'uomo ha una struttura modificabile, il suo approccio è dinamico e interattivo, mirato soprattutto al potenziale di apprendimento e non alle performances. L'enfasi è posta nelle caratteristiche della interazione educativa e nella mediazione degli apprendimenti più che sulla maturazione individuale e le sulle dotazioni genetiche.

Gli esseri umani cioè devono essere considerati come sistemi aperti soggetti ad essere significamente modificati. Di particolare importanza è la presenza di una figura guida che media gli stimoli, gli input le diverse esperienze provenienti dall'esterno.

Accanto a questa linea di intervento che poggia su principi scientifici si profila e si intreccia un

diverso spazio di intervento, spazio più libero in qualche modo più indeterminato, con un obiettivo di piacere, interesse, curiosità, desiderio, sorpresa.
Possiamo forse chiamarlo uno spazio ludico, di gioco, nella accezione che il gioco è una cosa seria, è un lavoro per il bambino che si organizza in un'area che non è reale ma è vera e che anche nelle sue forme più primitive esprime quel mondo fantasmatico e fantasioso che ha comunque il valore, il significato di una comunicazione, anche se molto spesso criptica e non decifrabile.
Non è facile dare un senso a certe condotte di gioco frammentate, apparentemente incoerenti e illogiche, ripetitive ed informi.
Difficilmente il linguaggio aiuta, spesso il bambino non parla; eppure ogni bambino ha un suo preverbale linguistico mimico, gestuale, tonico che è il linguaggio dell'infans, colui che non parla.
Pure in queste rudimentali comunicazioni sono contenuti segnali minimali cui può essere attribuito un qualche significato, cosi da poterne tener conto, cercando di porsi nella lunghezza d'onda che si è costituita, mettendo in atto la capacità di contenere angosce o modulare esplosioni di rabbia fino ad attivare movimenti più vitali.
Siamo quindi in un'area che possiamo chiamare della creatività e che si collega anche ad una dimensione estetica. Queste parole prese a prestito dalle Arti non hanno certo l'ambizione o la presunzione di spostarci in quella particolare dimensione che appartiene appunto all'Arte.
Lavorare, stare con il bambino o il paziente più grande in questa atmosfera di creatività implica prima di tutto non tanto cosa fare e neppure come fare, ma un modo di essere, una sorta di qualità idiomatica specifica di ogni persona che ha scelto d'occuparsi di questo settore.
Si possono forse premettere al concetto di creatività i concetti di Winnicott di oggetto soggettivo e di zona di illusione, cioè la capacità di far trovare al bambino quello che lui cerca dandogli cosi l'impressione di avere creato l'oggetto.
Qualunque sia la linea di lavoro con il bambino non normale, qualunque possa essere l'impianto teorico dì riferimento e quindi i relativi indirizzi metodologici, in ogni caso chi opera col bambino deve, dovrebbe trovare all'interno di sè una dimensione, una potenzialità che attiva.
Vorrei comunque che la parola creatività non fosse intesa come un abile escamotage per baypassare il significato, la progettualità, la scelta che devono guidare ogni intervento. Credo che questa parola debba essere interpretata come una sorta di istinto, una pulsione, una tensione, una forma vitale e quindi vitalizzante.
In questa area anche per una mia personale esperienza so dì privilegiare la musica e quindi tutto il lavoro che fa parte della musicoterapia.

Musicoterapia e ritardo mentale

Ferruccio Demaestri, Gerardo Manarolo, Manuela Picozzi, Fiorenzo Puerari, Alfredo Raglio, APIM

This paper describes synthetically a course of theorical and methodological research, that will be widely explained in the following works.
Some considerations are then formulated, about "musictherapist behaviour during the interaction by sound and music" and about the "procedures of effective inclusion in musictherapy treatments".

Per certi aspetti la musicoterapia italiana è nata e si è sviluppata soprattutto in relazione ai risultati ottenuti nel trattamento di soggetti affetti da ritardo mentale. La possibilità di promuovere tramite l'elemento sonoro/musicale (s/m) una risposta "attentiva" e altresì di facilitare l'avvio di processi relazionali ha incoraggiato l'impiego della musicoterapia nel trattamento dei disturbi della sfera cognitiva come di quella psicoaffettiva. La musica propone una integrazione,quasi una sintesi fra aspetti senso-percettivi,qualità emotigene e affettive,componenti logico-razionali. La musica quindi ci permette di contattare il soggetto affetto da ritardo su di un piano "corporeo" attivandolo e stimolandolo, per poi avviare percorsi relazionali e/o cognitivi evolutivi. Partiamo quindi dalla principale competenza che un soggetto disabile psichico possegga, quella "corporea" ed è a questo livello che si attua quell'incontro spesso "magico", per i processi che può avviare, fra soggetto e musica. Quest'ambito clinico, in relazione alle molteplici esperienze applicative che ha permesso di sviluppare, rappresenta quindi un prezioso spazio al cui interno maturare una maggiore consapevolezza professionale e definire i criteri che orientano il nostro operare. In ragione di queste riflessioni si è costituito un "gruppo studi" espressione dell'Apim e di tre centri riabilitativi (Istituto Sacra Famiglia, Cesano Boscone –Milano, Istituto Sospiro, Cremona, Centro Paolo VI, Casalnoceto-Alessandria).
Il "gruppo studi" ha approfondito i seguenti aspetti di ordine teorico-metodologico:

La musicoterapia italiana è nata e si è sviluppata soprattutto in relazione ai risultati ottenuti nel trattamento di soggetti affetti da ritardo mentale

Le nostre scelte dovrebbero derivare da una conoscenza intuitiva ed empatica dell'altro

1) Il comportamento del musicoterapista nell'interazione sonoro/musicale, criteri di regolazione.

L'approccio musicoterapico, soprattutto in un contesto di musicoterapia attiva, si prefigge inanzitutto di stabilire e mantenere un contatto con il paziente (pz), con le sue manifestazioni, con il suo "mondo interno". Questa finalità viene perseguita dal musicoterapista (mt) attraverso il suo comportamento, vale a dire tramite la comunicazione non verbale espressa dal suo corpo, dalla qualità della sua presenza, dalle sue produzioni sonoro/musicali. Ci si è interrogati allora su quali fossero le opzioni a disposizione del musicoterapista all'inizio di una seduta e/o nel corso della stessa, per il perseguimento di questo obiettivo (stabilire un contatto).

Il nostro fare, le nostre scelte, in un contesto interattivo dove l' "agito" rischia di prevalere, dovrebbero infatti derivare da una conoscenza intuitiva ed empatica dell'altro, ma anche riflessiva e consapevole; riflettere su ciò che sentiamo, dare un pensiero alle nostre intuizioni, alle nostre sensazioni ed emozioni può consentirci di articolare il nostro "fare" con maggiore consapevolezza, superando così uno spontaneismo stereotipato (in quanto espressione di modalità precostituite proprie del musicoterapista, del paziente, della coppia mt-pz), per accedere ad una reale interazione (derivata dalla modulazione degli stili relazionali personali in rapporto a quanto sentiamo e pensiamo dell'altro).

Il tentativo di entrare in contatto presuppone inizialmente un atteggiamento di "*ascolto*" (inteso come predisposizione a conoscere empaticamente l'altro); successivamente il musicoterapista può decidere se mantenere tale assetto psichico (caratterizzato da un "*non agire*") o viceversa decidere di "*agire*" (dove l'ascolto si articola con il produrre); in entrambi i casi il mt può perseguire due diverse finalità: *contenere* (nel senso di dare forma, accogliere un comportamento, un'emozione) e/o *attivare* (vale a dire "tirare fuori qualcosa", suscitare una reazione, una risposta).

Esiste infatti un obiettivo di carattere generale (entrare in contatto) che si persegue attraverso modalità comportamentali che a loro volta rimandano a obiettivi maggiormente specifici (attivare-contenere).

Il nostro "*non agire*", in relazione alle caratteristiche del pz potrà svolgere una funzione "*accogliente*" (esprimendo il tentativo di sintonizzarsi sul tempo mentale del pz), e/o in rapporto alle qualità frustranti insite nella passività, ma anche dando spazio e tempo al pz, potrà sollecitare un'*attivazione*.

Il nostro "*agire*" sarà sempre in rapporto al pz, alle sue manifestazioni (s/m e non), al suo esserci; tale rapporto (tra il pz, le sue qualità, i suoi eventuali comportamenti e il nostro fare) può esprimersi con differenti modalità relazionali caratterizzate a seconda dei casi da: adesione, trasformazione, cambiamento, opposizione (il mio agire potrà riprodurre certe caratteristiche del pz, proporne una modulazione, introdurre elementi nuovi od opposti); queste modalità relazionali a loro volta rimandano a differenti modelli musicali: imitazione,variazione, sviluppo, contrasto.

Se il mio agire persegue il *contenimento* del pz, o di certi suoi aspetti, la relazione con questi sarà connotata dalla adesione (imitazione) e/o dalla trasformazione (variazione), (accogliere e dare forma, tenere e mettere "dentro", richiede un'intensa condivisione e se possibile una modulazione). Se dovrò "*attivare*" potrò scegliere tra le diverse modalità prima descritte in quanto ognuna, in rapporto alle caratteristiche del pz, può indurre

una risposta, una reazione, (il cambiamento e l'opposizione possono sollecitare una risposta, determinata dalla frustrazione relativa al discostarsi dalla produzione del pz o indotta dalla comparsa di elementi nuovi e gratificanti in quanto investiti di valenze affettive e relazionali; l'adesione come la trasformazione possono incentivare la produzione del pz nei suoi aspetti quantitativi e qualitativi, amplificando caratteristiche proprie del pz). L'"agire" può inoltre seguire, in rapporto alla relazione che si sta delineando tra mt e pz, un criterio *sincronico* e/o *diacronico* (la sincronia può essere connotata da valenze intrusive o da aspetti legati alla vicinanza e alla condivisione; la diacronia può sottolineare una chiara reciprocità, l'ascolto del pz ma anche "distanza" e "contrasto").

Il mt decide tra queste diverse opzioni in relazione alla conoscenza clinica del pz, conoscenza derivata da un contatto empatico ed in rapporto dialettico con i dati raccolti nella fase preliminare allo sviluppo di una presa in carico. Si tratta di scelte che avvengono in un lasso di tempi molto breve (pochi minuti se non secondi) e che peraltro richiedono una predisposizione psichica, un atteggiamento mentale empaticamente ricettivo all'altro, in rapporto con quanto si conosce sull' "altro" e capace di produrre una sintesi che si traduca in un "agire" o in un "non agire", espressione dell' "altro", della relazione fra mt e pz, e funzionale ad una comunicazione ad un contatto. Quello che segue al fare o al non fare, cioè la qualità della risposta del pz, propone nuovamente al mt la necessità di orientarsi fra le diverse opzioni sopradescritte (in questo senso si potrebbe descrivere lo svolgimento di una seduta analizzando le opzioni scelte dal mt in rapporto alle caratteristiche del pz e alle sue modalità di interazione).

Questa analisi non contempla l'analisi degli elementi sonoro/musicali prodotti all'interno di un dialogo musicoterapico; tale analisi impiega modelli teorici propri del fonosimbolismo, della semantica musicale e delle dinamiche relazionali. Le potenzialità dell'elemento s/m (sia per quanto riguarda il "senso" veicolato che gli aspetti strettamente relazionali) prenderanno forma in rapporto alla specificità delle differenti relazioni. Riteniamo peraltro che sia possibile, pur ribadendo la specificità di ogni relazione, individuare anche a questo livello possibili tipologie di dialogo s/m. Questo tema sarà oggetto di un approfondimento prossimo venturo.

2) Le procedure di presa in carico

Sono stati precisati i diversi passaggi che regolano il nostro operare, dalla richiesta di intervento all'eventuale presa in carico, e i modelli teorici di riferimento. In questa sede ci limiteremo ad elencare i vari punti rimandando ai contributi successivi per un approfondimento degli stessi.

Ecco di seguito i passaggi che guidano il nostro percorso:

a) Criteri che regolano la segnalazione del caso e la richiesta di trattamento musicoterapico.
b) Criteri che regolano la valutazione del caso preliminare all'eventuale presa in carico; a questo proposito sono emerse due diverse modalità (poi illustrate dai contributi di Gerardo Manarolo, Ferruccio Demaestri e di Fiorenzo Puerari e Alfredo Raglio): una integrante aspetti clinici e sperimentali, l'altra prettamente clinica.
c) Criteri che regolano la presa in carico (i criteri di inclusione e quelli relativi alla segnalazione del caso sono trattati nel contributo di Manuela Picozzi)
d) Criteri che regolano la formulazione dell'ipotesi d'intervento (esposti nei contributi di Gerardo Manarolo, Ferruccio Demaestri e di Fiorenzo Puerari e Alfredo Raglio).

Indicazioni al trattamento e criteri di inclusione

Manuela Picozzi, Musicoterapista, Coordinatore gruppo di ricerca in musicoterapia dell'A.I.Ri.M., Fondazione Istituto Sacra Famiglia, Cesano Boscone (MI)

In this paper the author deals about indications and inclusion criteria in musictherapy treatments with patients suffering from mental retardation.
Every patient needs an individual diagnostic and functional definition; after a period of observation, the staff can formulate a global project, based on specific inclusion criteria.
In general, we can say that musictherapy is particularly indicated for patients suffering from Mental Retardation and relational diseases.

Il ritardo mentale

L'intervento terapeutico e riabilitativo in soggetti con RM (ritardo mentale) si scontra con un problema, quello del curare senza guarire. In altri termini, si scontra con la necessità di confrontarsi con obiettivi chiari, che non sono quelli di annullare il problema, ma di migliorare la qualità della vita.

Il problema è quindi spesso quello di rimanere in equilibrio tra due atteggiamenti, quello tecnico e quello empatico, cercando di rispettare il soggetto ritardato in quanto persona, e cercando soprattutto di mantenere la consapevolezza del rapporto che viene stabilito con lui.

Ogni individuo con RM, prima di accedere ad un trattamento riabilitativo, necessita di una definizione diagnostica e funzionale specifica e assolutamente individuale. Infatti un'efficace descrizione del singolo soggetto consente di individuare le sue necessità, sia di tipo assistenziale che riabilitativo.

L'intervento terapeutico e riabilitativo in soggetti con ritardo mentale si scontra con un problema, quello del curare senza guarire

Un'efficace descrizione del singolo soggetto e l'individuazione conseguente delle sue necessità possono essere condotte anche sulla base di alcune recenti ricerche sperimentali, riguardo l'elaborazione delle informazioni, in cui si è evidenziato che le persone con RM differiscono dai normodotati soprattutto nelle seguenti aree:

- memoria
- apprendimento e discriminazione percettiva.

Gli aspetti cognitivi ed emozionali hanno un'ampia zona di sovrapposizione

Per quanto riguarda le suddette aree occorre sottolineare che alcune funzioni, che appaiono in qualche misura alterate nel RM, sono di primaria importanza: ci riferiamo ai processi di controllo dello stimolo, cioè l'attenzione, la discriminazione e la generalizzazione.

Tuttavia nella valutazione dei bisogni e delle necessità assistenziali e riabilitative di queste persone dobbiamo tener conto soprattutto delle difficoltà a livello emozionale e relazionale:

La difficoltà di comunicazione, sia verbale che non verbale, le distorsioni nel rapporto madre-bambino prima e nell'ambiente familiare poi, sono alla base della coartazione dell'affettività.

Tale coartazione poi, quando si coniuga con una mancanza di stimolazione adeguata ed una carenza di abilità sociali, determina il senso d'impotenza appreso.

La persona con RM in questo caso "non tenta neppure", "rinuncia ancor prima di cominciare".

In realtà dobbiamo pensare che gli aspetti cognitivi ed emozionali hanno un'ampia zona di sovrapposizione.

Gli aspetti affettivi, quali la gioia, la paura, la tristezza, la rabbia, sono stati qualitativi globali che implicano non solo la mente, ma anche il cervello inteso come organo fisico e l'intero organismo, nei termini più propriamente psicosomatici, coinvolgendo aspetti consci e inconsci, soggettivi e oggettivi, mentali e neurofisiologici.

In base a questo modello la psiche viene intesa come una funzione integrata di sistemi di riferimento sia affettivi che cognitivi, in base alle necessità del contesto ambientale.

Praticamente tutti i soggetti presentano un più o meno evidente "senso di impotenza appreso" che deriva da esperienze fallimentari e frustranti nell'interazione con l'ambiente, le figure parentali o gli operatori. Oltre a ciò, l'impossibilità di utilizzare a un livello sufficientemente evoluto il canale verbale, porta queste persone a vivere le proprie emozioni e la propria affettività in modo fortemente coartato e represso.

Questo impone specialmente nei casi più gravi di risalire alle radici dello sviluppo emotivo e mentale, radici che sono prelinguistiche e che ci aprono la porta del rapporto tra corporeità e vita mentale.

In tal senso trovano una particolare indicazione di utilizzo quell'insieme di tecniche che sono raggruppate sotto il termine di Arteterapia.

Gli interventi di Musicoterapia: indicazioni al trattamento

"...Una musica che si è certi di avere ascoltato da sempre, il simbolo che fa pensare primitivamente come un profumo, l'inconscio che conserva tracce che sembrano più antiche di noi, mettono in gioco questo pensiero arcaico, più vicino ai sensi che al linguaggio.

È proprio qui, attraverso il corpo e i sensi, che conosciamo il mondo prima di parlare... Attraverso questo pensiero originario, tutto affettivo e sensoriale, la realtà prende forma...

Il corpo è il luogo di confine fra l'originario e il pensiero (discorsivo, concettuale): prima di parlare, il mondo si esprime nel corpo, ed è il corpo che "pensa" il mondo.

Le prime parole saranno puro gesto, il suono della suzione e il fonema antichissimo "mo-mo"...

L'ascolto musicale, il fatto simbolico e gli eventi inconsci pescano in queste acque dalle mille correnti, dove un tempo, prima di parlare, il corpo e il cuore hanno percepito il mondo per la prima volta, come un rumore, un profumo o una musica" (Gaita 1991).

Il corpo viene impiegato in tutti i metodi musi-

coterapici sia attraverso l'ascolto, entrando in risonanza emotiva con il suono, sia producendo esso stesso suoni con la voce, il canto, con movimenti diversi e con gli strumenti musicali.
Attraverso l'intervento musicoterapico la comunicazione, spesso fortemente compromessa a livello verbale, può essere potenziata e arricchita attraverso le prime forme di differenziazione dovute al riconoscimento di una forma sonora, che non appartiene al corpo, ma è da esso separata, ed anche, successivamente, di una forma sonora che appartiene al sé.

La maggior parte dei pazienti che vengono inviati per un'osservazione musicoterapica sono segnalati in base alle seguenti caratteristiche:
- RM grave;
- disturbo relazionale;
- indicazioni specifiche per le seguenti patologie: autismo infantile, sindrome di Rett;
- osservazioni di una particolare attenzione o gradimento verso stimoli sonoro-musicali appartenenti all'ambiente di vita quotidiano;
- particolari abilità "musicali" spesso disarmoniche rispetto al quadro globale;
- particolari difficoltà nella valutazione di abilità residue o potenziali dovuta alle chiusure relazionali;
- possibilità di individuare attraverso l'intervento musicoterapico modalità di "aggancio" e aperture relazionali trasferibili in altri contesti;
- integrazione di un approccio più connotato in senso espressivo con altri interventi di tipo più educativo;

La musicoterapia rientra in un progetto globale di presa in carico del paziente e si collega il più possibile agli altri interventi ed anche all'ambiente di vita quotidiano.
Proprio per questo motivo, ogni singolo caso viene discusso in un'equipe multidisciplinare a cui partecipano tutti gli operatori (educatori, psicomotricisti, terapisti occupazionali, fisioterapisti, musicoterapista, psichiatra, psicologo) che hanno in carico il paziente; in questa sede i criteri di indicazione e di inclusione nel trattamento vengono vagliati e confrontati, al fine di elaborare un progetto comune il più possibile efficace, ma soprattutto adeguato alle reali esigenze del paziente.

I criteri di inclusione
Per rendere efficace l'intervento musicoterapico occorre riflettere anche sulle effettive possibilità di inclusione nel trattamento.
Spesso la musicoterapia è stata reputata come indicata soprattutto nei casi più gravi, in cui altri trattamenti vengono considerati improponibili o non si è riusciti a trovare nessuna modalità di aggancio relazionale.
Ci sembra invece opportuno elaborare una griglia di criteri di inclusione, da valutare naturalmente per ogni singolo caso.
Criteri di inclusione:
- capacità anche minima di adeguarsi al setting
- sensibilità alla proposta sonoro/musicale (s/m)
- spontanea produzione sonoro/musicale
- attitudine, anche minima a modulare l'espressività sonoro/musicale
- risposta specifica al setting sonoro/musicale
- produzione s/m congrua al contesto
- integrazione tra produzione sonoro/musicale e qualità della relazione

I primi due criteri vengono ritenuti sufficienti per la presa in carico e l'intervento; i livelli successivi vanno valutati in sede d'equipe in base al singolo caso e quindi non sono considerati necessari per l'effettiva inclusione nei trattamenti.
In particolare, occorre sottolineare che a volte eventuali abilità musicali osservate nei soggetti (spesso segnalate come criteri di indicazione) possono essere in realtà manifestazioni stereotipe e espressione di parti non sane. Solo dopo un periodo di osservazione diventa possibile effettuare una valutazione critica di queste particolari abilità, che vanno discusse con un referente cli-

■ **AA.VV.**
Viaggio nel ritardo mentale. Aspetti clinici e riabilitativi: un modello integrato,
ed. Del Cerro, Firenze, 2000.

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

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

■ **Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.**
Lineamenti di musicoterapia,
Carocci, Roma, 1998.

nico e quindi integrate nella definizione diagnostica e funzionale del paziente, per poterne rilevare gli effettivi bisogni: è altresì paradossale come in casi dove il "corpo" riveste un'importanza e un ruolo prioritario rispetto alla dimensione psichica (in ragione di una deficitaria competenza simbolica e della prevalenza di modalità sensopercettive) la scissione che osserviamo tra queste due aree, scissione accompagnata spesso da particolari prestazioni frutto di identificazioni adesive, possa illuderci sull'esistenza di competenze da attivare e sviluppare a scapito di un lavoro finalizzato all'integrazione e all'armonizzazione.

Per quanto riguarda gli ultimi due criteri di inclusione, consideriamo il lavoro terapeutico proprio come il processo che può portare da una dimensione espressiva (di comunicazione immediata, di espressione dei propri stati interni attraverso un mezzo non verbale) ad una dimensione comunicativo-relazionale, dove sia possibile una condivisione delle emozioni e una rielaborazione dei vissuti. Inoltre possiamo anche sottolineare che per alcuni casi gli ultimi due criteri possano essere considerati come obiettivi dell'intervento, mentre nei casi in cui queste competenze siano parzialmente presenti l'obiettivo è di arricchirle e svilupparle il più possibile.

Va ricordato comunque che l'intervento musicoterapico non è necessariamente rivolto unicamente alla sfera relazionale, ma può anche essere relativo al potenziamento di capacità cognitive, con un lavoro sugli apprendimenti, nel caso di RM di grado più lieve, anche con disturbi del comportamento. Come sottolineavamo all'inizio, riteniamo comunque che in base al modello di funzionamento psichico a cui ci riferiamo, i due aspetti cognitivo e relazionale siano in realtà fortemente connessi e che qualsiasi intervento debba necessariamente essere mirato all'integrazione e all'armonizzazione della persona con R.M.

L'assesment in musicoterapia, il bilancio psicomusicale e il possibile intervento

Gerardo Manarolo, Ferruccio Demaestri, Servizio di Musicoterapia Centro Paolo VI, Casalnoceto, Alessandria

When we receive a request for a musictherapy treatment, it is necessary a period of assessment, in order to point out presence or absence of some criteria, that we consider necessary as regards the effective inclusion in treatment. These assessment modalities try to join a clinical approach with general lines belonging to experimental psychology.

Aspetti metodologici

La richiesta di avviare un trattamento musicoterapico prelude ad una fase valutativa volta ad individuare le caratteristiche globali e strettamente sonoro/musicali del soggetto in questione al fine di individuare la presenza o meno di criteri che ne possano giustificare la presa in carico e altresì al fine di formulare una congruente ipotesi d'intervento. Questa fase valutativa prende in considerazione (critica) diversi aspetti, ovvero le ragioni che hanno giustificato l'invio, l'anamnesi s/m (sonoro/musicale), gli elementi derivati dall'osservazione "etologica" e dall'osservazione musicoterapica mirata (dove al soggetto sono proposti specifici contesti "sonoro/musicali" che successivamente illustreremo), gli elementi relazionali emersi in questa prima conoscenza del caso e gli inevitabili movimenti transferali e controtransferali. Questa fase iniziale richiede lo stabilirsi di un primo contratto, fra il paziente (pz) e/o il suo inviante, a cui seguirà un secondo contratto nel caso dell'avvio del trattamento. Il contratto è relativo all'accettazione da parte del pz e/o del suo inviante del percorso proposto dal musicoterapista, sia per quanto riguarda la valutazione, sia riguardo all'eventuale trattamento. Attraverso la discussione del secondo contratto sarà possibile un approfondimento delle aspettative e la precisazione delle finalità e degli obiettivi. Il nostro approccio cerca di coniugare un'impostazione clinica ("...attenta all'aspetto soggettivo che qualifica l'oggetto del nostro intervento..." "...valorizzante il rapporto interpersonale

La richiesta di avviare un trattamento musicoterapico prelude ad una fase valutativa finalizzata a evidenziare la presenza o l'assenza dei criteri utili a giustificare la presa in carico

tipico della clinica come strumento di conoscenza...") (Galimberti 1992) con un'impostazione attinente alla psicologia sperimentale (la quale privilegia un criterio di linearità causalistica e cerca quindi di individuare la relazione tra due eventi di cui il secondo [effetto] è conseguente al primo [causa]) (Galimberti 1992). Si cerca in questo modo di attivare una visione binoculare che ponga in rapporto la comprensione con la spiegazione, un atteggiamento scientifico che "esplora fenomeni unici e non ripetibili" (scienze idiografiche) e un atteggiamento scientifico che "individua leggi astratte generalizzabili che rendono possibile prevedere il manifestarsi di certi fenomeni" (Grassi 2001). Gli elementi emersi dalla fase valutativa vengono definiti "dati"; "...il dato è un prodotto dell'interazione tra l'osservatore, lo strumento di osservazione (strumenti di osservazione possono essere griglie precostituite ma anche la stessa mente dell'osservatore) e l'oggetto, e/o il fatto della nostra osservazione (in questo caso il soggetto e il suo comportamento sonoro/musicale). In questo senso ogni dato è una costruzione. A questa raccolta "dati" segue la descrizione degli stessi. La descrizione "...ci dà la conoscenza del come i dati si suseguono, della loro sequenza e di quale comprensione essi offrano sul verificarsi dei fatti che indaghiamo..." (Grassi 2001). Come sappiamo la descrizione per quanto attinente al materiale emerso e scevra da grossolane proiezioni è in ogni caso un primo atto interpretativo; la scelta del lessico, la successione temporale che ordina i vari eventi, la scelta di alcuni eventi e la dimenticanza di altri, tradiscono di per sé la lettura di senso che ne fornisce l'osservatore; è importante essere consapevoli di questi aspetti, considerare la descrizione non solo una narrazione sufficientemente neutrale di ciò che è avvenuto ma anche una testimonianza del proprio modo di osservare, di narrare e di relazionarsi in quel contesto. Da questa descrizione verranno successivamente isolati i tratti ricorrenti e gli aspetti peculiari nel tentativo di descrivere un profilo s/m del soggetto, il suo stile (il bilancio psicomusicale). Questa sintesi ci permette di individuare la presenza dei criteri utili per l'avvio del trattamento:

Si cerca in questo modo di attivare una visione binoculare che ponga in rapporto la comprensione con la spiegazione

- Capacità anche minima di adeguarsi al setting;
- Sensibilità all'elemento s/m;
- Produzione spontanea sonoro/musicale;
- Attitudine anche minima a modulare la propria espressività s/m;
- Risposta specifica al setting sonoro/musicale;
- Produzione sonoro/musicale congrua al contesto;
- Integrazione tra produzione sonoro/musicale e qualità della relazione.

I primi due criteri rappresentano il requisito minimo per una presa in carico, i criteri successivi denotano livelli crescenti di specificità dell'approccio e ci consentono inoltre di precisare le potenzialità e le difettualità (le parti integrate e quelle conflittuali, le parti sane e quelle malate) delineando così una prima ipotesi d'intervento. L'approccio musicoterapico come tutte le terapie espressive privilegia almeno inizialmente le "parti sane" prefiggendosi la loro piena espressione, il loro arricchimento e ampliamento; a questa prima fase, con tempi e modi diversi a seconda dei casi, subentrerà, se possibile e utile, un approccio diretto anche alla parte difettuale in un ottica integrativa. Le fasi che subentrano alla descrizione rientrano di fatto in un atto interpretativo; i "dati" sono letti alla luce di uno schema precostituito in virtù di categorie predefinite:

- stile (ripetizione, peculiarità) costituito da;
  - parti sane (elasticità, interazione, integrazione);

- parti malate (rigidità, isolamento, non integrazione);

queste permettono di isolare alcuni "dati" da altri, e di attribuire ad essi un valore positivo o negativo. "Interpretare un dato significa correrarlo ad altri dati…."; "L'interpretazione ha il compito di raggruppare i dati-sintomi in quadri sindromici…."; "…i dati sono interpretati alla luce delle varie ipotesi prese in considerazione" (Grassi).

Il modello che presentiamo riguarda quindi una metodologia di valutazione basata sull'osservazione del rapporto uomo-suono che sta alla base del futuro intervento e costituisce la traccia sulla quale abbiamo operato per la compilazione della cartella di musicoterapia che adottiamo nella comune pratica clinica. (Tab. 1)

(Tab. 1)

La griglia osservativa si suddivide in diverse aree che possono essere così riassunte:

Colloquio con il pz e/o l'inviante: questo momento è, come abbiamo detto, suddiviso in due parti

- La prima (preliminare alla fase valutativa) inerente ad un colloquio di conoscenza generale del soggetto, della sua storia clinica e dell'eventuale motivazione relativa alla proposta e/o richiesta di un eventuale trattamento musicoterapico;
- La seconda (successiva alla fase di valutazione) inerente ad una restituzione finalizzata al chiarimento delle potenzialità riabilitative del trattamento.

Anamnesi sonoro/musicale: In questa prima fase si tratta di contattare il nucleo familiare se disponibile oppure le figure di riferimento interne all'istituzione (educatori ed insegnanti) al fine di raccogliere informazioni di base relative al rapporto che il paziente instaura spontaneamente con il suono e con la musica, sia nella dimensione della produzione che nella dimensione dell'ascolto. L'anamnesi si svolge solitamente attraverso un colloquio diretto del musicoterapista con le figure interessate.

Osservazione etologica: in questa fase il musicoterapista si reca fisicamente nel contesto scolastico o familiare del soggetto in qualità di osservatore in situazione. Tale osservazione, come tutti i contesti successivi, ha una durata massima di 30 minuti e viene ripetuta per due volte.

Osservazione musicoterapica mirata: questa osservazione si svolge all'interno del setting musicoterapico ed è articolata sulla proposta di diversi contesti "costruiti" dal musicoterapista.

- Osservazione del primo contatto con lo strumentario: per questa fase devono essere messi a disposizione strumenti musicali appartenenti alle classi principali (percussioni ad intonazione variabile o fissa e, fra questi ultimi, idiofoni e membranofoni; strumenti a corda, a fiato, e un pianoforte). La valutazione riguarda in modo particolare le modalità di approccio e successivamente le caratteristiche sonoro/musicali della manipolazione strumentale.

- Osservazione del comportamento alla proposta d'ascolto sonoro/musicale: durante la seduta viene somministrata una serie di frammenti sonori di breve durata (circa 1 o 2 minuti). L'itinerario di queste cellule d'ascolto si muove partendo da sonorità corporee ed ambientali per arrivare, attraverso i prodotti evolutivi sonori, a vere e proprie proposte musicali. Questi estratti sono suddivisi in base alle caratteristiche dei parametri ritmici, dinamici, timbrici, armonico-melodici, oppure in base alla tonalità affettiva prevalente. Viene quindi valutata l'attività percettivo-discriminativa dei pazienti e, successivamente, la loro modalità di reagire al suono proposto sia in termini di attivazione motoria, di eventuale rilassamento corporeo, sia per ciò che riguarda il livello di partecipazione emotiva nei confronti del frammento proposto. Le sequenze d'ascolto ed i frammenti proposti possono subire variazioni in relazione alle caratteristiche della casistica trattata.
- Osservazione del comportamento del soggetto alle proposte d'iniziale interazione formulate dall'operatore: tali proposte si configurano in attività vocali, corporee e strumentali. Viene osservata la reattività del soggetto che può andare dall'indifferenza al rifiuto, dall'accettazione passiva alla potenzialità interattiva. Viene valutata l'opportunità di intervenire mediante un dialogo sonoro modulando i parametri sonoro/musicali espressi spontaneamente dal paziente.
- Auto-osservazione delle proprie risonanze interiori: la quale corrisponde alla descrizione della raffigurazione interna del terapista relativamente alla situazione clinica nella sua globalità (richiesta di trattamento, rapporto con l'inviante, patologia del paziente) e agli aspetti strettamente relazionali (elementi transferali e controtransferali); tale autodescrizione deve avvalersi di un'adeguata supervisione.

A nostro parere prima di formulare giudizi attendibili è necessario che ogni seduta standard della fase valutativa sia ripetuta almeno due volte allo scopo di non investire di eccessiva importanza eventi non riproducibili che pertanto vanno confinati in un'ottica prettamente aleatoria.

Lo stile (bilancio psicomusicale). Alla fase di osservazione fa seguito quella della valutazione globale nella quale il confluire degli elementi salienti emersi dalle sezioni precedenti (colloquio, anamnesi, osservazione) deve fornire il criterio per stabilire l'eventuale presa in carico, gli obiettivi terapeutici e la metodologia d'intervento. Tale sintesi focalizzata su diversi aspetti utilizza i criteri della ripetitività e della peculiarità, delle parti "sane" e di quelle "malate". Nel corso del bilancio psicomusicale il musicoterapista inoltre centra l'attenzione sui seguenti aspetti:

- Aspetti relazionali (dinamiche transferali e controtransferali);
- Grado di attivazione espressiva e psicomotoria globale;
- Attivazione di processi cognitivi di base (attenzione, memoria, discriminazione,ecc...);
- Presenza di competenze specifiche s/m;
- Presenza di aspetti fonosimbolici.

Per illustrare meglio quanto esposto procederemo con un'esemplificazione clinica.

Un esempio clinico

F. è nata nel 1993 presenta una diagnosi di ritardo cognitivo con disarmonia psicotica, sulla base di una presupposta encefalopatia prenatale. Dalle osservazioni generali condotte da varie figure professionali emerge una motilità impacciata, la tendenza a ripetere sequenze di movimenti in forma stereotipa, la presenza di momenti d'isolamento prolungati rispetto al contesto ambientale. È presente il linguaggio verbale sotto forma di frase nucleare la quale viene utilizzata dalla bambina in maniera frammentaria poco comunicativa e per richiedere direttamente bisogni primari. Il

livello di tolleranza alle frustrazioni è decisamente basso e F. manifesta evidenti crisi di collera in seguito ad eventuali divieti o limiti dati. La bambina predilige relazioni individuali rispetto a contesti di gruppo.

Modalità d'invio

L'invio in trattamento musicoterapico è avvenuto tramite un colloquio con il Neuropsichiatra Infantile responsabile del caso. Gli elementi che hanno giustificato la richiesta sono così riassumibili:

- Presenza di marcate difficoltà nella comunicazione e nella relazione;
- Presenza di comportamenti di tipo autistico;
- Presenza di una sensibilità particolare rispetto all'ascolto della musica;
- Possibilità di fornire alla bambina un contesto relazionale alternativo al gruppo-famiglia;
- Accanto a questi elementi di carattere clinico si pone una motivazione di carattere amministrativo: l'Asl di provenienza del soggetto ha indicato espressamente la Musicoterapia come trattamento specifico per la riabilitazione della bambina.

Anamnesi sonoro-musicale

Dagli elementi emersi durante il colloquio anamnestico con la madre si evince che F. trascorre molto del suo tempo a casa ascoltando musica di vario genere (colta, leggera, canzoni infantili). La madre evidenzia l'aspetto positivo del rapporto tra F. e la musica "...è felice e si muove a tempo...", "...sa riconoscere se la musica è triste o allegra, ma se è triste in genere non vuole ascoltarla...". Le aspettative rispetto alla proposta di un trattamento musicoterapico sono relative all'ambito didattico-educativo "...la musicoterapia serve per arrivare col tempo a suonare uno strumento musicale...". Viene posta attenzione sulla capacità della bambina di intonare alcune sequenze melodiche o di cantare il testo di alcune canzoncine infantili. Viene altresì rilevata dalla donna la sensibilità di F. per i suoni eccessivamente intensi "...quando un suono è forte o improvviso F. si chiude le orecchie e inizia a dondolare...".

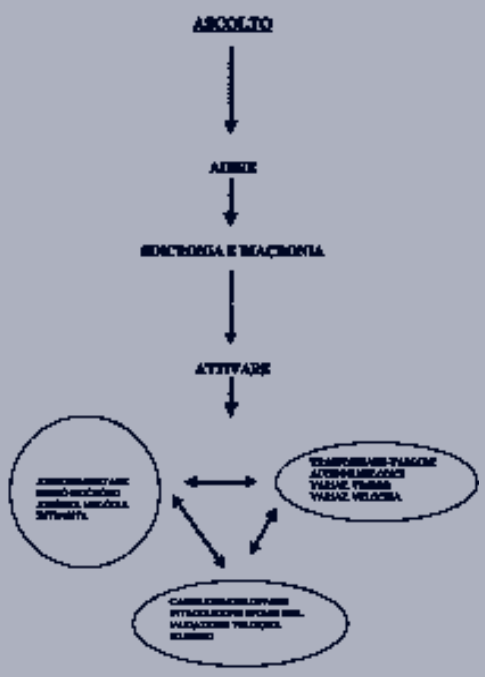
Osservazione etologica

F. vive all'interno di un gruppo-famiglia a regime semi-residenziale formato da soggetti in età evolutiva (dai 7 ai 12 anni) che presentano quadri clinici molto differenziati per grado di gravità e per livello prestazionale. La bambina tende a muoversi sempre negli stessi spazi: vicino al tavolo per le attività, davanti alla finestra, seduta sul divano di fronte alla televisione. Tende a non relazionarsi con i coetanei isolandosi spesso in attività stereotipe (dondola sulle gambe, fa svolazzare strisce di carta, e a volte si autostimola guardando ad intermittenza la luce del sole che filtra dall'esterno). Partecipa alle attività a tavolino solo su espresso invito dell'adulto, tendendo ad isolarsi in attività di disegno spontaneo molto ripetitive (cerchi di vari colori). Spesso F. produce sequenze ritmiche complesse attraverso la voce e la produzione dei fonemi "P" e "TC" paragonabile alle sonorità della "mouth-music" associandole al dondolamento.

Osservazione musicoterapica mirata

F. manifesta fin dal primo incontro molta curiosità per gli strumenti musicali presenti (pianoforte verticale, xilofono basso, alcuni sonagli, metallofono, piatto, tamburo djambè, tringoli). Percepisco la bambina come estremamente sensibile ed attenta agli stimoli ambientali, la sento apparentemente chiusa ed assente, come avvolta in un alone che offusca parzialmente la possibilità di entrare in contatto con lei. F. si avvicina al telaio con i triangoli inizia a muoverlo e a percuotere gli strumenti tra loro aumentando la ritmicità della percussione (incremento della velocità) e l'intensità dei battiti. Associa a questa attività il movimento di dondolamento del busto

sulle gambe. Successivamente si avvicina al pianoforte per specchiarsi sulla superficie lucida dello strumento, accennando un sorriso, (sembra provare gratificazione per le esperienze fatte all'interno del contesto musicoterapico) subito si allontana per dirigersi vero il piatto che viene sollecitato con le mani attraverso lievi tocchi prodotti seguendo un ritmo isocrono. F. in questo momento osserva lo strumento da varie angolature mentre lo percuote. Successivamente F. si esercita ancora nel dondolamento associando questa volta la produzione ritmico-vocale già osservata in precedenza (la struttura dei ritmi espressi sembra avvicinarsi molto ad alcune figurazioni tipiche della musica rap). Le risposte all'ascolto evidenziano la capacità di sincronizzare il movimento all'andamento ritmico proposto. F. predilige brani costruiti su una forte e chiara base ritmica (vivendo attraverso il corpo l'esperienza musicale in maniera totale), rifiutando le proposte alternative ("...non mi piace..., ...non le voglio..."). Le risposte ai primi tentativi d'interazione formulati dal musicoterapista sono prevalentemente di carattere imitativo. L'intervento dell'adulto (sintetizzato nella tab 2, vedi Musicoterapia e ritardo mentale, pag. 22) richiama l'attenzione della bambina che adegua le proprie produzioni vocali e/o strumentali alla struttura della proposta formulata. Emerge da questi primi momenti di comunicazione una competenza di F. nel variare gli schemi ritmici su livelli di proposta, anticipazione, variazione del metro, e spostamento degli accenti (sincope) all'interno di una sequenza improvvisativa musicale. Durante questi momenti F. instaura il contatto oculare con il terapista, si attiva mimicamente (sorriso) e si rivolge verbalmente all'adulto.



(Tab. 2)

Lo stile (il bilancio psicomusicale)

Dagli elementi emersi dalle precedenti fasi si evince che l'elemento sonoro/musicale consente alla bambina di porsi in relazione con stimoli della realtà esterna e con l'altro in maniera funzionale e adeguata. Il suono e gli oggetti sonori sembrano rivestire per F. una triplice funzione:

- Attivatori dell'attenzione e di condotte esplorative grazie alle intense stimolazioni sensoriali esperibili;
- Canale privilegiato per incrementare competenze espressive e cognitive specifiche;
- Mediatore della relazione nelle sequenze d'improvvisazione musicale espresse dalla bambina.

Il rimando emotivo-affettivo percepito dal musicoterapista nel relazionarsi con la bambina evoca la presenza di emozioni di gioia congruenti con l'espressività non-verbale espressa da F. Si percepisce a livello empatico e dall'osservazione una curiosità ed una vitalità intense manifestate da F. Tali modalità espressive talvolta sembrano in contrasto con repen-

tini momenti di inattività psico-motoria durante i quali F. sospende le esplorazioni sonoro/musicali e appare maggiormente triste e depressa.

Ipotesi d'intervento (parti sane-potenzialità/ parti malate-difettualità)

L'ipotesi d'intervento prevede di sfruttare le competenze sonoro/musicali presenti inserendole all'interno di momenti improvvisativi modulati sulle proposte strutturali espresse dalla bambina. Oltre a questo si prevede di indagare maggiormente sull'origine di queste competenze, che si presentano come un'area specifica rispetto al quadro clinico generale, attraverso una raccolta anamnestica maggiormente dettagliata,

Considerata la fluidità attuale degli scambi tra musicoterapista e bambina, la gratificazione manifestata da F. nell'esperirli, e l'attivazione espressiva non-verbale osservata si ritiene di poter agire su questi aspetti arricchendoli in fase di trattamento. L'utilizzo delle tecniche musicoterapiche attualmente sembra favorire un'apertura relazionale significativa per la bambina, con una conseguente diminuzione degli aspetti stereotipi e di isolamento. Durante il trattamento si dovrà considerare tuttavia la possibilità di incorrere nel rischio di stimolare eccessivamente F. a livello sensoriale con la conseguenza di limitare la fruizione dell'esperienza ad una mera situazione di autogratificazione e di manipolazione della relazione con l'altro.

Obiettivi

- Riduzione e contenimento aspetti stereotipi e condotte d'isolamento;
- Ampliamento schemi esplorativi sugli strumenti musicali;
- Incremento competenze specifiche sonoro/ musicali;
- Ricostruzione anamnestica del back-ground sonoro/musicale della bambina;
- Instaurazione di una relazione significativa con l'operatore.

bibliografia

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

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

Galimberti U.
Dizionario di Psicologia, UTET, Torino, 1992.

Grassi A.
Dalla psicoanalisi alla neuropsicologia analitica, Carrocci, Roma, 2001.

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

Manarolo G.
L'angelo della musica, Omega Edizioni, Genova, 1997.

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

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

L'assessment in musicoterapia, osservazione, relazione e il possibile intervento

Fiorenzo Puerari, Alfredo Raglio, Servizio di Musicoterapia, Istituto Sospiro, Cremona

The aim of one study is the utilization of a assessment of music therapy in comparison to a model of psychodynamic intervention used in "Istituto Ospedaliero di Sospiro"(CR).
The evaluation of the clinical cases is directly performed in the setting of music therapy, where the musictherapist makes the clinical observation during the session with the patient.

Inquadramento teorico e metodologico

Il modello musicoterapico adottato presso l'Istituto Ospedaliero di Sospiro è di tipo psicodinamico e fa riferimento alla teoria musicoterapica di R.O.Benenzon e a quella psicologica di D.Stern.
L'intervento musicoterapico si fonda su processi di "armonizzazione/integrazione" (Postacchini) e mira allo sviluppo della relazione intersoggettiva attraverso le "sintonizzazioni" (Stern).
Le sedute di musicoterapia sono potenzialmente e terapeuticamente indicate per persone con una scarsa capacità relazionale, sia di natura organica che di natura psicogena (Disturbo Generalizzato dello Sviluppo di Tipo Autistico, Schizofrenia, Ritardo Mentale, anomalie del comportamento di varia natura).
L'intervento si può quindi rivolgere a pazienti con gravi compromissioni sul piano intellettivo ma soprattutto su quello affettivo, ponendosi l'obiettivo di condurre il paziente a uno sviluppo od a una ricostruzione del Sé con conseguenti e positive ripercussioni sulle capacità relazionali, sulla regolazione ed espressione di emozioni e quindi sulle capacità di interazione nel sociale.
I comportamenti, da qualunque delle suddette patologie derivino, che, nella nostra esperienza, risentono del trattamento musicoterapico, sono i comportamenti di grave disinvestimento affettivo della realtà e quelli impulsivi, sia di tipo auto che etero-aggressivo. Preliminarmente l'équipe di musicoterapia attua una prima valutazione dal punto di vista clinico rispetto all'idoneità al trattamento e alla disponibilità del paziente a effettuare il trattamento stesso, anche sulla base di

Il modello musicoterapico adottato presso l'Istituto Ospedaliero di Sospiro è di tipo psicodinamico e fa riferimento alla teoria musicoterapica di R.O.Benenzon e a quella psicologica di D. Stern

presunti segnali "comunicativi" sonoro-musicali e non.
In 2 o 5 sedute, della durata massima di 45 minuti, vengono valutati, nel setting musicoterapico, alcuni indicatori di idoneità: predisposizione e motivazione del paziente, livello di accettazione del trattamento, sensibilità al setting specifico, risposte al suono e alla musica, rapporto con l'ambiente, tipo di comunicazione messo in atto nel setting musicoterapico, tipo di espressione e comunicazione sonoro-musicale (schema 1).
La valutazione musicoterapica continua poi durante la prima fase del trattamento e viene attuata contestualmente a quest'ultimo per garantire al paziente, sin dall'inizio delle sedute, il massimo dell'accoglienza e della disponibilità terapeutica.
Quanto evocato e suscitato dal paziente, evidenziato, elaborato e restituito dal musicoterapista (dal punto di vista emotivo e sonoro-musicale), costituisce il contenuto della valutazione.
Tale valutazione si basa sulla quantità e sull'intensità delle interazioni sonoro-musicali e sulla capacità del paziente di cogliere e accogliere quanto viene rimandato dal musicoterapista.
La fase di valutazione viene effettuata direttamente all'interno del setting musicoterapico dove il musicoterapista attua *un'osservazione clinica* in un contesto *relazionale*, in cui può modulare il proprio atteggiamento di neutralità formale con azioni/comportamenti che derivano direttamente dallo sviluppo della relazione terapeutica.
L'osservazione clinica, che si rivolge alla globalità espressiva della persona, è intesa come attenzione e ascolto dell'altro con lo scopo di cogliere le sintonizzazioni (secondo Stern) da cui può scaturire la relazione (Raglio).
D. Stern introduce il concetto di "sintonizzazione" come tappa fondamentale dello sviluppo e come processo che si accosta nei termini alle espressioni "rispecchiamento" e "rispondenza empatica", differenziandosi dall' imitazione che "non consente ai due membri della coppia di risalire ai rispettivi stati interni ma mantiene fissa l'attenzione sul comportamento manifesto.
I comportamenti di sintonizzazione, invece, riplasmano l'evento e spostano l'attenzione su ciò che sta dietro il comportamento, sulla qualità dello stato d'animo condiviso... L'imitazione comunica la forma, la sintonizzazione i sentimenti...".
In musicoterapia per sentimenti intendiamo il modo di "sentire" rappresentato attraverso l'interpretazione musicale. La sintonizzazione in musicoterapia assume caratteristiche dinamiche contrapposte alla staticità del processo imitativo.
Il punto di contatto fra la teoria di R.O. Benenzon (a cui ci si riferisce nell'applicazione della tecnica musicoterapica) e quella di D. Stern è da ricercarsi nelle analogie esistenti tra l' ISO e il SÈ della teoria psicologica sterniana. Quanto detto spiega perché l'osservazione avviene contestualmente alla terapia.

La fase di valutazione viene effettuata direttamente all'interno del setting musicoterapico

SCHEMA DI ASSESSMENT MUSICOTERAPICO

Schema 1

Tecnica musicoterapica impiegata
La stanza di musicoterapia ha al suo interno una parete dotata di specchi unidirezionali dietro i quali è possibile effettuare una osservazione indiretta.

Le sedute e i casi vengono analizzati dall'équipe di musicoterapia attraverso la visione di riprese filmiche effettuate con telecamera fissa e attraverso la lettura di protocolli di osservazione e l'analisi di specifiche e periodiche schede di valutazione musicoterapica.
Il setting strumentale è strutturato, calibrato sulla base dell'identità sonoro-musicale dei pazienti e di una attenta indagine psicosonora.
Viene utilizzata l'improvvisazione sonoro-musicale che riprende empaticamente, attraverso sintonizzazioni affettive, le produzioni sonore dei pazienti e talvolta quelle mimico-gestuali, con lo scopo di costruire un dialogo sonoro attraverso un criterio di non direttività e di non invasività (ascolto/attesa).
Attraverso l'interazione con il paziente si ricercano relazione e comunicazione e si favoriscono talvolta fenomeni catartici e apprendimenti.
La restituzione, da parte del musicoterapista, sul piano emotivo e sonoro-musicale, si modula in rapporto al procedere e allo svilupparsi della relazione terapeutica, divenendo sempre più articolata e complessa.
Analogamente all'osservazione, in questo modello operativo, anche la verifica avviene in itinere.

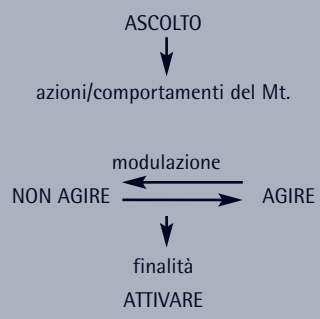
Un esempio clinico

G. è un paziente di 43 anni con ritardo mentale grave ed è ospite dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro dal 1965.
All'esame psichico presenta un deficit molto grave di tutte le funzioni psichiche superiori.
Non ha sviluppato il linguaggio, né sul versante espressivo né su quello della comprensione.
Non è in grado di esprimere bisogni e desideri, non segnala il dolore fisico.
Fin dal 1977 viene descritto come persona che "non ha alcuna coscienza di sé e passa le giornate canticchiando motivetti spontanei".
La personalità di fondo presenta tratti autistici a cui sembra di poter ascrivere alcuni comportamenti patologici quali l'autoerotismo protratto fino alla produzione di lesioni locali, l'autostimolazione corporea fino al dolore e l'atteggiamento di indifferenza affettiva verso cose e persone.
È inserito in un reparto ad elevato livello di protezione, dove la comunicazione è talvolta gravemente compromessa a causa della presenza di iperstimolazioni sonore prodotte da pazienti gravi e gravissimi.
In questo caso l'indicazione al trattamento è maturata, oltre che per la gravità e la specificità patologica, in seguito ad alcune rilevazioni, effettuate dal medico di reparto, che hanno evidenziato produzioni ricche di variazioni ritmiche ed una particolare sensibilità alle fonti sonore.

La seduta di musicoterapia

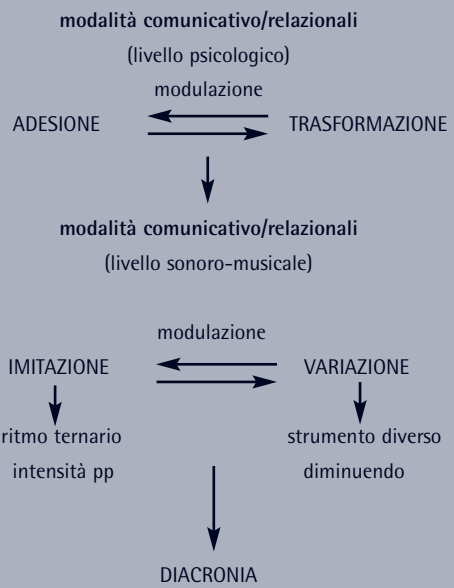
L'allestimento del setting strumentale è stato predisposto a semicerchio per permettere al paziente di riconoscere attivamente lo spazio fisico deputato all'interazione con gli strumenti e con il musicoterapista. Come atteggiamento di base il musicoterapista utilizza l'ascolto.
Quanto emerso nella valutazione preliminare in sede di équipe, dove il paziente appare potenzialmente predisposto sia all'ascolto delle fonti sonoro-musicali, sia all'effettuazione di produzioni spontanee, induce il musicoterapista ad attuare una modulazione tra il non agire (fase esplorativa del paziente) e l'agire (quando il paziente si avvicina al musicoterapista dopo la risposta di quest'ultimo). (schema 2)

ESEMPIO DI AZIONE DEL MUSICOTERAPISTA ADOTTATA IN UNA SEDUTA DI MUSICOTERAPIA



Schema 2 (vedi Musicoterapia e ritardo mentale pag. 22)

Per effettuare questo tipo di percorso il musicoterapista utilizza modalità comunicativo/relazionali di adesione/trasformazione (livello psicologico) osservabili nel livello sonoro-musicale attraverso l'imitazione di alcuni dei parametri sonoro-musicali presenti nelle produzioni del paziente (strutture ritmiche ternarie di bassa intensità) per poi trasformarli inserendo elementi di variazione (utilizzo di uno strumento diverso da quello del paziente – congas – e impiego del diminuendo). (schema 3)
Il diminuendo da parte del musicoterapista avviene in conseguenza dei due avvicinamenti del paziente e l'azione conferma la situazione empatica, quindi uno stato di compartecipazione delle intenzioni.
La rielaborazione del musicoterapista, che rappresenta anche il suo stato emotivo, si rivela a sua volta come uno stimolo diverso e riconoscibile dal paziente, il quale si avvicina quindi alla fonte sonora e al musicoterapista. Tutto ciò si svolge in forma diacronica per consentire al paziente la messa in gioco di produzioni spontanee e riconoscere, in quelle del musicoterapista, la presenza di parametri sonoro-musicali uguali o simili.



Schema 3 (vedi Musicoterapia e ritardo mentale pag. 22)

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

■ **Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.**
Lineamenti di musicoterapia, Carrocci, Roma, 1998.

■ **Raglio A.**
Musicoterapia e Autismo: sfondo teorico, metodo e applicazione. In D'Ulisse M.E., Polcaro F. (a cura di), *Musicoterapia e Autismo*, Phoenix, Roma, 2000.

■ **Stern D.N.**
The Interpersonal World of the Infant, Basic Books, New York, 1985 (tr. it. Il mondo interpersonale del bambino, Bollati-Boringhieri, Torino, 1987).

Tipologie di comportamento sonoro/musicale in soggetti affetti da ritardo mentale

*** Anna Maria Barbagallo, ** Claudio Bonanomi,** * Musicoterapista ** Musicoterapista, Direttore del Centro di Formazione nelle Artiterapie di Lecco

The authors present the results of a research carried out about illnesses in mental development in order to offer useful tools for the Music Therapy practice and a theoretical contribution to the reflection in Music Therapy. The study explores different kinds of sound-musical behaviour in the relationships with mentally delayed patients.

The theoretical framework refers to the methodology of the musical improvisation leaded with supportive techniques and to the theory of the "harmoniousness of handicap ".

From an epistemological point of view this paper describes the nature of this research and the methodology of observation techniques adopted. It focuses on a meaningful crossing point: from sound-musical behaviours to sound-musical conducts in terms of sharing a communicative project as an expression of different levels of a learning process.

La Musicoterapia attiva fa riferimento ad una metodologia di tipo improvvisativo che si articola in diverse fasi in cui vengono utilizzate delle tecniche di tipo supportivo e di tipo espressivo

Premessa

Avvieremo il nostro intervento conducendo alcune considerazioni anche a partire dai termini utilizzati nel titolo, come premessa indispensabile per stabilire i limiti/confini delle riflessioni offerte.

La relazione musicoterapica attiva ed è attivata, da azioni che scaturiscono da una metodologia e dalle tecniche utilizzate, la cui comprensione è resa possibile dal riferimento ad uno sfondo teorico.

Nel nostro caso si tratta di una metodologia di tipo improvvisativo che si articola in diverse fasi in cui vengono utilizzate delle tecniche di tipo supportivo e di tipo espressivo. Lo sfondo teorico a cui si fa riferimento è quello dell'armonizzazione dell'handicap.

Il titolo pone l'accento sul soggetto di relazione, ovvero le persone che incontriamo sonoramente/musicalmente/affettivamente a partire da quelle modalità - sensoriali, motorie, cognitive, affettive, sociali - attraverso le quali queste persone attestano la propria esistenza connotata da

una dimensione di ritardo mentale.
Occorre allora dire del ritardo mentale che noi consideriamo come una alterazione per cause organiche di un'intelligenza in via di formazione e sviluppo; pensiamo quindi ad una condizione che scaturisce da un complesso quadro clinico di pluriminorazione, in cui coesistono deficit sensoriali, motori oltre al ritardo mentale.
Per quanto riguarda le "tipologie di comportamento sonoro/musicale" quest'ultime saranno il tema specifico delle nostre successive riflessioni ed a loro sarà quindi dedicato uno spazio specifico anche se riteniamo sin d'ora precisare che ogni comportamento è osservato e compreso in termini di parametri sonori quali l'intensità, la velocità, la durata, la qualità timbrica ecc, ed in termini di tensione/distensione.
Nell'avviare il nostro discorso riteniamo fondamentale condurre una riflessione circa le implicazioni epistemologiche che l'affrontare tale tema porta con sé, sia per quanto riguarda la natura dell'oggetto della nostra ricerca, sia per quanto riguarda il metodo adottato per condurre la ricerca stessa.

Implicazioni epistemologiche

Siamo consapevoli che ogni processo di stilizzazione comporta un'alterazione dei dati originari; generalmente un titolo "condensa" dei dati, tuttavia una stilizzazione può conservare un sapore di "verità" se riesce a portare con sé alcuni caratteri tipici della realtà storica della relazione, e se riesce ad intuirli in maniera nuova.
Allora il nostro modo di indagare e indicare delle "tipologie di comportamento", cercherà di portare con sé la propria storia, di essere compreso all'interno degli incontri sonoro/musicali, in cui i comportamenti individuali iniziali, investiti man

Ogni processo di stilizzazione comporta un'alterazione dei dati originari

mano di un contenuto sonoro/affettivo comune, fanno nascere dei comportamenti sonori espressivi e comunicativi, condivisi, che portano poi alla nascita di forme musicali peculiari.
Da tale prospettiva i comportamenti, nel loro insieme, potranno essere allora essere intesi "come se" si trattasse di una tipologia.
In tale accezione quindi, il termine "tipologia" denota il tentativo di descrivere il comportamento osservato inserendolo in categorie ma al contempo è anche consapevole del limite che tale operazione di natura descrittiva comporta; limite che scaturisce dalla natura viva e dinamica del processo musicoterapico.
Muoversi nella ricerca di "comportamenti" e del loro utilizzo per definire delle categorie porta con se inevitabilmente ulteriori considerazioni sul "senso" di tale lavoro.
Anzitutto crediamo che la ricerca non debba avere come fine l'elaborazione di una griglia predittiva al cui interno collocare "tutti" i comportamenti sonoro musicali descrivibili; in tale direzione si potrebbe immaginare che qualsiasi comportamento anomalo rispetto ai comportamenti individuati sia una anomalia del caso e quindi di scarsa rilevanza; inoltre, un tale approccio di ricerca potrebbe eludere la relazione sonora dei protagonisti, musicoterapisti e pazienti.
Se ogni scoperta scientifica nasce dalla presa di coscienza di un'anomalia (Kuhn 1970) si rende evidente la mancanza di una qualsivoglia utilità per il lavoro musicoterapico inteso come operatività e ricerca.
Pertanto, se il mondo scientifico ha bisogno di dimostrazioni, numeri, video e quant'altro che documenti e convalidi la nostra professionalità allora forse è utile che la riflessione musicoterapica si spinga anche oltre.

A volte nel nostro lavoro, nei momenti più difficili, auspichiamo certezze, teorie, strategie; griglie osservative salvifiche per "uscir fuori" da un momento problematico, forse confondendo termini come modello/metodologia, processo/strategia. È quindi necessario distinguere quella cornice di riferimento professionale, quel fondamentale sfondo teorico formativo (da cui può scaturire la descrizione di un'operatività, la narrazione di una metodologia, l'enumerazione delle tecniche, la descrizione di comportamenti tipo osservati), dalla dimensione del "processo" musicoterapico, in cui tutte le dimensioni sopracitate sono vive, varie, si animano profondamente, e si trasformano nei casi che seguiamo, nelle relazioni sonore che viviamo, nei dubbi operativi/etici in cui ci imbattiamo quotidianamente, nelle soluzioni che funzionano non solo per i pazienti ma anche per noi.

I musicoterapisti che si occupano di quella particolare dimensione preventiva/riabilitativa/terapeutica di incontro tra suono ed essere umano, che si occupano professionalmente di costruire degli incontri sonori felici ed evolutivi, interni ad una relazione musicoterapica, oltre che "fare" devono professionalmente anche "imparare a porsi/porre domande", imparare "a descrivere", "a tradurre" il proprio operato per un progetto comune.

Allora, se un processo musicoterapico non può essere misurato, quantificato, grigliato, osservato oggettivamente al microscopio, reso certezza predittiva per ogni nuova storia che incontriamo e che ci incontra, possiamo solo fare delle generalizzazioni di applicazioni del modello su base di esemplificazioni, e considerarle come indizi a sostegno della teoria, ipotesi utili a soluzioni di problemi.

Proseguiamo nelle implicazioni epistemologiche.

L'osservazione

Se intendiamo i comportamenti sonoro/musicali delle persone come funzionali ad un metodo oggettivo per lo studio dei casi in cui ci imbattiamo, pensiamo che tale metodologia appartenga alla dimensione dell'osservazione diretta non partecipe.

Se viceversa utilizziamo nel nostro lavoro l'approccio dell'osservazione diretta partecipe ci ritroviamo coinvolti a calibrare i comportamenti dei pazienti con quelli nostri, la cui comprensione diventa circolare e non valutabile separatamente. È solo una questione di diverso ambito metodologico d'osservazione, basta sceglierlo e riconoscerlo. Tale "questione" ci porta quindi a sottolineare che la "dimensione osservativa" è un aspetto centrale.

L'Osservazione diretta partecipata è l'azione che consente la rilevazione di tali comportamenti, e permette di creare nuove tensioni di conoscenza tra musicoterapista e paziente. Ciò è possibile in un'osservazione che non mira ad indicare una direzione, una rilevazione di comportamenti per organizzarli, categorizzarli ma che diventa un'attitudine conoscitiva per scoprire del nuovo da interiorizzare, apprendere. Se nella relazione musicoterapica bastasse vedere per cogliere i comportamenti sonori espressivi/comunicativi dei nostri pazienti non ci sarebbe bisogno di elaborare, ci sarebbe già tutto in una corrispondenza tra oggetto dell'osservazione e conoscenza. Ma se osserviamo partecipi che un particolare comportamento sonoro (come atto/gesto/movimento sonoro) si trasforma nel tempo in un'espressione sonora che veicola dei contenuti condivisi; se un'esplorazione sonora individuale si trasforma in "curiosità" condivisa da un linguaggio comune che esplora nuovi oggetti sonori (esterni ed interni); se compare un progetto comune di comprensione sonora frutto di un apprendimento collocabile a diversi livelli (dal più massivo al più elaborativo), siamo vicini ad aver osservato e partecipato al passaggio da un comportamento ad un comportamento/condotta nel senso dato da Delalande (1993), come una coordinazione armonica di un fascio di comportamenti caratterizzati

da un'organizzazione e da un fine perseguito.
Siamo consapevoli che in casi di grave ritardo mentale può apparire ambizioso ipotizzare delle condotte ma, la consapevolezza è solo mentale/simbolica?
La consapevolezza come risposta sonora adeguata che una persona ha rispetto ad un contesto sonoro di gruppo si può collocare a diversi livelli (dal più percettivo corporeo al più simbolico), e può variare nel corso della storia della relazione sonora, così come nel corso di una seduta.
Attraverso questo tipo di osservazione conosciamo come i vissuti si rendano disponibili attraverso l'esperienza sensoriale corporea e abbiano una traduzione, per esempio, in termini di stati tensivi o distensivi della muscolatura, così come la loro forma sonora non può essere disgiunta dalle qualità sinestesiche connesse agli stessi vissuti che appaiono modellati dalle corporeità.
Questo ci appare come un nodo centrale dell'intervento musicoterapico anche in casi di grave ritardo mentale; pensiamo che si possa, a diversi livelli, promuovere un'integrazione spaziale, temporale e sociale attivando rimandi, connessioni, continuità, fluidità, armonia a livello del sentire/toccare/vedere/agire, attivando e costruendo insieme strategie armoniche di apprendimento di tipo massivo; od a livello dell'ascoltare/esplorare/guardare/eseguire, attivando e costruendo insieme strategie di apprendimento di tipo più denotativo.
Consideriamo proprio questo un nodo progettuale importante nell'intraprendere un viaggio musicoterapico insieme (musicoterapista/paziente/contesto): è pur sempre possibile ipotizzare dei percorsi di apprendimento adeguati alla propria struttura dell'handicap. Pertanto in questa visione, è necessario conoscere prima la struttura per poter ipotizzare un possibile cambiamento nel mettere in rete, per esempio, l'assetto percettivo, dato che nei casi più gravi di ritardo mentale possiamo osservare una disarmonia tra sensazione e percezione.
Quindi riteniamo possibile parlare di tipologie di comportamento/condotte sonoro/musicali in *soggetti affetti da ritardo mentale*, ma non dimenticando che tali comportamenti/condotte emergono grazie ad una osservazione "soggettiva" dell'osservatore e promossi da una dimensione relazionale.

Comportamenti/Condotte

L'approccio problematizzante con cui abbiamo affrontato fino ad ora le nostre considerazioni ha contraddistinto anche la parte che si occupa della individuazione di alcune tipologie di comportamento. Le nostre riflessioni faranno riferimento principalmente ad esperienze musicoterapiche svolte in un contesto gruppale, in quanto ci è parsa la situazione più adatta ad una funzione esemplificativa, dove la ricchezza degli accadimenti rende più facile l'individuazione ed il riconoscimento di eventi particolari. Riferimenti ad esperienze musicoterapiche individuali saranno condotti qualora la specificità degli aspetti rilevati lo rendesse necessario.
La relazione musicoterapica si perimetra, prende forma sonora/musicale, si riempie di senso affettivo/sonoro, nel setting musicoterapico; in generale, pensiamo che tutta la cura che i musicoterapisti impiegano nella sua meticolosa costruzione spaziale, temporale e comportamentale rappresenta, nella lunga durata, quel lavoro d'integrazione esterno/interno perseguito nelle finalità di ogni progetto.
Pertanto inizialmente l'azione del musicoterapista osserva e promuove intenzionalmente dei comportamenti sonori liberi per favorire un'esplorazione degli elementi del setting, attraverso consegne strutturate (giochi di turno) o libere, in un assetto individuale, a coppie o in gruppo, a secondo dei casi.
Le azioni osservate possono diventare sonore, ma hanno innanzitutto la caratteristica di essere

proprie, necessarie, vitali; è quell'individuale sguardo dello spazio; è quel comportamento globale di fronte alla fine dell'incontro, riguardo allo stare insieme; è "quel particolare modo di respirare con una data intensità, velocità, durata, qualità rigida o fluida"; è quella particolare pulsazione sonora che corrisponde ad un pattern motorio individuale, "è quello sguardo fluido a volte disgiunto dal gesto stereotipato".
Spesso, ci vuole anche del tempo perché un comportamento agito sensorialmente sia esplorato percettivamente, in altre parole, per esempio, ci vuole tempo perché un toccare lo strumento sia riconosciuto come appartenente al proprio braccio, o alla propria mano, ed in seguito si compia in armonia con uno sguardo di base relazionale.
I primi comportamenti (condotte) osservati hanno una caratteristica esplorativa e denotano un provare ad approcciare lo spazio, il tempo, l'attività secondo una propria capacità motoria, visiva, tattile, una propria attrazione sonora; e nell'esplorare la stanza, lo strumentario, la/il musicoterapista, le regole comportamentali, ci si sofferma in alcune sonorità che appartengono alla persona/gruppo.

Comportamenti/condotte di tipo esplorativo
Questi primi comportamenti potrebbero rappresentare una prima selezione di un potenziale linguaggio non verbale comune che comincia ad ampliarsi sonoramente secondo una caratteristica qualità timbrica, temporale, spaziale, secondo una prima sagoma formale ed emotiva pertinente a quella persona/gruppo.
Inizialmente questi comportamenti/(condotte) sono rappresentativi di un'unica possibilità o necessità espressiva, con un carattere di rigidità, ripetitività, stereotipia: sono poco variabili. Ma possiedono quell'unicità peculiare di ogni individuo in termini di parametri sonori, temporali, spaziali.
Queste espressioni rappresentano il primo materiale sonoro offerto dal paziente e rispetto al quale la/il musicoterapista agisce musicalmente al fine di promuovere un loro riconoscimento comunicativo, una loro condivisione collettiva, e se possibile una loro armonica messa in rete.
In tutti i casi dopo un periodo, che varia di caso in caso, compaiono e si attestano alcuni comportamenti/(condotte) che indichiamo come "segnali sonori" che si manifestano attraverso i registri sensoriali, motori e strumentali che possono cominciare ad offrire una condivisione, ad esempio, della fine di un incontro:
-uno sguardo che comincia ad attivarsi in cerca di un altro sguardo;
-un'attivazione globale corporea, od un gesto direzionale verso qualcuno;
-una espressione vocale indistinta in direzione dell'altro;
-un personale sospiro-sonoro distensivo finale che muove lo sguardo verso qualcuno;
-la comparsa di un sorriso sonoro di "piacere", che segue una particolare espressione sonora e che si direziona verso qualcuno.
Queste prime fasi esplorative del setting nel tempo, si attestano in comportamenti/condotte di tipo esplorativo nel momento in cui costituiscono, per esempio, le prime fasi di ambientamento della seduta in cui sono riesplorate quei segnali/forme espressive precedentemente conosciute e condivise.

Comportamenti/condotte di tipo imitativo
I comportamenti/condotte imitativi sono successivi a quelli esplorativi e si innescano in una dimensione adeguata e tollerata di adattamento al nuovo.
Nella pratica abbiamo osservato un passaggio dai comportamenti esplorativi individuali o in gruppo a quelli imitativi (caratterizzati da imitazioni esatte) che si possono già considerare indice di un apprendimento in termine di strategia comunicativa non verbale condivisa.
In generale il rispecchiamento sonoro attuato

inizialmente dalla/dal musicoterapista (anche per conoscere, per esempio, che modalità di tensione/distensione si manifestano a livello degli analizzatori) nasce liberamente dall'esperienza sonora precedente e in particolare nell'esperienza di gruppo può avvenire attraverso delle consegne strutturate (ad esempio nel proporre di "dirigere" a turno l'attività sonora).

I primi comportamenti/condotte sonore imitative tentano di cogliere esattamente la qualità formale delle espressioni esplorate (per esempio l'inizio, il profilo, la fine di un gesto sonoro, di un respiro, di elementi vocali o strumentali) e nel ricalcarle ne amplificano globalmente la dimensione sonora energetica, spaziale, temporale; si compie in questo modo, un'esperienza corporea di riconoscimento, di individuazione spaziale e temporale del proprio corpo attraverso il corpo dell'altro, giungendo insieme a selezionare delle piccole strutture espressive, dei pattern sonori che cominciano ad acquisire un senso affettivo e relazionale nuovo. In effetti, la comparsa di comportamenti/condotte sonoro imitative esatte può rappresentare un indice di riconoscimento sonoro ed affettivo dell'attività e delle persone che al suo interno vi si relazionano.

È la dinamica interna della relazione sonora, sia duale che di gruppo, che man mano familiarizza con questa nuova opportunità espressiva appresa, ed introduce quelle leggere variazioni temporali e formali rispetto alle azioni sonore rispecchiate esattamente, introducendo spontaneamente ed automaticamente quegli scarti che colgono sempre più una qualità affettiva interna al comportamento originario.

Pertanto possiamo osservare un possibile passaggio dalle imitazioni esatte a quelle inesatte. Ci riferiamo al passaggio in cui le imitazioni cominciano ad "andare in automatico", e nel caso del gruppo, in risonanza ad uno stato affettivo di base del gruppo stesso.

I comportamenti/condotte riconosciuti comuni, attraverso l'imitazione, possono essere osservati come gesti sonori che si manifestano attraverso tre tipi di codici, quello sensoriale, motorio, strumentale; ad esempio:

- un gesto sonoro riconosciuto come inizio:

a) codice sensoriale: intesa sul respiro, sugli sguardi;
b) codice motorio: un segnale sonoro dato con le braccia, le mani;
c) codice strumentale: un pattern strumentale condiviso come inizio;

- un gesto sonoro riconosciuto come conclusione:

a) codice sensoriale: intesa di sguardi, ascolto dell'altro;
b) codice motorio: la pronuncia di un'espressione vocale conclusiva, un sospiro sonoro, il battere le mani, un rallentare gradatamente le tensioni sonore e corporee fino al silenzio, ovvero rallentare la velocità e diminuire l'intensità sonora;
c) codice strumentale: poggiare gli strumenti su dei ripiani, allontanare da sé gli strumenti;

Tutti i gesti sonori osservabili in questo orizzonte di tipologia posseggono delle qualità sonore riconosciute dalle convenzioni che si stabiliscono in ogni relazione; pertanto ogni gesto sonoro può essere riconosciuto come:

- indicatore di variazioni della dinamica: (del piano, del forte);
- indicatore di variazioni della velocità: (lento o veloce);
- indicatore relazionale/affettivo di un membro del gruppo o della diade.

Infine i comportamenti/condotte sonore di esplorazione e di imitazione possono essere in seguito combinati, variati, se ne possono inventare dei nuovi introducendo la comparsa di comportamenti/condotte di tipo improvvisativo.

Comportamenti/condotte di tipo improvvisativo

L'intero vocabolario di comportamenti/condotte sonori possibili e condivisi nel tempo, è messo

creativamente in gioco quando si articolano fluidamente in una forma musicale (libera o strutturata), nata più che da alternanze degli interventi, da una loro simultaneità, da un incontro più profondo interno al gruppo, che si traduce in una azione sonora contraddistinta dalla trasformazione e dall'invenzione.
In altre parole, i soggetti in relazione si incontrano su una forma musicale che può condensare gesti/affetti/emozioni comuni.
I comportamenti/condotte improvvisative si caratterizzano per lo sciogliersi di quei comportamenti sonori individuali precedentemente esplorati ed imitati, spesso ripetitivi e poco adattivi.
Pensiamo che, in un incontro caratterizzato da tali comportamenti/condotte, non sia attiva solo la coscienza; in un incontro musicoterapico di tipo improvvisativo funziona un livello più profondo, con un investimento relazionale (dal più sensoriale al più simbolico) dell'oggetto musicale in rapporto ad un vissuto affettivo.
In generale è possibile osservare che il comportamento improvvisativo, di gruppo e non, scaturisce da un apprendimento possibile per tutti. Infatti ogni persona, nel tempo, può riconoscere e far conoscere le proprie strategie espressive ed ampliarle in senso comunicativo, costruendo attraverso il gruppo una condivisione adeguata alle proprie possibilità, capacità. Basta conoscere a quale livello di apprendimento tipico si colloca la struttura dell'handicap di ogni persona.

Alcune valutazioni

In questo atteggiamento teso a conoscere i soggetti, occorre tenere conto delle implicazioni che una sbagliata valutazione delle caratteristiche specifiche dei soggetti possa iperstimolare le persone attraverso l'attività di musicoterapia, poiché crediamo che il processo musicoterapico comporti un'inevitabile fatica.
Pensiamo che la fatica non sia di per sé buona o cattiva. Ma, chi ha una bassa soglia di tollerabilità delle frustrazioni, chi ha una bassa soglia di comprensione delle richieste, può attivare delle tensioni a breve termine (dalle più sensoriali alle più mentali).
Se è auspicabile che noi siamo in grado di riconoscere il livello di affaticamento per il troppo lavoro, per una persona con ritardo mentale e tensioni fisiologiche di base, lo stress può attivarsi in tempi molto brevi, e non è un prerequisito la possibilità/capacità di un suo riconoscimento e di una sua comunicazione.
Allora, per esempio, la durata cronologica di un incontro musicoterapico dovrebbe sintonizzarsi con la durata di una sua tolleranza interna. Detto in altro modo, i tempi esterni ed i tempi interni sono oggetto di riflessione in un percorso con finalità integrative.
Pertanto la costruzione possibile e condivisa di comportamenti sonoro/musicali che indicano, per esempio, l'inizio o la fine di un incontro sonoro può far conoscere, riconoscere e comprendere meglio questa dimensione.
Se capita, per esempio, che una produzione sonora non tenda a concludersi, il continuare non sempre indica un bisogno espressivo, a volte denota una mancanza o di limiti temporali o di una cognizione temporale adeguata al contesto. Lo stesso si potrebbe pensare per un'urgenza conclusiva individuale rispetto al tempo del gruppo. Pertanto la comparsa di comportamenti che comunicano e sono riconosciuti per una possibile fine (un sorriso/sguardo relazionale, un battere le mani sonoramente, un'intonazione vocale conclusiva; un'azione sonora complessa come il diminuire l'intensità, la velocità, poggiare il battente sullo strumento ed alzare lo sguardo verso il gruppo, sorridere, sospirare) rappresentano un aumento in termini di cognizione, ascolto, tolleranza temporale interna.
Siamo sempre più convinti che si tratti di un percorso di attribuzione di senso più che di effetto sortito. Non è l'applauso che sortisce in sé una

fine sonora significativa, ma è il senso di una possibile conclusione/separazione felice che incontra quell'applauso. Quando compare spontaneamente il gruppo ha appreso ed interiorizzato qualcosa di nuovo ed ha trovato un'espressione sonora per comunicarlo.
In questa direzione, i possibili giochi esplorativi od imitativi che introducono comportamenti di alternanza, di turno, se sono propedeutici ad innescare un meccanismo sonoro di domanda/risposta, offrono anche la possibilità di "non agire sempre", di "non pensare sempre" in chi ha pochi pensieri, sempre quelli. Inoltre, possono permettere di "fare spazio", di "allargare il tempo" a disposizione per immettere del nuovo.

I parametri sonori

Pensiamo che il lavoro di integrazione spaziale, temporale, sociale, attraverso il parametro sonoro, costruisca delle convenzioni, un codice comune espresso dai soggetti interessati sonoramente e musicalmente attraverso dei comportamenti/condotte. Queste si articolano in ogni incontro in forme musicali condivise che segnano nel tempo la storia di ogni relazione, ed al contempo la evolvono. Questi comportamenti/condotte scaturiscono inizialmente da un lento assestamento del rapporto tra tempi/spazi individuali in relazione alla/al musicoterapista e costruiscono nel tempo i comportamenti/condotte sonoro/musicali.
Le forme espressive - Segnali sonori, Segni sonori e Forme sonoro/musicali - attraverso cui si realizzano i comportamenti/condotte individuate, sono costituite dalla sostanza sonora che "modella" la propria natura in consonanza con le funzionalità espressive richieste.
La sostanza sonora è quindi parte del processo espressivo/comunicativo e quindi estremamente variabile, legata soprattutto alla peculiarità delle relazioni in atto, ciononostante è possibile individuare alcuni aspetti attraverso i quali intuire il modo con cui la sostanza sonora "esprime" il

AA.VV.
L'osservazione, Quaderni di psicoterapia Infantile n.4, Borla, Roma, 1981.

Barbagallo A.M.
L'improvvisazione sull'armonizzazione dell'handicap: un'esperienza, in *Quaderni di musica applicata*, Numero 21, Edizioni PCC, Assisi, 2000.

Barbagallo A.M., Giorgioni L., Mattazzi L., Moroni M., Mutalipassi S., Pozzi L.
Il perimetro sonoro, in *Musica et Terapia*, Edizioni Cosmopolis, Numero 3, 2001.

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

Bonanomi C.
Esperienze di musicoterapia: nascita e sviluppo di una comunicazione sonora con soggetti portatori di handicap; in Manarolo G., Borghesi M., (a cura di), *Musica et Terapia*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.

Borghesi M.
L'improvvisazione nella pratica musicoterapica; in Manarolo G., Borghesi M., (a cura di), *Musica et Terapia*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.

Borghesi M., Ricciotti A.
Il setting in musicoterapia; in *Musica et Terapia*, Edizioni Cosmopolis, Numero 4, 2001.

comportamento/condotta.
Ogni evento sonoro non è la semplice somma dei suoi parametri, per esempio il timbro, il ritmo, l'intonazione. Tuttavia per ragioni descrittive potremmo infine evidenziare su di essi alcune peculiarità rilevate nel nostro lavoro, sottolineando sempre che tali parametri sono utilizzati non come parametri musicali in sé ma come strumenti d'integrazione.
A proposito del ritmo, si potrebbero evidenziare le sue traduzioni corporee (ritmo corporeo), conducendo ulteriori indagini sulle qualità tensive o distensive della pulsazione, della sagoma. A proposito dell'intonazione sottolineiamo come il percorso intervallare psicomotorio e posturale (salire/scendere; allargare/ stringere) può condurre ad acquisizioni di alcune opposizioni fondamentali: alto/basso; largo/ stretto; davanti/dietro; l'intonazione è anche in rapporto con alcune sinestesie: lineare/curvo; analogamente l'intensità sonora e la dinamica (crescendo/diminuendo; forte/piano), conducono a percorsi simili e generalmente sono percepite come variazioni del timbro; è fondamentale sottolineare come in casi di ritardo mentale, l'acquisizione di questi contrasti, di queste strutture cognitive sia un obiettivo di non immediata realizzazione, non è un prerequisito, quindi l'osservazione può far nascere degli obiettivi impensati prima. A proposito del timbro, questo è generalmente percepito massivamente, tuttavia le sue componenti -esplosiva, risonante, vibrante, liquida, sibilante- sono utili nel lavoro musicoterapico per le implicazioni corporee di riconoscimento e connessione, e costituiscono all'interno della seduta quel paesaggio sonoro/ emotivo in cui ci si incontra.

Brutti C. e R.
Uso e abuso dell'osservazione, *Quaderni di psicoterapia Infantile* n.33, Borla, Roma, 1996.

Delalande F.
Le condotte musicali, C..L.U.E.B., BOLOGNA, 1993.

Gaita D.
Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio, Bompiani, Milano, 1997.

Kuhn T.S.
La struttura delle rivoluzioni scientifiche, Einaudi, Torino, 1970.

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

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

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

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

La musicoterapia per bambini con difficoltà emotive

Catherine Sandra Lutz Hochreutener, musicoterapista SFMT, psicoterapista SPV, coordinatrice, docente, supervisore al corso di formazione musicoterapica (bam) a Zurigo

Musictherapy originaly employed in antroposophic institutions is used today in many sectors therapeutic education .
Listening to the music, creating it "the man" is coming out and is meeting himself. Sofference otherwise not declared and concealed can be touched perceived and expressed.
In this paper we are observing the work with problematic children.

La musicoterapia clinica (di seguito MT) è un metodo di cura ad orientamento psicodinamico, oggi molto utilizzato nei diversi settori della psichiatria, della medicina e della educazione curativa*. È proprio in quest'ultima branca che vanta una lunga tradizione: originariamente utilizzata prevalentemente nelle istituzioni antroposofiche, viene oggi introdotta nei molteplici settori dell'educazione curativa, a seconda delle indicazioni.
In questo articolo viene dato uno sguardo al lavoro con i bambini che, a causa di difficoltà emotive, vengono affidati alla musicoterapia.

Che cos'è la musicoterapia?
È difficile esprimere a parole molto di ciò che si svolge nella vita interiore dell'uomo, e soprattutto quando si tratta di sentimenti spiacevoli oppure tabù come la rabbia, la paura, la vulnerabilità oppure la tristezza.
Con la musica è diverso; riesce ad esprimere, in modo diretto e immediato, i sentimenti più profondi. Fin dall'antichità la MT trae vantaggio da questo potenziale.
Nell'ascolto di suoni, ritmi e melodie risuonanti dal silenzio, al contatto di ciò che suscitano nel suono attivo, l'uomo emerge e incontra sé stesso. Sofferenze inespresse e nascoste possono essere toccate e avvertite, questo anche quando la loro verbalizzazione non è (ancora) possibile. Ne nasce uno spazio simbolico nel quale forze di autoguarigione inattive vengono fatte emergere e possono

La musica riesce ad esprimere, in modo diretto e immediato, i sentimenti più profondi

essere rese fruttuose nel rapporto terapeutico.
Il concetto di musica, in questo contesto, viene abbracciato in modo ampio: non vengono compresi soltanto determinati pezzi o stili musicali ma anche, a livello elementare, tutto ciò che risuona, sia che si tratti di suono, ritmo, melodia, rumore oppure anche silenzio.
Alla base di qualsiasi attività musicoterapica si trova la libera improvvisazione, cioè la musica creata sul momento. Non si imparano le note, e neppure si tratta dell'apprendimento di abilità strumentali. Il prodotto musicale finale, o meglio la sua qualità estetica, non sta in primo piano. Qui si espleta anche la distinzione fondamentale dall'educazione musicale: non c'è il giusto e lo sbagliato, il bello o il brutto nel senso obbiettivo. La relazione ludica con gli elementi musicali e il simbolismo di quest'espressione individuale sono al centro dell'attenzione.
Si distingue tra MT ricettiva e MT attiva:
-MT ricettiva: il paziente ascolta la musica suonata dal terapeuta, oppure vengono utilizzati brani musicali registrati.
Se possibile l'esperienza viene elaborata successivamente nel dialogo verbale.
- MT attiva: qui è il paziente stesso ad esprimersi, suona gli strumenti, canta, si muove seguendo la musica.
In Svizzera si lavora prevalentemente con la Musicoterapia attiva con l'introduzione, secondo la situazione, di elementi ricettivi.

Alla base di qualsiasi attività musicoterapica si trova la libera improvvisazione, cioè la musica creata sul momento

Indicazioni
La MT si serve di un mezzo non verbale e perciò può essere applicata alle persone più diverse, indipendentemente dalle loro capacità, il loro stato sociale o la loro età, indipendentemente anche da origini etniche e culturali; una realtà che oggi, alla luce delle migrazioni mondiali, gioca un ruolo importante. A questo proposito emergono indicazioni rilevanti per la rieducazione terapeutica: la MT è indicata per le persone che, per qualsiasi ragione o a causa di un blocco, non possono parlare oppure non possono percepire i propri sentimenti e/o li esprimono con fatica, come le persone con disturbi precoci. In quest'ultimo caso sarebbe emerso quanto segue: suoni e ritmi circondano già l'embrione. Le prime sensazioni sensoriali della nuova vita sono legate alla percezione del battito cardiaco materno, del ritmo respiratorio, della voce materna, dei rumori dell'apparato digerente, come pure alle sensazioni corporee dell'essere portati e cullati. Tutto questo insieme comunica, al non nato, in una specie di sensazione globale psicosomatica, le prime impressioni di una esperienza del mondo, e questo già molto prima che le parole possano rendere queste impressioni.
Nell'ampio dialogo pre-verbale tra madre e bambino, nella gravidanza e nei primi giorni della nascita, i parametri "musicali" della lingua (suono della voce, ritmo, melodia, tempo e intensità) giocano un ruolo ancor più fondamentale del contenuto. Il messaggio viene comunicato "in modo atmosferico".
Suoni, ritmi e melodie sono perciò anche adatti a rianimare tali primitive tracce di ricordo e quindi ad elaborare ferite di quel tempo.

Metodica della MT con i bambini con difficoltà emotive
Ogni uomo, ogni bambino porta in sé qualcosa di esclusivamente proprio; è per questo che ciascun processo terapeutico procede in modo individuale; ha il proprio ritmo, la propria dinamica, il proprio tempo. Allo stesso modo ogni bambino, a

seconda della situazione, ha bisogno della propria musica particolare, non sono io in qualità di terapeuta a determinare ciò che sarebbe o meno giusto in un dato momento.
Al contrario il mio punto di partenza è quello dell'attenzione sospesa, della mia presenza interiore: ho cioè nella mente il bambino con la sua storia, il suo ambiente, il decorso terapeutico fin qui, però, nella situazione terapeutica cerco ogni volta di procedere in modo nuovo, di essere aperta a ciò che può/vuole emergere dal momento presente.
Molteplici sono le possibilità con le quali si può giungere alla tematica del bambino. Per la sua efficacia è comunque decisiva la relazione che si instaura tra bambino e terapeuta. Io, come terapeuta, sono il "tu", la persona di fronte che accompagna il bambino nel suo processo, gli porge un appiglio al quale aggrapparsi – che per lui è un ponte verso i principi della realtà del quotidiano e dell'ambiente. Ma affinché io possa realmente essere il "tu", c'è bisogno di un riferimento interiore verso il bambino, qualcosa deve poter oscillare tra di noi.
E per dirlo con le parole di Loos: "Se non c'è amore la terapia resta un lavoro segmentato di influenza." (Loos 1986, pag. 41)
Altri importanti fattori sono dati dalla mia disponibilità e competenza di terapeuta a riflettere sul transfert e controtransfert rimettendo continuamente in discussione il mio operare terapeutico.
Di seguito vengono mostrati i metodi comunemente più utilizzati:

Improvvisazioni
La libera improvvisazione, senza compiti specifici, può produrre un gioco senza scopo e uno spazio sperimentale che vengono a costituire uno scioglimento dell'intero sistema ed ampliano il raggio della capacità di fare. Può comunque far emergere anche temi profondi oppure creare un'atmosfera di sicurezza che tocca profondamente.
L'improvvisazione a tema mirato emerge soprattutto con i bambini più grandi che riescono già a tradurre un tema sul piano simbolico musicale, senza narrazione o gioco di ruolo. A questo proposito possiamo improvvisare insieme, ad esempio, su "Mi costruisco una casa" oppure "I suoni che mi fanno bene", "Gli spiriti che vogliono entrare nella mia casa".
Nelle improvvisazioni con regole di gioco stabilite insieme (es. "Tu guidi ed io seguo", "forte - piano", "tu giochi - io ascolto") possono essere ripresi i temi simbolici del bambino per un consolidamento con nuovi sviluppi.

Il gioco musicoterapico delle parti
I bambini più piccoli, spesso, elaborano i loro temi nei giochi di ruolo. Vanno spontaneamente verso gli strumenti, questi subiscono metamorfosi in persone, animali, qualità: il grande timpano si trasforma in ladro, il piccolo sonaglio in topo, con il suono della palla magica viene scacciata la strega. Mettono in scena e dirigono il tutto di propria iniziativa, premesso che riescano già a simbolizzare. Se la situazione è diversa il bambino necessita di impulsi da parte della terapeuta, di un aiuto per accedere, tramite l'imitazione, allo spazio simbolico.
Chiaramente, con i bambini più grandi, sono dei temi circoscritti ad avere più peso, hanno bisogno di spiegazioni verbali, il gioco dei ruoli deve essere trasparente per poter far riferimento ad una situazione concreta, come per esempio una difficile telefonata al genitore divorziato: inizialmente a livello simbolico con il tamburo, poi, in una seconda fase, con le parole.
Parallelamente alla musica improvvisata l'atmosfera del gioco delle parti diviene molto densa, è tramite questa che il bambino può identificarsi con i singoli ruoli.
Situazioni sovraccariche ed apparentemente senza via d'uscita riescono spesso ad essere sdrammatizzate con una nuova qualità del suono, oppure sono avviate ad una nuova soluzione.

Esperienza sonora immaginaria
Si tratta del legame fra immaginazione (immagini interiori, storie) ed esperienze sonore immaginative. Nell'ascolto musicale, ma anche quando si suona da soli, spesso emergono delle immagini concernenti lo stato psichico. I temi possono essere elaborati in modo simile a ciò che accade per il sogno; spesso, tramite i simboli emergenti, si aprono pure nuove prospettive.
Ci sono tre possibilità elaborative:

1. Immaginare sui suoni creati dalla terapeuta o dal gruppo.
2. Immaginare mentre si suona da sé.
3. Immaginare in silenzio per poi trasformare l'immaginario in suono.

Accanto all'elaborazione, attraverso il raccontare e l'annotare, l'immagine interiore può essere ritrasformata in musica e talvolta anche essere pitturata.
In questo contesto devono essere menzionate le possibilità che possono aprirsi alla terapeuta rispetto alle immagini interiori che emergono nel controtransfert in musica, del bambino. Lei può dunque trovare un accesso a tematiche che sarebbero rimaste escluse durante la pura osservazione nell'atteggiamento analitico.

Coinvolgimento del corpo
I bambini si esprimono spesso e volentieri con il corpo. Il movimento è per loro un bisogno indispensabile. L'espressione musicale vi è strettamente correlata, o attraverso la forma dell'espressione motoria oppure evocando reazioni corporee. È per questo che anche nella MT è importante prestare attenzione al linguaggio del corpo, considerando i suoi segnali con molto rispetto e cautela. Ci sono bambini che si avvinghiano volentieri, oppure vogliono cavalcare sulla mia schiena, lottare con me, ballare al suono della musica. Talvolta lavoro in modo molto specifico con il "contatto fisico", per esempio massaggiando i piedi, percuotendo la schiena; con bambini più grandi anche con esercizi di rilassamento e di percezione corporea. Lo scopo è sentire il proprio corpo e sentirsi "a casa" con esso.
È molto importante anche la voce, il mezzo sonoro del proprio corpo. Fare esperimenti con essa, scoprirne le diverse nuances, dal bisbigliare al cantare e gridare, produce un rafforzamento dell'io e della propria identità.

L'introduzione dei canti
Nella terapia talvolta anche canti conosciuti possono creare sicurezza e fiducia con la ripetizione della stessa melodia, questo anche con testi che abbiano un profondo significato simbolico e che sostengano un importante processo di sviluppo. Quindi per un bambino tranquillo il "canto dei briganti" può andare bene, mentre per un bambino pauroso facciamo insieme un "canto di coraggio". Anche le ninnananne hanno un grande significato, per esempio "Bajuschkj" nella quale si esprime la sicurezza primaria che rimane nel bambino anche quando compie i primi passi autonomi nella vita di adulto.

La musicoterapia con Ronnie
In conclusione narriamo alcune sequenze di una seduta di MT, che chiariranno quanto sopra. A questo punto i simboli non devono essere interpretati bensì essere pronunciati per se stessi nella loro incomunicabilità.
Si tratta di un estratto dalla storia terapeutica di Ronnie, un ragazzetto di 10 anni, che aveva sviluppato sintomi autoaggressivi sulo sfondo di una deprivazione nella prima infanzia.
«Ronnie fischia a lungo e persistentemente con un flauto dolce. In me nasce l'immagine di un giovane uccellino che sta nel suo nido e cerca disperatamente la sua mamma.
Seguendo un impulso interiore comincio a dipingere un albero sul cui ramo si trova un nido d'uccelli. Qui Ronnie si avvicina, guarda e dice spontaneamente all'uccellino di chiamare la sua mamma. Deve portare il cibo. Lo faccio continuare a dipin-

gere l'immagine. Si vede l'uccellino mamma, i fiori, le farfalle, il sole, un'immagine idilliaca ma un po' immobile. Fa una pausa, dipinge ancora un altro uccello nero, questo sta minacciando il piccolo uccellino, vuole spingerlo fuori dal nido. Per fortuna a questo punto arriva l'uccellino mamma. Nel gioco di ruolo musicale questa storia viene ripresa nelle diverse varianti: con i sognagli, la tromba e il tamburo si dà la caccia e si cattura l'uccello nero, che poi viene chiuso nel pianoforte. In questo lasso di tempo Ronnie si lamenta spesso per il mal di stomaco. Gli costruiamo un nido di coperte ed io, improvvisando sul momento, suono per lui delle melodie sugli strumenti, suoni che egli desidera.
Talvolta devo tenergli anche i piedi, sono così freddi. Intanto canto piano per lui un canto sul piede, adatto alla situazione.
Accanto ai lavori incentrati sul conflitto nascono sempre nuove libere improvvisazioni, nelle quali non facciamo altro che giocare insieme, i tempi della elaborazione, ma anche della preparazione sui nuovi contenuti emersi.
Alcune settimane dopo emerge la seguente immagine: Ronnie suona il flauto di Pan, io devo dipingere qualcosa. Interiormente vedo un bambino avvolto in una coperta di lana rossa, vicino ad uno stagno, seduto e appoggiato ad un albero. Ronnie vorrebbe continuare a dipingere l'immagine, io devo suonare qualcosa, lo faccio sul monocordo e sul Koto, due bei strumenti a corda con un suono pastoso. Dopo aver dipinto racconta: "Un angelo arriva e chiede dove sia rimasto il bambino, non conosceva la strada per tornare a casa da solo. Probabilmente prima aveva perso l'angelo e ora lo ha ritrovato"».

(Traduzione di: Giacomo Fani e Wolfgang Fasser)

* La dizione "educazione curativa", inusuale per la Musicoterapia italiana, potrebbe rimandare alle applicazioni in ambito preventivo.

■ **Hegi F.**
Improvisation und Musiktherapie, Junfermann, 1986.

■ **Hegi F.**
Übergänge zwischen Sprache und Musik, Junfermann, 1988.

■ **Haffa U., von Moreau D., Wölfl A.**
Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen, Vandenhöck & Ruprecht, 1999.

■ **Loos G.**
Spiel – Räume, Gustav Fischer, 1986.

■ **Mahns, B.**
Musiktherapie bei verhaltensauffälligen Kindern, Gustav Fischer, 1997.

■ **Renz, M.**
Zwischen Urangst und Unvertrauen, Junfermann, 1996.

■ **Musica umana esperienza**
Maurizio Spaccazocchi, Edizioni Quattro Venti, Urbino, 2000

L'interessante testo di Spaccazocchi conduce il lettore lungo un percorso che propone una visione globale e di base dell'esperienza "...umana in musica...". Partendo dall'osservazione delle diverse "musicalità umane", legate all'utilizzo del canale espressivo vocale in tutte le sue proprietà e sfumature sonoro/musicali, l'autore esplora gli aspetti legati all'ascolto e alle valenze sensoriali, simboliche ed affettive di tale pratica talvolta poco considerata nella vita quotidiana di ognuno di noi, per arrivare alla dimensione produttiva legata all'esigenza umana del fare musica, dell'agire prolungando, amplificando, estendendo le naturali potenzialità espressive sonoro/musicali con l'impiego di mediatori come gli strumenti musicali. Il percorso introduttivo al libro prosegue con interessanti riflessioni relative alle relazioni possibili ed individuabili tra suono e segno grafico negli aspetti della notazione che va dalla rappresentazione iconica (basata sulla correlazione di codici comuni condivisibili) a quella arbitraria. L'autore conclude la parte introduttiva al testo con una serie di considerazioni relative agli aspetti culturali dell'esperienza musicale contestualizzandoli sul piano cognitivo, simbolico-rappresentativo ed interpretativo. Con questa impostazione antropocentrica si sviluppa il volume che indubbiamente costituisce uno stimolante campo di riflessione per che si occupa dell'attivazione e promozione di progetti mirati allo sviluppo della persona all'interno di vari contesti operativi: animazione, educazione, prevenzione, riabilitazione e terapia.

Ferruccio Demaestri

■ **Canti d'amore e di sdegno. Funzioni e dinamiche psichiche della cultura orale**
Tullia Magrini, Franco Angeli, Milano, 1999.

Un volume di oltre 400 pagine, che parte dai materiali raccolti per mezzo di una ricerca sul campo, diviso sostanzialmente in due parti: una prima in cui vengono esposte le tesi dell'autrice ed una seconda costituita da una raccolta di testi poetici provenienti dal repertorio delle canzoni della tradizione orale della Calabria settentrionale.
La elevata pertinenza di questa lettura con la musicoterapia è data dai numerosi contributi culturali che se ne possono derivare, pur non trattandosi di un testo che affronti direttamente la disciplina. Gli strumenti interpretativi che vengono proposti per gli oggetti provenienti dalla cultura orale, per la canzone, per le sue possibili trasformazioni nell'uso gruppale, risultano estremamente fecondi in molte delle attività musicoterapiche; infatti, partendo dall'analisi del comportamento musicale, l'autrice descrive come la qualità di "oggetto memorabile" che la tradizione assegna ad un patrimonio di canti possa essere posta in relazione con le esigenze mentali del gruppo che trasmette e ricrea il repertorio attraverso nuove modalità esecutive. La reinvenzione dei materiali simbolici nella musica, il rapporto con la dimensione verbale della canzone, la gestualità, vengono studiati alla luce dei processi psichici coinvolti nell'attività culturale.
Un testo affascinante, che richiede tuttavia al lettore una preventiva alfabetizzazione in antropologia culturale, etnomusicologia e in psicologia psicodinamica; un lavoro che raccoglie e sviluppa l'eredità de martiniana e la connette con la teorizzazione bioniana sulla mente gruppale, un lavoro che possiede al tempo stesso ricchezza e complessità.

Massimo Borghesi

■ **La musica e l'ineffabile**
Vladimir Jankélévitch
Studi Bompiani, Milano, 1998. Titolo originale:
La musique et l'ineffable, (1961), A.Colin.

L'edizione qui presentata del testo di Jankélévitch (1903-1985), nella nuova traduzione di Enrica Lisciani-Petrini, avvicina ancor più al lettore italiano uno dei più acuti filosofi del nostro tempo. L'autore affronta uno degli aspetti più enigmatici dell'esperienza musicale: la sua significativa inesprimibilità, il suo charme (quel "non so chè" analogo all'incanto, al fascino) che muove fiumi di parole intorno alla musica. Smontando e ribaltando la struttura teorica della cultura classica sulla musica (musica come metafora di una realtà anteriore al mondo sensibile) egli lascia intravedere una strada "altra", nell'atteggiamento creativo, poetico ed intenzionale del "non sapere", per avvicinare la natura ambigua, contraddittoria e immediata del reale.
Jankélévitch, con una singolare scrittura ricca di straordinaria suggestione, ci parla musicalmente della musica, del suo rapporto con il linguaggio verbale, dei suoi miraggi espressivi, della sua irresistibile forza d'attrazione, del suo incanto/disincanto temporale, del suo intimo legame con il silenzio. Come un improvvisatore, egli si avvicina alla fugacità dello charme musicale per associazioni, metafore, analogie, che si articolano a raggiera intorno ad un unico progetto poetico: un elogio dell'ineffabilità musicale.
L'autore affrontando a diversi livelli il discorso musicale (etico, metafisico, filosofico, estetico, musicologico) sviluppa un provocatorio e stimolante punto di vista: la musica non significa direttamente nulla; niente è in sé musicale; chi cercherà la musica "da qualche parte", chi richiede la rivelazione dello charme a non si sa quale anatomia del discorso musicale (nella letteratura, nella storia, nell'armonia, nella melodia, ...) non la troverà, poiché è in tutte queste ed in mille altre ancora. Si può accedere ai discorsi sulla musica se conveniamo che si tratta innanzi tutto di charme e non di "una cosa-sostanza" da osservare al microscopio; di un segreto da rivelare una volta per tutte. Lo charme, per Jankélévitch, è una dimensione che non si trova né tutta nell'oggetto musica, né tutta nel soggetto (compositore, esecutore, ascoltatore) ma: trascorre dall'uno all'altro come un influsso. Non può giungere quindi che dall'incontro tra tempo interiore dell'uomo e natura esterna. Il linguaggio musicale è un linguaggio del divenire ed un linguaggio dei ricordi. Jankélévitch porta con sé il lettore in un viaggio musicale che, in centotrentuno pagine, attraversa un ricco itinerario di compositori moderni (in particolare d'area francese e russa) e delle loro opere, dall'espressionismo musicale all'impressionismo, dallo stile umoristico al minimalismo.
Per l'autore, la musica ed il silenzio che l'avvolge non sono certamente degli eventi magici o metafisici, ma sono eventi umani; se essa non ci rivela i segreti dell'al di là può comunque ricordare all'uomo il mistero che egli porta in se stesso... può rendere l'uomo per qualche istante amico di se stesso...senza parole ci parla del nostro destino.
Il testo di Jankélévitch, è un testo che fa pensare come nella nostra cultura, anche musicoterapica, il dilemma umano è di interpretare/dimostrare. Il lettore potrà trovarvi intuizioni molto vicine a quel pensiero musicoterapico che si interroga dinamicamente sul senso prodotto dall'incontro uomo-suono. Questo fecondo lavoro può, infine, contribuire a donare una luce nuova agli studi di musicoterapia in una prospettiva epistemologica.

Anna Maria Barbagallo

■ **Musica popolare e musica colta**
Paolo Scarnecchia
Jaca Book SpA, Milano, 2000

Questo agile saggio rappresenta, nell'approccio musicologico dell'autore, uno stimolante invito all'ascolto ed alla conoscenza della musica di tradizione orale di un ricco paesaggio sonoro mediterraneo, europeo ed islamico. L'indagine del vasto patrimonio sonoro attraversa i principali generi musicali, le forme, gli stili ed è inserita in un più ampio ordine di connessioni di ordine storico, sociale, culturale.
L'autore propone una significativa lettura trasversale e funzionale che indaga i diversificati movimenti culturali ed i processi di creatività sociale della musica contemporanea in uso.
Il libro si articola in sei brevi e densi capitoli ricchi di indicazioni storico-musicologiche e completati da una cospicua bibliografia oltre che di un itinerario dei principali centri di studio e ricerca internazionali: *Un mare di suoni, voci e musiche. Musiche di fondazione. Una dimensione prevalentemente melodico-vocale. Il dominio di Cronos. Organologia e Iconografia. La canzone urbana del Novecento.*
Se il lavoro a cura di T. Magrini (1993), "Antropologia della musica e culture mediterranee", resta una pietra miliare sull'argomento, questo testo rappresenta un riferimento di lettura più agevole, ed al contempo non rinuncia ad offrire innumerevoli e diversificati spunti e fonti per ulteriori ricerche.
Il titolo segna il passaggio dalla musica di tradizione orale alla musica scritta, cui la cultura assegnerà il termine "colta" a partire dal rinascimento, tempo in cui si riscontra il punto più alto tra i due sistemi, nel senso che l'uno non esclude l'altro, l'uno si integra con l'altro.
Con un linguaggio chiaro l'autore affronta peculiarità e differenze tra musica urbana, musica rurale, musica sacra, tipi di canto, stili strumentali.
Tra le parti più interessanti non si può non sottolineare quella sull'improvvisazione, poichè illustra esaurientemente i diversi sistemi, i diversi modi, le diverse funzioni nella musica tradizionale.
Un altra non ricorrente indagine che si ritrova in un manuale (se non in pubblicazioni monografiche) riguarda quella sulle musiche urbane, con riferimento alla Canzone napoletana, al Fado portoghese, al Flamenco, all'Ughniyya egiziana, all'Arabeske turca, alla Rebetika greca, al Rai algerino. Pratiche musicali delineate con una comprensione che integra dati musicali a dati storici, sociali e politici, come modo significativo di sentire la musica prima ancora che genere musicale.
Ne scaturisce un panorama musicale mediterraneo che è contraddistinto da interessanti contaminazioni e che dona al lettore un pensiero organico sull'argomento e un mare di strumenti per ascolti e ricerche paese per paese.
Questo libro rappresenta una di quelle letture musicali che sollecitano il dialogo fra la musicoterapia e la cultura musicologica.

Anna Maria Barbagallo

■ **Musicoterapia e malattia di alzheimer**
A. Raglio, G. Manarolo, D. Villani (a cura di)
Edizioni Cosmopolis, Torino, 2001

Il volume costituisce nello stesso tempo un punto di arrivo e un punto di partenza per lo studio delle possibili applicazioni del trattamento musicoterapico nel campo delle demenze senili. Lo sforzo degli autori è rivolto alla definizione di procedure metodologiche adeguate sia per il trattamento diretto di queste patologie, sia per l'individuazione di percorsi di ricerca. È interessante rilevare la rigorosità del protocollo di trattamento adottato dall' equipe di musicoterapia dell'Istituto ospedaliero di Sospiro (Cr) che, avvalendosi dell'apporto di premesse scientifiche desunte dalla metodologia benenzoniana e dal pensiero di D. Stern , giunge ad individuare precise linee guida per la presa in carico del paziente affetto da morbo di Alzheimer. Dai contributi presenti all'interno del volume emerge la necessità di pensare l'approccio terapeutico-riabilitativo a questa patologia in un'ottica di complessità rivolta all'essere umano inteso nella sua dimensione storica, unica, irripetibile e non totalmente conoscibile. In questo modo gli aspetti cognitivi del fare e del fruire il suono e la musica dialogano con gli aspetti emotivo-affettivi, relazionali e culturali-simbolici dell'esprimersi attraverso il suono e la musica. Il libro costituisce sicuramente un importante contributo alla musicoterapia nazionale sia per la sua veste monografica, sia per gli stimoli individuabili al fine di aprire percorsi di studio e ricerca relativi all'impiego delle metodiche musicoterapiche nell'approccio all'anziano.

Ferruccio Demaestri

■ **Prima della Musica**
Flora Gagliardi, Edizioni del Cerro, Tirrenia (Pi), 2001

Il testo propone al lettore il resoconto di una lunga esperienza di musicoterapia e teatro musicale condotta dall'autrice presso i centri socio-educativi della Valdera (Pisa). L'esposizione del lavoro è suddivisa in tre parti: la prima "Territori" nella quale sono descritte le caratteristiche del centro socio-educativo nei suoi aspetti strutturali e metodologici; la seconda definita "Linee" nella quale vengono chiariti i confini concettuali del lavoro di teatro musicale per l'handicap e di musicoterapia per l'handicap impiegati a sostegno dell'attività pratica svolta; la terza parte "Sistemi" nella quale sono descritte in maniera chiara le varie attività proposte e le modalità di fruizione manifestate dagli utenti. Quello che traspare dalla lettura del libro è l'estrema sensibilità e attenzione manifestate dall'autrice nel documentare il proprio lavoro, elementi che conferiscono al libro il ruolo di strumento informativo per chi si occupa della stesura di progetti d'intervento integrato nell'ambito delle terapie espressive.

Ferruccio Demaestri

■ Il servizio di Musicoterapia dell'A.I.A.S. di Bologna

Ospitiamo in questo spazio la presentazione dell'Associazione A.I.A.S. di Bologna che da diversi anni ha promosso l'attività di musicoterapia inserendo a tutt'oggi la figura del musicoterapista tra gli operatori in organico dei diversi Centri e Progetti.

L'A.I.A.S. della Provincia di Bologna, nata nel 1962, svolge assistenza sociale, socio-sanitaria, socio-educativa e riabilitativa a favore delle persone disabili e delle loro famiglie, e a tal fine gestisce, direttamente o in convenzione con Istituzioni Pubbliche, numerosi servizi di seguito elencati:

- Segretariato Sociale: è lo sportello a cui si possono rivolgere le famiglie, i volontari e gli operatori per avere una prima risposta sulle problematiche quotidiane.
- Centro Residenziale Casa di Paderno: il centro assicura assistenza residenziale a persone disabili senza famiglia o con familiari impossibilitati a prendersi cura di loro; vengono valorizzate la condivisione della vita quotidiana e degli Spazi abitativi.
- Centro socio-riabilitativo diurno per adolescenti disabili psicofisici e plurihandicappati gravi (Fandango): il centro è un luogo dove adolescenti con handicap gravi acquisiscono e sviluppano capacità espressive e relazionali utilizzando diversi linguaggi di comunicazione.
- Centro socio-riabilitativo diurno per adulti disabili gravi e gravissimi (Paranà): il centro permette a persone con deficit gravi di trascorrere la propria giornata in un ambiente che garantisce il benessere personale all'interno di un gruppo.
- Atelier "Principe Emilio": attraverso la produzione di piccoli oggetti artistici si contribuisce allo sviluppo ed alla crescita armonica dell'identità a partire dalle condizioni di disabilità grave di ciascun persona.
- Assistenza Domiciliare: il servizio consente a persone con gravi riduzioni della capacità motoria e/o plurihandicappate di restare nel proprio ambiente di vita garantendo, attraverso progetti individualizzati, assistenza diretta alla persona, supporto per l'integrazione sociale, sostegno scolastico e lavorativo, interventi socioeducativi e riabilitativi personalizzati.
- Servizio di aiuto alla persona in situazioni di emergeza: offre un tempestivo intervento di aiuto alle persone disabili ed alle famiglie attivando ed integrando la rete delle risorse e dei servizi già in essere, promuovendo strategie di coordinamento tra ente pubblico e privato sociale.
- Casa amica: appartamento attrezzato per la sperimentazione in loco di ausili per la vita quotidiana.
- Trasporti integrati: il servizio garantisce l'accompagnamento delle persone a ridotta capacità motoria al lavoro. In collaborazione con altre associazioni viene inoltre assicurata la mobilità per le attività quotidiane.
- Tempo libero: l'Associazione propone alle persone disabili di vivere con altri il proprio tempo libero nei luoghi di divertimento della città.
- Soggiorni estivi: l'Associazione propone e realizza vacanze in contesti turistici non esclusivamente rivolti alle persone disabili, garantendo un'assistenza continuativa.

Altre attività

L'Associazione è impegnata nella promozione di attività culturali, formative, informative e di documentazione, e porta avanti iniziative di studio, ricerca e sperimentazione a sostegno di persone con handicap grave e gravissimo.

L' A.I.A.S., tra i diversi progetti, gestisce:

- in convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale Città di Bologna il C.A.T. (Centro Ausili Tecnologici)

- in convenzione con la Regione Emilia Romagna il Centro di riferimento tecnico regionale per l'informazione, la consulenza, la valutazione e la ricerca sui presidi e gli ausili tecnologici per disabili.
- in autonomia l'Ausilioteca.

L' A.I.A.S. partecipa e ha partecipato ai seguenti progetti nazionali: PASSO, UNLOCK, GIOCARE INSIEME, GIOCARE TUTTI, ZEROSEIANNI, INTEGRAZIONE SOCIALE PLURIMINORATI, ed europei: MIRROR, BRIDGE, PROMETEO, FUTURE, THERE'S LIFE, CENET; ha partecipato inoltre al progetto BOLOGNA 2000 con un laboratorio radiofonico per giovani e adolescenti disagiati.
Si ringrazia l'UFFICIO PROMOZIONE E COMUNICAZIONE per la disponibilità e i dati forniti.

Anna Maria Barbagallo

■ **"Musicoterapia e Riforma dei Conservatori"**
Proposte ed esperienze di collaborazione fra le scuole di musicoterapia Confiam e i Conservatori di Musica alla luce della riforma.
1 giugno 2002, ore 9 - 13,14 - 18
Auditorium Teatro Carlo Felice, Genova
Partecipazione gratuita, Attestato di partecipazione. Telefono segreteria: 339/3678572

■ **V Congresso Nazionale di Musicoterapia Confiam**
"Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca". Rimini, 3-5 ottobre 2003
Telefono segreteria: 338/7746947

■ **Dialogo e dibattito sulla Musicoterapia nel XXI Secolo: una risorsa del nostro tempo per il cambiamento.**
23 – 28 Luglio 2002 Oxford Inghilterra
Organizzato dalla British Society for MT e dalla Association of Professional MTherapists in collaborazione con la World Fed. of MT.
Alloggio nel Colleges di Oxford – University Keble, St Catherine's e St Edmund Hall
Il Congresso comprenderà:
- Più di 250 Relazioni
- Ospiti di rilevanza internazionale
- Workshops
- Presentazione di Poster
- Dibattiti

Per ricevere il modulo di iscrizione (stampato nel luglio 2001) invia il tuo nome e indirizzo a:
Congress Administrator
25 Rosslyn Avenue, East Barnet
Hertfordshire, EN4 8DH, UK
oppure invia il tuo nome e indirizzo tramite email: info@bsmt.org
Per maggiori informazioni visita il sito: www.mt2002.org

■ **Biblioteca di Musicoterapia**
La sezione ANFFAS di Genova e l'APIM, constatando la necessità di un centro di documentazione, rivolto a quanti si stanno formando in musicoterapia od operano in tale ambito, promuove la nascita di una biblioteca di musicoterapia.
L'archiviazione della documentazione consente di visionare i titoli disponibili (articoli, tesi, testi) e di consultare quelli di proprio interesse; la consultazione avviene in sede, è disponibile un servizio di fotocopie.
Dal 2001 l'archivio della biblioteca è consultabile sul sito: musicaterapia.it.
Sede: Via Corsica 21, Genova
Orario: venerdì h 13,30 - 16.00
Segreteria: 010.57.62.518 (Signora Zocco)
(È gradita la prenotazione telefonica).

■ **Musicoterapia: ambiti e strategie d'intervento**
15/03/02 Villa Giulia, Verbania Pallanza
Segreteria: Opera Pia
Dott. Uccelli tel. 0323/71394

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, Vernero, 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. Vernero, 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. Vernero, 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. Capitanio) • 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 patie 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. Spaccazocchi) • 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. Spaccazocchi) • 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. Cangiotti) • Dalla periferia al centro: spazio-suono di una relazione (C. Bonanomi)

■ Numero 3, Gennaio 2001

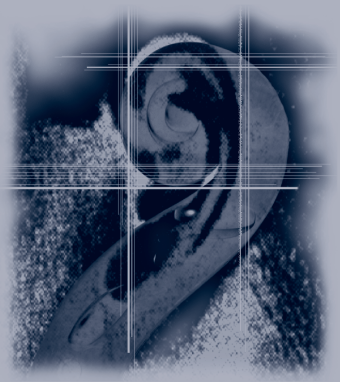
Musica emozioni e teoria dell'attaccamento (P. L. Postacchini) • La Musicoterapia Recettiva (G. Manarolo) • Manifestazioni ossessive ed autismo: il loro intrecciarsi in un trattamento di musicoterapia (G. Del Puente) • Musica e adolescenza Dinamiche evolutive e regressive (I. Sirtori) • Il perimetro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

■ Numero 4, Luglio 2001

Ascolto musicale, ascolto clinico (Alberto Schön) • Musicoterapia e tossicodipendenza (Pier Luigi Postacchini) • Il paziente in coma: stimolazione sonoro-musicale o musicoterapia? (Giuseppe Scarso, Alice Visintin) • Osservazione del malato di Alzheimer e terapia musicale (Claudio Bonanomi, Maria Cristina Gerosa) • Due storie musicoterapiche (Lucia Corno) • Il suono del silenzio (Alicia Gibelli) • Il setting in Musicoterapia (Massimo Borghesi, Andrea Ricciotti)

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