



musica et **terapia**

numero

7

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

Marco Iacoviello
Consulente Teatro Carlo Felice, Genova

Edith Lecourt
Università Parigi V,
Sorbonne, Francia

Giandomenico Montinari
Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova

Pier Luigi Postacchini
Psichiatra, Neuropsichiatra
Infantile, Psicoterapeuta, Bologna

Oskar Schindler
Ordinario di Foniatria,
Università di Torino

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

Segreteria di redazione: Ferruccio Demaestri • C.so Don Orione 7, 15052 Casalnoceto (AL) tel. 347/8423620

numero

7

Edizioni Cosmopolis

Corso Peschiera 320

10139 Torino

011 710209

L'abbonamento a
Musica Et Terapia è di
Euro 15,50 (2 numeri).

L'importo può essere
versato sul c.c.p. 39476106

intestato a

Edizioni Cosmopolis,
specificando la causale
di versamento e
l'anno di riferimento

progetto grafico

Harta Design, Genova

Paola Grassi

Roberto Rossini

pag 1
Editoriale

pag 2
La percezione sonoro/musicale
Giovanni Del Puente, Francesca Fiscella, Stefano Valente

pag 11
L'ascolto Musicale
Gerardo Manarolo

pag 16
**La composizione musicale a significato universale.
Considerazioni cliniche**
Giuseppe Scarso, Alberto Ezzu

pag 22
**Validità del training musicoterapico in pazienti
in stato vegetativo persistente:
studio su tre casi clinici**
Concetta Laurentaci, Gianfranco Megna

pag 26
**L'approccio musicoterapico con un bambino
affetto da grave epilessia. Il caso di Leonardo**
Lucia Torre

pag 34
**Co-creare dinamiche e spazi di relazione
e comunicazione attraverso la musicoterapia**
Mauro M. Coppa, Fiammetta Santoni, Cecilia M. Vigo

pag 41
L'evoluzione musicale in Musicoterapia
Bruno Foti, Ivan Ordiner, Elisa D'Agostini, Davide Bertoni

pag 46
**L'intervento musicoterapico nelle fasi
di recupero dopo il coma**
Rita Meschini

pag 54
Recensioni

pag 58
Notiziario

pag 60
**Articoli pubblicati
sui numeri precedenti**

pag 62
Norme redazionali

Il primo contributo del 2003 si apre con alcuni contributi dedicati all'ascolto trattandone gli aspetti neuropsicologici, psicologici e musicoterapici. L'articolo della sezione studi di musicoterapia dell'Università di Genova (Del Puente, Fiscella, Valente) affronta la complessa questione relativa alla localizzazione delle aree cerebrali deputate alla percezione ed elaborazione dell'elemento sonoro/musicale. Vengono così riportati alcuni recenti studi (effettuati utilizzando la pet) che dimostrano l'interessamento di zone corticali sempre più specifiche a seconda delle singole funzioni. Il contributo successivo (Manarolo) sposta la riflessione sul versante psicologico (psicodinamico), precisando la dimensione relazionale dell'ascolto musicale (l'ascolto è espressione della relazione che si instaura tra l'oggetto musicale e il suo fruitore).

Giuseppe Scarso ed Alberto Ezzu (Università di Torino) presentano una riflessione teorico-metodologica relativa al trattamento musicoterapico dei pazienti in stato di coma.

Gli autori ipotizzano la compilazione di una sequenza sonoro/musicale universale da utilizzare ad ampio spettro per i pazienti ricoverati in un reparto di rianimazione. Concetta Laurentaci e Gianfranco Megna (Università di Bari) affrontano un ambito non molto dissimile (pazienti in stato vegetativo persistente) presentando una loro recente ricerca che evidenzia gli effetti positivi di un ascolto musicale mirato, sia su diverse funzioni organiche che sulla capacità di attivazione bi-emisferica. I successivi contributi spostano la nostra attenzione sulla musicoterapia attiva. Lucia Torre presenta il puntuale e coinvolgente resoconto del trattamento musicoterapico di un bambino pluriminorato, affetto da epilessia parziale con crisi migranti. L'equipe del Filo d'Oro di Osimo (An) (Coppa, Santoni, Vigo) prosegue la riflessione di Lucia Torre tornando ad approfondire le problematiche connesse al trattamento di soggetti pluriminorati; viene infatti presentato un interessante modello di analisi video delle sedute finalizzato ad analizzare i pattern di interazione diadica tra musicoterapista e paziente.

L'equipe dell'associazione Artem di Udine (Foti, Ordiner, D'Agostini, Bertoni) propone un tema suggestivo di ulteriori sviluppi ed approfondimenti per quanto riguarda la verifica in musicoterapia; il loro lavoro cerca infatti di precisare quali possano essere gli indici sonori più rappresentativi dell'evoluzione di una relazione.

Musica e Terapia si conclude con il contributo di Rita Meschini che torna ad affrontare il trattamento dei soggetti in stato vegetativo proponendo però aspetti teorico-metodologici propri di un intervento maggiormente calibrato sul versante attivo.

Gerardo Manarolo

La percezione sonoro/musicale

È stato
dimostrato
un coinvolgimento
nella percezione
musicale
della corteccia
temporale
superiore
e della corteccia
frontale

This work summarises 3 studies that used positron emission tomography (PET) to explore the cerebral structures involved in the perception of music. A.J.Blood et al. reported dissociations between emotional and perceptual responses to music at the cortical level. This Author hypothesises that the music that induces different types of emotions recruits different neural substrates. He also suggests that the acoustic association areas may be activated during the tasks of acoustic imaging, as occurs during visual imaging. Halpern and Zatore demonstrated the activation of the right auditory association cortex and the supplementary motor area in acoustic imaging. They also discovered that different cerebral areas are activated depending on whether the acoustic imaging requires retrieval of the musical semantic memory or not. Platel explored the cerebral structures involved in the appreciation of music and concluded that this ability is not exclusively subtended by a single neural-based network. He shows that there is a degree of functional independence among the musical processing components (inferior frontal and superior temporal areas in semantic processing of music; Broca's and insular areas in the left hemisphere in dealing with the sequencing of auditory stimuli; left precuneus-cuneus regions in the pitch task, that reflect recourse to visual mental imagery).

I collegamenti e le relazioni tra aree cerebrali e percezione musicale sono state oggetto di numerose ricerche. Tra le più recenti ne abbiamo selezionate 3 che, utilizzando la PET come strumento di indagine, hanno fornito i risultati più precisi, ma, al contempo, hanno incrinato alcune certezze precedenti: hanno dimostrato infatti l'interessamento di zone corticali sempre più specifiche a seconda delle singole funzioni, proponen-

Uno studio recente su un paziente affetto da amusia ha suggerito una possibile indipendenza dell'analisi emozionale e percettiva della musica

do quindi modelli di percezione musicale senz'altro più complessi e raffinati.

Dei 3 studi presi in esame uno si occupa di suddividere le singole

componenti che intervengono a costituire la percezione musicale, mentre gli altri due investigano rispettivamente l'immaginario acustico e le risposte emotive, andando a toccare quindi ambiti di stretta sollecitazione nel trattamento musicoterapeutico.

Diversi studi, di neuroimaging e di lesione, si sono interessati ad analizzare le componenti percettive della elaborazione musicale. È stato dimostrato un coinvolgimento nella percezione musicale della corteccia temporale superiore e della corteccia frontale e più specificamente della corteccia uditiva del giro temporale superiore destro nell'analisi del tono e del timbro, mentre per quel che riguarda la memoria di lavoro per il tono sarebbero essenziali le interconnessioni fra corteccia temporale e frontale. Sono invece pochi i dati relativi alle componenti emozionali della elaborazione musicale, ai loro correlati neuronali, alla loro relazione con la percezione musicale e con altri tipi di emozioni. Uno studio recente su un paziente affetto da amusia ha suggerito una possibile indipendenza dell'analisi emozionale e percettiva della musica; infatti i giudizi sulle componenti emozionali della musica (es. triste versus allegra) possono essere espressi anche quando è completamente assente qualsiasi capacità di identificazione e di riconoscimento della melodia.

A questo riguardo appare estremamente significativo lo studio di A. J. Blood e coll. eseguito con indagine PET (Neuroscienze 1999) ("Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions"), nel quale gli autori ipotizzano l'esistenza di una correlazione fra le caratteristiche emozionali del-

lo stimolo musicale presentato e le variazioni di flusso nelle regioni coinvolte nella elaborazione delle emozioni e che tali regioni siano diverse da quelle coin-

volte nell'analisi percettiva della musica. L'intento è quello di individuare i circuiti neuronali implicati nella risposta emozionale allo stimolo musicale analizzando le reazioni affettive negative di fronte a stimoli musicali dissonanti. A tale scopo è stata usata una musica sconosciuta, resa più o meno dissonante variando la struttura armonica dell'accompagnamento, in grado di elicitare un continuum di risposte emotive da piacevoli a molto spiacevoli.

I risultati hanno permesso di riscontrare un'associazione fra variazioni di flusso in aree paralimbiche e neocorticali con l'aumento o la diminuzione della dissonanza dello stimolo. Regioni corticali specifiche risultano attivate dalla dissonanza rispetto alla consonanza; più precisamente l'attivazione del giro paraippocampale destro e della regione del precuneo destro si correla con l'aumento della dissonanza dello stimolo, mentre l'attività della corteccia orbitofrontale bilaterale, del polo frontale destro e del cingolo subcalloso mediale (implicate in processi di tipo emotivo) aumenta col diminuire della dissonanza. È probabile la presenza di reciproche interazioni funzionali fra i due gruppi di regioni dal momento che l'attività delle regioni correlate positivamente con la dissonanza, risulta correlata negativamente con la dissonanza e viceversa. A supportare l'ipotesi di una dissociazione a livello corticale fra le risposte emotive e quelle percettive alla musica concorre il fatto che tali regioni risultano distinte dalle aree della corteccia uditiva secondaria, emerse dalla sottrazione delle immagini di uno stimolo uditivo di controllo, la cui attività è legata a processi di tipo percettivo.

Viene inoltre ipotizzata la presenza di correlati neuronali diversi per emozioni diverse: infatti mentre alcune emozioni (piacevole/spiacevole, teso/rilassato, irritante/noioso, dissonante/armonico, rabbioso/calmo) mostrano correlazioni positive con il grado di dissonanza e con le variazioni di flusso, altre (interessante, allegro/triste) non hanno mostrato correlazioni significative. In tale studio gli autori iniziano a caratterizzare le basi neurali per le risposte emozionali alla musica, conoscenza che può risultare utile anche per una più generale comprensione delle emozioni. A tal riguardo gli autori mettono in evidenza come il flusso ematico nella corteccia orbitofrontale, nel cingolo subcalloso e nei poli frontali si riduce in presenza di stimoli musicali spiacevoli e sia più basso di base nei pazienti depressi.

Per quanto riguarda l'immaginazione visiva, suggestive similarità tra l'operazione della percezione e la versione immaginata dello stesso compito emerse in numerosi studi hanno dimostrato l'attivazione nelle aree della corteccia visiva durante i compiti immaginati: altri studi con SPECT e PET hanno evidenziato l'attivazione delle aree di associazione visiva (anche primarie) durante i compiti di immaginazione visiva.

Ci si è interrogati se sia possibile estendere questi risultati ad altri ambiti, in particolare a quello acustico. Le indagini comportamentistiche dell'immaginario acustico hanno suggerito che questo possa essere manipolato e misurato in maniera analoga a quello delle immagini visive. Per esempio Halpern (1988) ha chiesto alle persone di comparare mentalmente l'intonazione corrispondente a 2 parole prese da melodie tradizionali, riscontrando che il tempo necessario per rispondere era sistematicamente correlato ai numeri di battute che dividevano le parole nella realtà. L'interpretazione di questo dato è che così come le immagini visive rappresentano lo spazio, analogamente le immagini acustiche possono rappresentare il tempo o altre proprietà acustiche.

Questo è certamente in accordo con l'esperienza soggettiva che le persone possono riferire di "sentire" suoni nella loro testa.

Il gruppo di lavoro di Zatorre si è chiesto se l'immaginario acustico per la musica sia mediato dalle stesse aree cerebrali utilizzate nella percezione acustica. I risultati del loro primo studio (Zatorre e Halpern, 1993), condotto tra pazienti che avevano subito una escissione del lobo temporale destro o sinistro confrontati con controlli normali, furono chiari: tutti i pazienti esaminati incontravano maggiori difficoltà nell'esecuzione del compito mentale, come era prevedibile, ma solo il gruppo con lobectomia temporale destra mostrava un deficit nella prestazione, mostrando la loro compromissione rispetto agli altri gruppi a parità di compiti richiesti.

Questo risultato sembrava implicare che il lobo temporale fosse necessario per eseguire compiti sia di immaginazione che di percezione acustica, ma non permetteva di individuare quali strutture fossero normalmente attivate durante l'esecuzione del test. Conseguentemente lo studio successivo (Zatorre, 1996) ha utilizzato la PET per valutare il flusso ematico cerebrale (CBF, cerebral blood flow) in soggetti normali. Le sottrazioni di immagini hanno rivelato significative similarità nel CBF rispettivamente nelle condizioni percettive e in quelle immaginate. Entrambi i compiti richiести attivavano le regioni di associazione acustica nel giro temporale superiore bilateralmente, come pure diverse aree bilateralmente nel lobo frontale ed una nel parietale. L'area supplementare motoria era anch'essa attivata in ambedue i compiti. Ad esclusione della attivazione soltanto della corteccia acustica primaria nella condizione percettiva (l'unica con stimoli acustici reali), solo 4 regioni hanno mostrato differenze significative tra i compiti immaginati e quelli percettivi, incluse le aree frontopolari bilaterali, il giro subcalloso e il talamo destro (l'unico ad evidenziare un effetto lateralizzato).

Questi due esperimenti hanno confermato l'importanza delle aree associative acustiche nel mediare le immagini acustiche, analogamente ai risultati riscontrati per le immagini visive.

Comunque molte questioni erano ancora rimaste aperte.

Primo, era evidente che i nostri compiti immaginari e percettivi sono complessi. Essi comprendono infatti il recupero di una melodia dalla memoria musicale semantica (nei compiti immaginari), la recitazione della prima intonazione mentre la seconda veniva recuperata (un compito della working memory in ambedue le condizioni), e finalmente il confronto tra le due intonazioni. Non si poteva non considerare questi elementi e collegarli alle diverse aree dei lobi frontali che sono state individuate dalla letteratura come aree attive nei compiti mnescici. *Secondo*, i due esperimenti potevano costituire una varianza reciproca rispetto agli effetti lateralizzati.

Lo studio su lesione aveva suggerito che il lobo temporale destro era essenziale per la processazione di stimoli musicali ascoltati o immaginati. Questo era in accordo con numerosi altri studi che avevano dimostrato un importante ruolo della neocorteccia temporale destra nei compiti della percezione tonale (Milner, 1962; Zatorre, 1985; Robin et al, 1990; Zatorre e Samson, 1991; Zatorre et al, 1994). Inoltre lo studio con PET di immagini musicali aveva dimostrato un pattern di attivazione bilaterale nel giro temporale superiore.

Per quanto riguarda il primo gruppo di questioni, diversi gruppi di ricercatori stanno investigando il coinvolgimento dei lobi frontali nei compiti della working memory: Petrides (1993), Smith e Jonides (1997), Braver (1997) hanno dimostrato, utilizzando metodiche diverse, il coinvolgimento della corteccia frontale dorsolaterale nel mediare compiti specifici della working memory.

Gli altri maggiori componenti dei compiti di immaginazione e del recupero della memoria semantica sono stati meno studiati. Nymberg

(1996) ha cercato di precisare le possibili differenze che intervengono nelle aree cerebrali attive durante il recupero della memoria episodica e semantica: ha individuato l'area prefrontale sinistra per il recupero semantico e l'area prefrontale destra per il recupero episodico. Gabrieli (1996) similmente ha trovato che la prova di giudicare se alcune parole fossero astratte o concrete – un compito questo della memoria semantica – attiva selettivamente il giro frontale inferiore sinistro (aree 45, 46, 47). Comunque il ruolo di queste regioni frontali inferiori sinistre può essere più generale ed ampio, dal momento che numerosi studi hanno riscontrato un aumento del flusso ematico cerebrale (CBF) in queste regioni durante l'esecuzione di compiti che richiedevano ricerche lessicali e recupero, inclusa la produzione di parola-verbo, la produzione di sinonimo o traslazione, o completamento di una radice. La maggior parte di questi studi ha utilizzato stimoli verbali. Smith e Jonides (1996) hanno evidenziato che la working memory verbale è lateralizzata a destra mentre la working memory spaziale è a sinistra.

Nessuno di questi studi tuttavia ha utilizzato la musica, che si sa essere strettamente dipendente dalle strutture dell'emisfero destro. Questo ha portato Zatorre e Halpern (1999) ("When that tune runs through your head: a PET investigation of auditory imagery for familiar melodies") a riconsiderare la mancata asimmetria emersa dal precedente lavoro con la PET. Va ricordato però che nei lavori precedenti era stata utilizzata musica associata a parole e quindi il compito richiesto comprendeva la processazione di musica e parole. Questi Autori hanno pertanto messo a punto un compito di immaginario acustico senza parole. Questo avrebbe dovuto stimolare, nei loro intenti, strutture musico-specifiche nel lobo temporale destro, come pure nel lobo frontale. Il compito di immaginare (Cue/Imaginery) prevedeva l'ascolto delle prime note di una melodia familiare senza parole, prese da un film o da brani di musi-

■ Blood A.J., Zatorre R.J., Bermudez P., Evans A.C.
"Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions", *Nature Neuroscience*, april 1999, vol. 2, n. 4, pagg. 382-387.

■ Braver T.S., Cohen J.D., Nystrom L.E., Jonides J., Smith E.E., Noll D.C.
"A parametric study of prefrontal cortex involvement in human working memory", *NeuroImage*, 1997, n. 5, pagg. 49-62.

■ Eustache F., Lechevalier B., Viader F., Lambert J.
"Identification and discrimination disorders in auditory perception: a report on two cases", *Neuropsychologia*, 1990, n. 28, pagg. 257-270.

■ Farah M.J., Smith A.F.
"Perceptual interference and facilitation with auditory imagery", *Percept. Psychophys.*, 1983, n. 33, pagg. 475-478.

■ Gabrieli J.D.E., Desmond J.E., Demb J.B., Wagner A.D., Stone M.V., Vaidya C.J., Glover G.H.
"Functional magnetic resonance imaging of semantic memory processes in the frontal lobes", *Psychol. Sci.*, 1996, n. 7, pagg. 278-283.

ca classica. I partecipanti dovevano immaginare il resto della melodia e poi schiacciare un bottone una volta terminato il compito. Questo coinvolgeva l'attività immaginativa ed i processi della working memory, come pure il recupero della melodia dalla memoria semantica. Nel gruppo di controllo i soggetti ascoltavano una nuova sequenza modificata random dal frammento della melodia, e i soggetti dovevano schiacciare un bottone al termine dell'ascolto della stessa. In una seconda prova di controllo chiamata Control/Imagery erano riproposte le stesse sequenze, i soggetti dovevano poi reimmaginarselo e quindi schiacciare un bottone. Questo compito coinvolgeva la working memory (poiché la sequenza doveva essere ricordata) e l'immaginazione (perché doveva essere riprodotta), ma non richiedeva il recupero della memoria semantica, dal momento che la sequenza era nuova.

Sottraendo la prova di Control dalla prova di Control/Imagery si sarebbe dovuto rimuovere l'effetto dell'ascolto di una sequenza e isolare i processi della working memory e dell'immaginazione. Sottraendo invece la prova di Control/Imagery da quella di Cue/Imagery si sarebbero dovuti rimuovere gli effetti degli input acustici, della working memory e dell'immaginazione, ed isolare quindi il recupero della memoria semantica. Il risultato principale è stata la conferma della attivazione della corteccia di associazione acustica destra e della area supplementare motoria durante i compiti di immaginazione acustica.

Quando il compito immaginato comprendeva il recupero dalla memoria musicale semantica (Cue/Image - Control/Image), l'attività si concentrava nella regione frontale inferiore destra e bilateralmente nelle aree frontali mediane, insieme con le aree di associazioni acustiche nel giro temporale superiore. Quando infine l'immaginario non richiedeva il recupero semantico (Control/Image - Control) erano reclutate le aree frontale sinistra e supplementare motoria.

Il lavoro di Platel ed altri (1997) ("Le componenti strutturali della percezione musicale. Uno studio funzionale anatomico") esplora le strutture cerebrali interessate nell'apprezzare la musica. Essi partono da un esempio apparentemente molto semplice per sviluppare le loro ipotesi e quindi organizzare la loro ricerca.

Noi abbiamo bisogno solo di pochi secondi per identificare "Il Bolero" di Ravel. Una delle più importanti caratteristiche di questo famoso brano di musica è che induce l'ascoltatore a focalizzare la propria attenzione in successione sui componenti di base del brano: prima il caratteristico ritmo condotto dal tamburo, successivamente la melodia incantante suonata molte volte ed infine il timbro dei vari strumenti a fiato con cui la melodia è suonata. Noi siamo dotati di una unica capacità a dirigere l'attenzione a differenti suoni caratteristici di un tono musicale e ad estinguere la percezione di una caratteristica per metterne in rilievo un'altra. Questo comportamento mostra che percepire la musica è un processo cognitivo complesso che è basato su diversi modi di categorizzare stimoli uditivi. Questo a sua volta suggerisce che l'ascolto della musica è basato su distinti processi neuronali che corrispondono a componenti di base della musica.

Tuttavia, poco è conosciuto delle strutture neurali interessate in entrambi i processi, e la maggior parte delle nostre conoscenze proviene dalla letteratura neuropsicologica.

Pertanto, studi clinico-patologici, particolarmente sulla agnosia uditiva, hanno mostrato che la percezione del linguaggio e della musica sono differenziate a livello neuroanatomico e che dentro la percezione musicale specifiche abilità possono essere selettivamente rovinare. Per esempio, sono stati riportati solo rari casi di afasia senza amusia che seguono danno all'emisfero sinistro (Luria et al., 1965) ed il tipo inverso che segue lesioni dell'emisfero destro (Judd, 1979). Sebbene sia comune l'opinione che la percezione musicale

■ Halpern A.R.,
"Mental scanning in auditory imagery for tunes", *J. Exp. Psychol. Learn. Mem. Cog.*, 1988, n. 14, pagg. 434-443.

■ Halpern A.R.,
Zatorre R.J.
"When that tune runs through your head: a PET investigation of auditory imagery for familiar melodies", *Cerebral Cortex*, Oct/Nov 1999, vol. 9, n. 7, pagg. 697-704.

■ Judd T.L., Arslanian A.,
Davidson L., Locke S.,
Mickel H.
"A right hemisphere stroke in a composer", *Comunicazione alla International Neuropsychological Society*, New York, 1979.

■ Kimura D.
"Left-right differences in the perception of melodies", *Q. J. Exp. Psychol.*, 1964, n.16, pagg. 355-358.

■ Lechevalier B.,
Eustache F., Rossa Y.
"Les troubles de la perception de la musique d'origine neurologique", 1985, Masson, Paris.

■ Lechevalier B., Platel H.,
Eustache F.
"Neuropsychologie de l'identification musicale", *Rev. Neurol. (Paris)*, 1995, n.151, pagg. 505-510.

■ Luria A.R., Tsvetkova L.S., Futer D.S.
"Aphasia in a composer (V.G. Shebalin)", *J. Neurol: Sci.*, 1965, n.2, pagg. 288-292.

■ Milner B.A.
 "Laterality effects in audition ". In: *Interemispheric relations and cerebral dominance* (Mountcastle V., ed.), Pagg. 177-195, 1962, Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.

■ Nyberg L., Cabeza R., Tulving E.
 "PET studies of encoding and retrieval", *Psychon. Bull. Rev.*, 1996, n.3, pagg. 135-148.

■ Papcun G., Krashen S., Terbeek D., Remington R., Harshman R.
 "Is the left hemisphere specialized for speech, language and/or something else?", *J. Acoust. Soc. Am.*, 1974, n. 55, pagg. 319-327.

■ Peretz I.
 "Processing of local and global musical information by unilateral brain-damaged patients", *Brain*, 1990, n. 113, pagg. 1185-1205.

■ Petrides M., Alivisatos B., Meyer E., Evans A.C.
 "Functional activation of the human frontal cortex during the performance of verbal working memory tasks", *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1993, n. 90, pagg. 878-882.

■ Platel H., Price C., Baron J.C., Wise R., Lambert J., Frackowiak R.J.
 "The structural components of music perception. A functional anatomical study", *Brain*, 1997,120, 229-243.

costituisca una capacità specifica dell'emisfero destro, studi in soggetti con lesione cerebrale suggeriscono che la percezione musicale interessa entrambi gli emisferi (Lechevalier, 1985). Come sottolineato da Peretz, "il pregiudizio visto in favore dell'emisfero destro è basato su un accumulo di dati in un settore molto specifico della percezione musicale, la percezione di differenti toni, presentati da soli o in sequenza". In accordo con questa valutazione, altre osservazioni suggeriscono che, sebbene identificazione e riconoscimento di un pezzo musicale possono interessare entrambi gli emisferi, l'integrità dell'emisfero sinistro è critica (Lechevalier, 1995), come viene inoltre illustrato da un paziente con lesione cerebrale sinistra che esibiva rovinata l'identificazione di melodia nonostante fosse intatta la discriminazione di melodia (Eustache, 1990).

Similmente, sia esperimenti di ascolto dicotico in soggetti normali, sia studi in soggetti con lesione cerebrale supportano l'idea che l'emisfero destro è implicato nella discriminazione di melodie (Kimura, 1964). Tuttavia altri studi hanno mostrato che la discriminazione di schema melodico risulta alterata in seguito a lesione dell'emisfero destro, e anche alterata la discriminazione dell'intervallo-tono successiva a lesioni di entrambi gli emisferi (Peretz, 1990) suggerendo la partecipazione di almeno due distinti sistemi neuronali che sono alla base dell'elaborazione melodica.

Vi sono dati che suggeriscono che la percezione del timbro è preferenzialmente elaborata dall'emisfero destro.

L'emisfero sinistro appare essere deputato all'elaborazione delle componenti ritmiche, temporali e sequenziali della musica. Pertanto Papcun et al. (1974) riferiscono una dominanza emisferica sinistra sia in soggetti inesperti che in operatori di codice Morse che compivano una prova di percezione di lettere dicotiche in codice Morse, un compito che secondo gli autori equivaleva alla discriminazione del ritmo.

Platel ed altri nella loro ricerca hanno studiato 6 giovani, sani, destrimani, senza talento e competenza musicale, usando PET ad alta risoluzione e sottoponendoli a 4 prove: 3 per investigare l'attenzione selettiva a tono, timbro e ritmo ed una prova finale per la familiarità semantica con melodie (considerate come attenzione suddivisa per tono e ritmo). Queste quattro prove furono compiute con lo stesso materiale (un nastro consistente di 30 sequenze di note arrangiate in maniera randomizzata). Fu selezionato un paradigma, senza una prova di riferimento, per confrontare le attivazioni prodotte dall'attenzione a differenti parametri dello stesso stimolo. Gli Autori si aspettavano che le attivazioni registrate durante ciascuna prova differissero in accordo con le differenze nelle operazioni cognitive: trovarono attivazioni preferenzialmente nell'emisfero sinistro per familiarità, prove di tono e ritmo, e nell'emisfero destro per prove di timbro. Le prove di familiarità hanno attivato il giro frontale inferiore sinistro, l'area di Brodmann 47, e il giro temporale superiore (nella sua parte anteriore, BA 22). Queste attivazioni presumibilmente rappresentano l'accesso lessico-semantico alle rappresentazioni melodiche. Nella prova tono, attivazioni furono osservate nel cuneo-precuneo sinistro (BA 44/6). Questi risultati erano inattesi e furono interpretati come riflettenti una strategia visiva mentale immaginaria impiegata per eseguire questa prova. La prova ritmo attivò l'area di Broca (BA 44/6) inferiore sinistra, con estensione all'insula, suggerendo un ruolo per questa regione cerebrale nell'elaborazione di suoni sequenziali.

L'insieme di questi dati permette di giungere alla conclusione che l'apprezzamento della musica non è esclusivamente sostenuto da una singola rete neuronale e che vi è un notevole grado di indipendenza funzionale tra le componenti dell'elaborazione musicale qui investigate. Pertanto, il modello di attivazione osservato nelle prove di

■ Robin D.A., Tranel D., Damasio H.

"Auditory perception of temporal and spectral events in patients with focal left and right cerebral lesions", *Brain Lang.*, 1990, n. 39, pagg. 539-555.

■ Smith E.E., Jonides J.

"Working memory: a view from neuroimaging", *Cog. Psychol.*, 1997, n.33, pagg. 5-42.

■ Zatorre R.J.

"Discrimination and recognition of tonal melodies after unilateral cerebral excisions", *Neuropsychologia*, 1985, n. 23, pagg. 31-41.

■ Zatorre R.J.,

"Pitch perception of complex tones and human temporal-lobe function", *J. Acoust. Soc. Am.*, 1988, n. 84, pagg. 566-572.

■ Zatorre R.J.,

Halpern A.R.,
"Effect of unilateral temporal-lobe excision on perception and imagery of songs", *Neuropsychologia*, 1993, n. 31, pagg. 221-232.

■ Zatorre R.J.,

Samson S.
"Role of the right temporal neocortex in retention of pitch in auditory short-term memory", *Brain*, 1991, n. 114, pagg. 1403-2417.

■ Zatorre R.J., Evans A.C., Meyer E.

"Neural mechanisms underlying melodic perception and memory for pitch", *J. Neurosci.*, 1994, n. 14, pagg. 1908-1919.

■ Zatorre R.J., Halpern A.R., Perry D.W., Meyer E., Evans A.C.

"Hearing in the mind's ear: a PET investigation of musical imagery and perception", *J. Cog. Neurosci.*, 1996, n. 8, pagg. 29-46.

familiarità mette in evidenza l'importante ruolo delle parti anteriori dell'emisfero sinistro (in modo particolare le attigue aree frontale inferiore e temporale superiore) nell'elaborazione semantica della musica. Le attivazioni durante la prova timbro mostrano la prevista dominanza relativa dell'emisfero destro.

L'attenzione ai cambiamenti in ritmo induce una specifica attivazione delle aree attigue di Broca ed insulare nell'emisfero sinistro, indicando un ruolo chiave per questa regione cerebrale in relazione con l'ordinamento in sequenza di stimoli uditivi. Infine, è stato dimostrato il funzionamento di strategie cognitive usate dai nostri soggetti, come l'attivazione delle regioni cuneo-precuneo sinistre nella prova tono, che presumibilmente riflette il ricorso ad immaginazione mentale visiva. L'attenzione selettiva (il processo di orientamento è un processo attentivo) a differenti componenti di un singolo stimolo (qui le 30 sequenze di note) può radicalmente alterare il modello di attivazione cerebrale, permettendo l'isolamento di specifiche risposte funzionali. I risultati ottenuti usando un paradigma di attivazione che non include una prova di riferimento assoluta rende possibile mostrare una parte di ciò che distingue e differenzia tra i processi neurocognitivi interessati in prove complesse. Questi risultati inducono a ritenere che questo tipo di paradigma può essere particolarmente di aiuto per l'isolamento di processi cognitivi di più alto ordine.

L'ascolto Musicale*

The musical listening is coming from the relation between the musical object and the listener. The paper describes the musical listening from a psychological point of view. Besides different psychological patterns are suggested checking their therapeutic value.

L'ascolto musicale è espressione della relazione che si instaura tra l'oggetto musicale e il suo fruitore. Questa interazione è condizionata dalle caratteristiche dell'oggetto sonoro/musicale (che potrà essere al limite della concretezza, contenere intense valenze simboliche o viceversa essere ormai completamente storicizzato e culturalizzato) e dell'atteggiamento dell'ascoltatore (che potrà ascoltarlo distrattamente, limitarsi a riconoscere determinate caratteristiche presenti nel brano musicale o sperimentare un intenso coinvolgimento emotivo-affettivo). Esistono quindi aspetti propri dell'oggetto musicale e del fruitore che articolandosi fra di loro con modalità che possono modificarsi anche radicalmente di volta in volta, configurano l'esperienza di un ascolto musicale. Il senso in musica, come afferma Piana (1991), si delineerebbe dall'incontro fra gli elementi propri della struttura sonoro/musicale e quelli intrinseci al soggetto (incontro che, come già detto, in rapporto alla ricchezza e complessità dell'oggetto musicale e alla disposizione mentale dell'ascoltatore potrà essere sempre diverso).

La musica per le caratteristiche che gli sono proprie su di un versante sensoperceptivo e psicologico contiene già di per sé, al di là del suo manifestarsi all'interno di determinati linguaggi, alcune valenze che guidano e indirizzano il fruitore. Sono le qualità di questa particolarissima "materia", (quella musicale per l'appunto) a suggerire certi percorsi d'approccio piuttosto che altri. Vediamo quali:

- La musica può essere fruita passivamente, può penetrarci anche contro la nostra volontà, può

**L'ascolto
musicale
è espressione
della relazione
che si instaura
tra l'oggetto
musicale
e il suo fruitore**

La musica inizia a porsi non come una rappresentazione ideale ma come un esercizio del pensiero

entrare dentro di noi, essere "assorbita" e dare vita a trasformazioni benefiche o malfiche, terapeutiche o patogene, può essere investita di qualità idealizzate o persecutorie.

- La musica evoca e sollecita la nostra corporeità; basta pensare al ritmo o a quanto le variazioni timbriche e di altezza possano trovare immediate risonanze senso-percettive. La musica può così essere connotata da qualità attivanti e stimolanti, ma anche sensoriali e sensuali.
- La musica mantiene un profondo rapporto con la dimensione nostalgica. Non solo induce la nostalgia di una dimensione preverbale dove suono e oggetto mantengono un rapporto di continuità ma rappresenta essa stessa un'esperienza nostalgica. Il fruirne sottolinea la dimensione nostalgica dell'esistenza (il suo irreversibile scorrere), ma nello stesso tempo la sua parziale ripetibilità e la sua risonanza corporea ci consentono di presentificare quasi concretamente il passato, "illudendoci" consapevolmente di rivivere ciò che si è perso.
- La musica propone un ordine, una gerarchia di rapporti, rappresenta come afferma Schön (1997), un strumento di mediazione tra il caos originario delle emozioni e il linguaggio articolato dell'intelletto, e oscillando pericolosamente tra questi due poli acquista valenze perturbanti.
- Il suono, la musica, come ricorda Piana (1991), si mostrano nel loro divenire non sono già dati, costituiscono un fenomeno "eveniente", si fanno quindi seguire e nel loro delinearsi possono indicare una direzione e una durata (orientando lo spazio e il tempo), ma anche sospendere ogni durata e annullare ogni spazio. Se spostiamo la nostra riflessione dal versante senso-percettivo e psicologico a quello storico-estetico, se ci interroghiamo quindi rispetto ai

linguaggi al cui interno questa materia ha preso forma (vale a dire, sempre citando Piana, se ci interroghiamo sulle scelte di senso effettuate all'interno dell'u-

niverso sonoro, scelte che hanno dato vita a diverse espressioni linguistiche ed artistiche) osserviamo un'importante linea di confine che segna differenti modalità di strutturazione del musicale e quindi due diverse prospettive d'ascolto. Come ci ricorda Enrica Petrini (2001) esiste una musica che "racchiude in sé un contenuto perfettamente compiuto..." è "...una musica capace di esprimere... una visione del mondo sostanzialmente armoniosa dove l'uomo si sente a casa..." "...è la musica della tradizione classica e di parte di quella romantica, è la musica che esprime la congruenza della parti, la perfetta proporzione interna, la precisa compiutezza, una musica che svolge un compito edificante e civilizzatore. Queste qualità domestiche e consuete cominciano a venir meno a partire dall'800 quando compare nelle opere artistiche l'incompiutezza e l'arte diviene simbolicamente allusiva di una realtà ambigua...". Inizia così come sappiamo un percorso che nel '900 porterà al commiato dalla forma compiuta; la musica inizia a porsi allora non come una rappresentazione ideale e rassicurante ma come un esercizio del pensiero fonte di interrogativi e inquietudini; la musica allora propone forme indefinite e aperte che sollecitano e richiedono per compiersi il nostro intervento, attivando fenomeni creativi, è una musica che stringe un nuovo rapporto tra compositore e fruitore, il momento poetico e quello esteso (articolati fra di loro, nei linguaggi precedenti, dall'interprete) si compenetrano, il fruitore è chiamato a mettersi in gioco, a contribuire creativamente alla realizzazione artistica. È facilmente intuibile allora come possa essere diversa l'esperienza di

ascoltare una musica formalmente definita e prevedibile rispetto all'ascolto di un brano costruito sull'attesa e sulla non conferma delle nostre abitudini percettive. Se il primo ci rassicura, il secondo pone una domanda, un interrogativo che dalla musica può risuonare dentro di noi aprendo nuove prospettive di senso o piuttosto inducendoci alla "fuga" e alla "chiusura". Il primo ascolto ribadisce la nostra identità e quella del mondo circostante, il secondo solleva l'incertezza, evoca il non detto, l'indicibile. Queste diverse prospettive d'ascolto evocate dal prevalere degli aspetti formali piuttosto che di quelli informali, questa dialettica tra compiuto e incompiuto, possono dar vita nel loro articolarsi e compenetrarsi a differenti orizzonti di senso e a differenti tematiche; la forma che diviene e conclude, organizza e contiene all'interno di precise coordinate la nostra esperienza d'ascolto, la nostra risonanza interiore; la forma ambigua, aperta "non ci offre una risposta ma pone una domanda" (Petrini, 2001). La musica può proporci quindi un mondo ideale, armoniosamente definito, ma può altresì raffigurare il conflitto, la tensione senza offrircene una risoluzione; la musica può indicarci un divenire, un'idea di progresso e di evoluzione, ma può anche proporci la fissità, la rigidità della ripetizione fine a sé stessa, priva di direzione, introduzione ad un universo congelato, coartato; la musica può introdurci nell'evolversi di un dramma, può rappresentare un evento tragico che nel suo acme catarticamente si risolve e si acquieta ma anche la lenta agonia verso una fine preannunciata ma mai raggiunta; la musica può porsi come pura costruzione formale quasi a metafora di un pensiero incontaminato da aspetti emotivi ma può dar voce quasi concretamente al corpo e al caos delle sue pulsioni; la musica può consolare nostalgicamente l'assenza dell'oggetto amato ma può altresì farcene sentire l'irrimediabile perdita, può essere profondamente anticonsolatoria e farci intravedere il nulla. Se questi sono alcuni

degli innumerevoli ambiti di senso proposti dall'esperienza musicale dobbiamo chiederci a questo punto, quali possano essere le tipologie che si vanno a costituire in rapporto a questi scenari. Resta inteso che le diverse tipologie sono in rapporto con le qualità dell'oggetto musicale e con l'atteggiamento dell'ascoltatore; questi infatti oscilla fra la possibilità di sospendere i suoi pregiudizi, ascoltando la musica come un viatico verso territori incerti, non conosciuti e la ricerca di conferme; la musica da parte sua può proporre percorsi inconsueti in modo più o meno adeguato alle possibilità dell'ascoltatore.

Mancia (1990), citando Ehrenzweig (1977), individua tre tipologie d'ascolto. Un ascolto fusionale sollecitato ad esempio dalla musica romantica, un ascolto distaccato, che può comparire nella fruizione di alcuni autori contemporanei, un ascolto collocato in una posizione intermedia, né confuso, né separato che può favorire lo sviluppo di un'interazione creativa con l'oggetto musicale; quest'ascolto potenzialmente creativo, capace cioè di promuovere nuove articolazioni interne in virtù del rapporto instauratosi fra l'oggetto musicale e aspetti personologici da esso evocati, non è totalmente autonomo dalle caratteristiche dell'opera musicale. Una proposta d'ascolto che voglia aprire un potenziale spazio creativo dovrà infatti bilanciarsi tra aspetti consueti e inconsueti in relazione alle caratteristiche del fruitore. Hermann Rauhe (1987) suddivide le diverse modalità d'appropriazione dell'oggetto musicale in due categorie generali: l'ascolto semiconscio e l'ascolto cosciente; il primo comprende l'appropriazione distratta (che si realizza in ambienti caratterizzati dalla diffusione di musica di sottofondo), l'appropriazione riflesso-motoria (quando le caratteristiche ritmiche di un determinato brano musicale sollecitano una risposta motoria involontaria), l'appropriazione associativo-emotiva (quando l'ascolto musicale sollecita un'associazione immediata in virtù della forte

■ Ehrenzweig A.

La psicoanalisi della percezione, nella musica e nelle arti figurative, Astrolabio, Roma, 1977.

■ 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) *La riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.

■ Lisciani-Petrini E.

Il suono incrinato, Einaudi, Torino, 2001.

■ Mancina M.

Nello sguardo di Narciso, Laterza, Bari, 1990.

■ Piana G.

Filosofia della musica, Guerini, Milano, 1996.

■ Postacchini P.L.

Musicoterapia e tossicodipendenza, in *Musica et Terapia*, n. 4, pp. 13-20, luglio 2001.

■ Postacchini P.L.,

Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2001.

connotazione del brano musicale e/o del suo legame con la biografia dell'ascoltatore). L'ascolto cosciente comprende l'appropriazione empatica (quando l'ascoltatore si abbandona volontariamente alla musica cercando una corrispondenza con essa), l'appropriazione strutturale (quando il brano musicale viene analizzato al fine di comprenderne la struttura), l'appropriazione orientata al soggetto (quando l'ascoltatore proietta nella musica qualità del proprio mondo interno e l'oggetto musicale diviene così uno strumento di riconoscimento del soggetto percipiente). Possiamo ampliare tali categorizzazioni proponendo ulteriori stili di ascolto. In relazione con le modalità difensive attivate potremo avere:

- un ascolto idealizzato: la musica diviene una sorta di "mitico eden" privo di elementi conflittuali e ambigui. I brani che possono sollecitare tale ascolto sono di comprensione immediata, espliciti e armonici nella loro connotazione positiva;
- un ascolto intellettuale: la complessità, la drammaticità o l'imprevedibilità della musica rendono estremamente gravoso un rapporto emotivamente ravvicinato. Viene così elaborato un ascolto "razionale" (quando questa modalità difensiva risulta infruttuosa si può arrivare al rifiuto del brano musicale);
- un ascolto scisso: gli aspetti peculiari del brano sono separati e amplificati nelle loro reciproche qualità non cogliendo gli elementi di possibile integrazione; tale ascolto può essere sollecitato da brani connotati da una tonalità emotivo-affettiva ambigua o ambivalente;
- un ascolto parziale: sempre brani ambigui o ambivalenti nella loro strutturazione formale e/o nella loro connotazione emotivo-affettiva possono sollecitare un ascolto parziale dove alcune caratteristiche del brano vengono scotomizzate;
- un ascolto proiettivo: il soggetto organizza e definisce il brano musicale attraverso la massiccia proiezione di modelli e contenuti perso-

nali senza articolare un rapporto con le caratteristiche dell'oggetto musicale.

Alcune modalità di ascolto possono viceversa promuovere una migliore integrazione intrapsichica del soggetto; potremo così avere:

- un ascolto "commovente": nell'interazione con il brano prevale un'emotività improvvisa e irruente (svincolata in parte da un ascolto consapevole e cosciente); la musica ponendoci di fronte a parti misconosciute può favorire, se il soggetto ne ha le potenzialità, un processo integrativo; la struttura musicale potenzialmente in grado di sollecitare tale tipo di ascolto sarà intimamente connessa all'identità sonoro/musicale del soggetto e/o alla sua storia personale;
- un ascolto nostalgico: i contenuti nostalgici e depressogeni espressi da un brano possono rappresentare per il soggetto la riattualizzazione di un lutto, di una separazione; in alcuni casi l'ascolto può consentirne una parziale e temporanea rielaborazione attraverso un'esperienza estetica che li rappresenta e simbolicamente li sostituisce. Anche in questo caso la struttura musicale potenzialmente in grado di attivare questo tipo di ascolto sarà intimamente connessa all'identità sonoro/musicale del soggetto e/o alla sua storia personale.

* L'articolo costituisce un'elaborazione della conferenza tenuta il 24/5/02 presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Pavia (Direttore Prof. Fausto Petrella)

■ 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.

■ Rauhe H.

Tipi di appropriazione, In *Il senso in musica*, L. Marconi, G. Stefani (a cura di) Clueb, Bologna, 1987.

■ 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.

■ Schön A.

Ascolto musicale, ascolto clinico, In *Paesaggi della mente*, Sandra Grosso (a cura di) Franco Angeli, Milano, 1997.

■ Stern D. N.

Il mondo interpersonale del bambino, Boringhieri, Torino, 1987.

La composizione musicale a significato universale. Considerazioni cliniche

In this paper the Authors advance some considerations about the possible use of a sequence of recorded music which can be used in the therapy of coma-patients.

A sort of "universal" meaning of music can be found, according to adlerian psychology, in some topics such as security, autonomy, reality adaptation, male-female relationship in their emotional aspects.

**In questo ambito
l'aggettivo
"universale"
si riferisce ad
una stimolazione
sonoro-musicale
che possa essere
utilizzata
in prima istanza
per i pazienti
ricoverati
in reparto
di Rianimazione**

Nella stimolazione musicale del paziente in coma, tramite l'ascolto di suoni e musiche registrate, si pone la ricerca di brani musicali che per caratteristiche relative ai parametri del suono e per componenti culturali e psicologiche possono esercitare una importante reazione cognitivo-emotiva o, meglio, emotivo-cognitiva.

L'esigenza di poter disporre di una cassetta o di un CD "universale" da utilizzare ad "ampio spettro" per i pazienti in coma nasce da una esigenza molto concreta: la costruzione di una sequenza di brani "personalizzata" sulla base di informazioni fornite da familiari ed amici può richiedere molto tempo per cui appare terapeuticamente utile riempire un "vuoto" che rischia talora di diventare troppo lungo.

In questo ambito l'aggettivo "universale" si riferisce ad una stimolazione sonoro-musicale che possa essere utilizzata in prima istanza per i pazienti ricoverati in reparto di Rianimazione e per i quali si ravvisa la possibilità di un intervento musicoterapeutico.

L'accezione "universale" può riferirsi ad un ambito più vasto ed indicare brani musicali che per i parametri sonori o per gli aspetti cognitivo-emotivi possono rivestire un "significato universale". La ricerca musicologica e musicoterapeutica in questo senso si è prevalentemente espressa in termini negativi: la musica non può rivestire un significato universale considerata la grande variabilità di componenti individuali, sociali, cultu-

Nel concetto di ISO secondo Benenzon si possono individuare aspetti comuni a tutte le culture

rali e per il fatto stesso di non costituire un linguaggio verbale, digitale, bensì un linguaggio non verbale, analogico. Non esiste, cioè, una grammatica

universale valida per tutti i tempi e tutti i luoghi anche se la musica rappresenta un fenomeno conosciuto e praticato ovunque.

Nel concetto di ISO secondo Benenzon (2002) si possono individuare aspetti comuni a tutte le culture come le ninne-nanne per i bambini. È indubbio che brani molto ritmati tendano ad associarsi al movimento, mentre altri più lenti e melodici possono più facilmente indurre alla riflessione. Anche il timbro può avere la sua importanza oltre che la frequenza e l'intensità. Un aspetto di universalità può essere ricercato nei suoni naturali ed in quelli fisiologici, in particolare il battito cardiaco con riferimento ad esperienze infantili precoci ed addirittura fetali. In realtà non vi sono prove decisive che esistano tracce mnemoniche di esperienze così precoci, né è dimostrabile che siano vissute da tutti allo stesso modo con le medesime reazioni emotive ed elaborazioni cognitive. D'altronde anche nell'ambito della psicologia della Gestalt si sta riconoscendo che una delle leggi maggiormente informanti e formanti la percezione è rappresentata dall'esperienza, diversa da soggetto a soggetto e nello stesso individuo, in relazione all'evolversi del tempo ed alle tappe della vita (Searle, 1992). Queste considerazioni partono da una impostazione musicologica applicata alla psicologia. Il *trait d'union* fra le due discipline potrebbe essere riassunto nell'affermazione di Mancina (2002) "La musica è isomorfica, cioè le sue strutture logiche presentano una analogia con la nostra vita affettiva" e, più specificatamente, nella precisazione di Langer (1942) per cui "Nella musica si crea una successione di tensione e risoluzione,

analogamente alla nostra vita emotiva, ma, nell'illusione artistica, questa successione diventa simultaneità". Il tempo in cui scorre la musica fa fluire le

emozioni con più rapidità e queste sembrano sovrapporsi come la risacca delle onde sulla battigia della spiaggia. Sentimenti e pensieri fra loro "distanti" possono incontrarsi e scontrarsi nel diverso fluire della musica rispetto a quello della vita permettendo che si creino relazioni che altrimenti non sarebbero possibili o richiederebbero elaborazioni più lunghe e complesse.

Un cammino inverso, dalla psicologia alla musicologia, può portare utili contributi. Diverse sono le impostazioni teoriche da cui si può partire e varie sono le conclusioni cui si può giungere. La psicologia del profondo in una lettura adleriana può rivelarsi proficua per l'attenzione egualmente rivolta alle dinamiche intrapsichiche ed interpersonali. La Psicologia Individuale (adleriana) condivide con altre teorie psicologiche e psicopatologiche del profondo (come quelle freudiana ed junghiana) un modello conflittuale della mente. Cioè la condizione esistenziale dell'essere umano è fondata sulla presenza di contrapposizioni fra diverse istanze intrapsichiche che si riflettono in conflitti interpersonali in un dinamismo evolutivo molto complesso.

L'organizzazione conflittuale della mente è considerata presente alla nascita o forgiatasi nei primi mesi di vita quando il mondo viene "investito affettivamente" prima di essere compreso cognitivamente.

Presunti parametri "universali" ipotizzati da alcune psicologie del profondo non hanno retto all'esame di studi transculturali con il contributo dell'antropologia e della sociologia. Il Complesso di Edipo individuato da Freud (1900) non sarebbe affatto diffuso presso tutte le culture e la

concezione junghiana di un inconscio collettivo appare una teorizzazione troppo metafisica per essere verificata con ricerche sul campo.

Più concretamente la psicologia Individuale pone una base universale delle dinamiche psicologiche dal momento che la mente viene intesa come quell'organo "sine materia" preposto ad affrontare i tre compiti fondamentali (universali) della vita: amore, amicizia, lavoro.

La prima e basilare dimensione conflittuale dell'organizzazione psichica è data dalla contrapposizione fra due istanze antitetiche:

- 1) il sentimento sociale che conduce l'individuo ad instaurare rapporti simmetrici, paritari, di collaborazione con i propri simili,
- 2) la volontà di potenza orientata alla ricerca della supremazia, del potere tramite la competizione e la lotta.

L'interazione dell'individuo con l'ambiente che lo circonda (familiare, sociale) forgeranno il particolare "stile di vita" di ogni soggetto dove il prevalere di uno dei due termini (in particolare il secondo) condurrà a situazioni patologiche o devianti, mentre il loro equilibrio plasmerà stili di vita adattativi.

Si possono individuare diverse altre contrapposizioni fra cui le più importanti sembrano essere:

- 1) bisogno di sicurezza/bisogno di libertà. La ricerca della sicurezza comporta il possesso, le abitudini, l'appartenenza ad un gruppo, la routinarietà, la presenza di legami stabili, la progettualità verso il futuro, il potere. La ricerca della libertà è la fuga da tutto questo, è il desiderio di solitudine, il rifiuto verso gli affetti stabili, la routine, la responsabilità.
- 2) principio di piacere/principio di realtà. Era già stato individuato da Freud (1900) come base della psicosessualità. Da una parte si pone la ricerca del piacere, l'evitamento del dolore, dall'altra la capacità di procrastinare la soddisfazione del piacere, la possibilità di sopportare la frustrazione e di adattarsi alla realtà.

- 3) autoplasia/alloplasia. Si riferisce fondamentalmente alla capacità di adattamento alla realtà ed alle sue trasformazioni. Nell'autoplasia il soggetto è in grado di aderire all'evoluzione della storia agendo sui propri affetti e modificando la propria visione del mondo, mentre nell'alloplasia cerca di forgiare la realtà esterna a propria immagine e costringerla alla propria volontà.

- 4) maschile/femminile. Freud (1900) ed Adler (1911) avevano fatto riferimento all'ermafroditismo psichico e Jung (1931) ai concetti archetipali di Animus ed Anima. Nell'individuo sia maschio che femmina sarebbero presenti aspetti tipici dell'altro genere la cui integrazione nella personalità può essere armonica o disarmonica. La contrapposizione maschile/femminile diviene una chiave di lettura di diverse altre antitesi quali forte/debole, attivo/passivo, dominante/dominato, indipendente/dipendente, ecc., in riferimento anche a concezioni filosofiche orientali come yin e yang (Capra, 1982).

- 5) attaccamento/separazione. Uno dei nodi cruciali nella vita di un essere umano è il distacco dalla famiglia che, a seconda delle società e delle culture, può essere diversamente organizzata: la famiglia nucleare nella società occidentale; il clan familiare diffuso fra le società tradizionali. Nell'ambito di tale antitesi si pongono da una parte i legami e gli affetti familiari con la loro azione rassicurante, dall'altra il bisogno di autonomia, indipendenza, autorealizzazione nel mondo alla ricerca di nuovi affetti e della soddisfazione di desideri, come quello sessuale, che non possono essere realizzati fra le mura domestiche se non connotando situazioni patologiche. Diversi fattori come un atteggiamento viziante o rifiutante o, ancora, ambivalente, da parte della famiglia possono rendere tale conflitto altamente problematico congelandolo in una posizione di non risoluzione psicologica e relazionale.

L'evoluzione dinamica della personalità, in rapida successione nei primi anni, ma persistente per tutta l'esistenza, conduce al manifestarsi di uno stile di vita individuale ed irripetibile per cui diversi saranno gli atteggiamenti nei confronti di grandi temi come l'attaccamento, la perdita, l'abbandono, la separazione, la modulazione della distanza interpersonale solo per citarne alcuni.

Secondo la concezione psicodinamica, quindi, la condizione psicologica "normale" è basata sulla presenza di conflitti. La sofferenza psichica e le manifestazioni psicopatologiche derivano da una disarmonica integrazione dei termini delle situazioni conflittuali o con organizzazioni troppo rigidamente costituite in una sola direzione o con altre troppo fluide per cui ad ogni "scelta" un determinato conflitto si ripropone costantemente in modo acuto. Il dispiacere è legato ad un conflitto irrisolto ed in atto, il piacere deriva da una composizione, anche superficiale e momentanea, del conflitto.

Patologie psichiatriche più gravi (ad esempio, le psicosi) sono intese come risultanti da una situazione di conflitto molto precoce e profonda fra il Sé e l'ambiente esterno tali da impedire la possibilità di una coesistenza di conflitti all'interno della persona per cui un determinato aspetto conflittuale deve essere "proiettato" all'esterno (ad esempio, il delirio di persecuzione). Per tale motivo anche la somministrazione di una cassetta universale non può prescindere da una accurata raccolta di dati anamnestici.

A parte tale situazione più tipicamente psichiatrica, si può ritenere, in base alle considerazioni effettuate, che rivesta significato terapeutico tutto ciò che possa incidere sulle dinamiche conflittuali della psiche.

Avrà significato di "guarigione" (sempre che sia possibile) ciò che risolve il conflitto. Si potrà parlare di "cura" in riferimento a ciò che riduce, lenisce le manifestazioni del conflitto. Il termine "ria-

bilitazione" potrà essere utilizzato per meglio caratterizzare quegli interventi mirati verso quelle patologie più prettamente psichiatriche cui si è fatto cenno in precedenza (Postacchini et Al.).

Poco si conosce circa la vita psichica del paziente in coma. L'abolizione della coscienza non implica automaticamente la totale assenza di attività mentali la quale può essere presente con caratteristiche quantitative e qualitative diverse in relazione alla tipologia ed alla gravità del coma (Scarso et Al. 1998). Il distacco dall'ambiente può significare la mancanza di conflitti in atto, ma potrebbe anche comportare, come ipotizzano Oppenheim-Gluckman et Al. (1993) che il paziente in coma sia molto più vicino all'inconscio dove risiedono ed agiscono le dinamiche conflittuali profonde.

In relazione alla concezione isomorfica della musica sopra citata, si potrebbe giungere alla conclusione che qualsiasi musica, per sue caratteristiche intrinseche, abbia un effetto terapeutico in senso lato.

In base a quanto riportato in letteratura e sull'esperienza clinica fin qui maturata, ivi comprese le discussioni dell'équipe musicoterapeutica, questa sembra essere un'affermazione "cornice", molto vasta in cui devono essere contestualizzati aspetti diversi che possono portare ad un quadro variegato, ma isomorfico ed armonico. Se è vero che la musica attraversa tutte le culture, è anche vero che ciò che è consonante e ciò che è dissonante può variare nel tempo e nello spazio.

Nel quadro delineato dalla cornice sopraindicata, potrebbe collocarsi un'affermazione diametralmente opposta alla precedente (che rischia di porsi al di fuori della cornice): può essere considerata di valore universale solo una composizione di brani personalizzata. Proprio perchè il soggetto prediligeva quelle musiche e non altre, si può ipotizzare che quelle e solo quelle potevano e possono svolgere un'azione positiva su quel soggetto.

Sembra di essere approdati ad una posizione di

- Adler A.
(1911). Ed.It. *Il Temperamento nervoso*. Astrolabio, Roma, 1950.
- Benenzon R.O.
Definizioni della musicoterapia. In: Benenzon R.O. (a cura di) *Musicoterapia e coma*. Phoenix, Roma, 2002.
- Capra F.
(1975). Ed.It. *Il Tao della fisica*. Adelphi, Milano, 1982.
- Disoteo M.
Didattica interculturale della musica. Editrice Missionaria Italiana, Bologna, 1998.
- Freud S.
(1900). Ed.It.
L'interpretazione dei sogni. Avanzino e Torraca, Roma, 1968.
- Jung C.G.
(1931). Ed.It. *Psicologia analitica e arte poetica*. Boringhieri, Torino, 1985.
- Langer S.
(1942). Ed.It. *Filosofia in una nuova chiave*. Armando, Roma, 1972.
- Mancina M.
Psicoanalisi e forme musicali. In: Volterra V. (a cura di) *Melanconia e musica*. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.
Lineamenti di musicoterapia. Carocci, Roma, 1998.

conflitto che rende difficile la composizione di un quadro armonico.

Nonostante che nella nostra società occidentale si configuri sempre più una situazione di multi-eticità e che si parli di un "villaggio globale" che attraverso le moderne vie di comunicazione abbraccia tutta la terra, al punto che la ricerca musicale tende sempre di più nella direzione dell'inglobamento di sonorità di varia provenienza, tuttavia notevoli differenze culturali ancora persistono. Ogni cultura esprime nella musica secondo Disoteo (1998) il proprio rapporto con lo spazio ed il tempo.

Sempre sulla base di quanto espresso in letteratura (Benenzon, 2002) e della nostra esperienza clinica, riteniamo che l'aspetto culturale (e gruppa- le in quanto una cultura non è un tutto omogeneo) possa rappresentare il collegamento fra universale e personale rendendo possibile la realizzazione di un quadro armonico all'interno di una cornice generale.

La realtà sociale dell'immigrazione extracomunitaria, ad esempio, è improntata ad una separazione fra gruppi etnici la cui integrazione appare ancora superficiale e frammentaria.

L'apporto di nuove sonorità può essere accettato dal nostro mondo occidentale, da gruppi di avanguardia e dai giovani in generale, ma l'immigrato rimane spesso legato alle proprie tradizioni per un bisogno di appartenenza e per mantenere un'identità culturale e, quindi, personale (autoidentità). In conclusione, sulla base delle considerazioni effettuate, sembra che l'uso di una cassetta universale, improntato ad esigenze cliniche, sia attuabile se si realizzano alcune condizioni:

- 1) raccolta di un'anamnesi sonoro-musicale e psicologico-relazionale del paziente grazie alla collaborazione di familiari ed amici,
- 2) costruzione di sequenze musicali che tengano conto della cultura di provenienza del soggetto,
- 3) discussione di ogni singolo caso nelle riunioni periodiche dell'équipe curante.

Per quanto non specificato nel presente articolo ci si attiene al protocollo terapeutico illustrato altrove (Scarso et Al. 2002).

L'esigenza di poter disporre di cassette o CD costruiti sulla base di fattori culturali comporta la possibilità di collaborare con centri sociali che fanno riferimento ad aree di immigrazione diverse che esprimono la realtà multietnica della zona dove si opera. Comporta, inoltre, il problema della formazione interculturale degli operatori sociali e sanitari. A Torino è attualmente in fase di studio e di preparazione un progetto che permetta di conseguire tali obiettivi.

■ Oppenheim-Gluchman H., Fermanian J., Derousné C. Coma et vie psychique inconsciente. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 11: 425-450, 1993.

■ Scarso G., Emanuelli G., Salza P., De Bacco C. La stimolazione sonoro-musicale di pazienti in coma. In: Manarolo G., Borghesi M. (a cura di) *Musica e Terapia*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.

■ Scarso G., Ponzio E., Visintin A., Urciuoli R. La stimolazione sonoro-musicale nel coma acuto e nelle forme persistenti. La ricerca di un modello. In: Benenzon R.O. (a cura di) *Musicoterapia e coma*. Phoenix, Roma, 2002.

■ Searle J.R. *The rediscovery of the mind*. MIT Press, Cambridge, MA, 1992.

Validità del training musicoterapico in pazienti in stato vegetativo persistente: studio su tre casi clinici

Recent researches about Permanent Vegetative State patients have shown the efficacy of certain musical pieces to recover non-verbal communication. The present study has evaluate the correlations between musical training and quantitative/qualitative variations of cortical activity by means of Brain Electrocortical Mapping.

Studi recenti condotti mediante indagini neurofisiologiche (Potenziali Evocati Corticali, Mapping elettroencefalografico, Elettromiografia di superficie, ecc.) evidenziano con innegabile rigore scientifico, i favorevoli effetti di predeterminati brani musicali tanto su diverse funzioni organiche (ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, attività elettrocorticale, tono muscolare, ecc.), quanto sulla capacità di attivazione della corteccia bi-emisferica per quanto attiene ai compiti di elaborazione e decodificazione degli stimoli sonori: in particolare alcune regioni dell'emisfero minore sarebbero responsabili del riconoscimento e della riproduzione di una melodia, mentre all'emisfero controlaterale spetterebbe la traduzione di segni e codici e la fruizione del ritmo.

Giova, tuttavia, sottolineare che la musica, la cui fruizione avviene tanto a livello sottocorticale per attivazione talamica (tamburellare, fischiare, ecc.), quanto a livello corticale bi-emisferico per elaborazione delle qualità ritmico-melodico-armoniche, interviene specificamente sul cervello "limbico" o emozionale (collegato con il sistema ipotalamo-ipofisario) deputato al controllo delle emozioni per promuovere poi l'attivazione sia del livello inferiore, rappresentato dal cervello "rettilio" (tronco-encefalo), delegato al controllo nervoso delle funzioni organiche, sia sul cervello "razionale" (corteccia cerebrale) che provvede alle funzioni di elaborazione ed integrazione degli stimoli sonori.

Recenti studi su pazienti in stato di coma hanno dimostrato che la musica rappresenta un valido

La fruizione della musica avviene tanto a livello sottocorticale per attivazione talamica (tamburellare, fischiare, ecc.), quanto a livello corticale bi-emisferico per elaborazione delle qualità ritmico-melodico-armoniche

Alcuni brani musicali sollecitano favorevolmente l'attività elettrocorticale del soggetto

ausilio per tentare di ripristinare una comunicazione non-verbale tra il soggetto e l'ambiente esterno: in particolare sono state utilizzate strumentalità neu-

rofisiologiche sofisticate (Mapping Cerebrale, PET e Potenziali Evocati) che hanno dimostrato inequivocabilmente una correlazione tra i singoli brani musicali somministrati e le variazioni qualitative e quantitative dell'attività elettrocorticale del soggetto, confermando la capacità di "sentire", se non di "ascoltare", da parte del paziente.

Nel nostro studio abbiamo verificato la capacità di alcuni brani musicali, scelti sulla scorta della storia clinica e dell'anamnesi psico-sonora del paziente riferite dai familiari, di sortire ricadute favorevoli sull'attività elettrocorticale del soggetto, rilevata mediante mappaggio elettroencefalografico: tali rilievi hanno, infatti, evidenziato un aumento dei ritmi alfa (tipico dello stato di veglia rilassata) e delta (tipico dello stato di rilassamento profondo delle fasi 3 e 4 del periodo pre-REM), e concomitante significativa riduzione dei ritmi rapidi muscolari, con periodi incostanti, ma ripetuti di buona sincronizzazione del tracciato (segno di riorganizzazione dell'attività elettrocorticale).

Tali osservazioni sono state, poi, suffragate dall'adozione sistematica della Musicoterapia nel protocollo d'intervento riabilitativo di alcune importanti strutture di alta specialità riabilitativa, deputate alla cura di pazienti post-comatosi, che hanno ottenuto risultati spesso sorprendenti, raggiunti grazie ad un complesso e paziente lavoro di équipe mirato da un lato al miglioramento dello stato clinico del paziente, dall'altro ad arricchire l'iter terapeutico di un costante automonitoraggio dei risultati, al fine di limitare pericolose soggettività interpretative.

È utile, pertanto, ricordare che se la conoscenza degli effetti determinati dall'ascolto musicale è

importante ai fini di un proficuo risultato per il paziente, essa diventa elemento imprescindibile del trattamento in pazienti in cui, per la totale impossibilità di

comunicare le sensazioni piacevoli o sgradevoli determinate dal brano somministrato, diviene assai pericolosa la scelta di brani di cui non si possano prevedere e/o controllare gli effetti, con il conseguente rischio di pregiudicare l'intero iter terapeutico o, peggio, di esporre il paziente a veri e propri pericoli di vita (ad esempio improvvise aritmie cardiache e/o crisi epilettiche).

Casistica, materiali e metodi

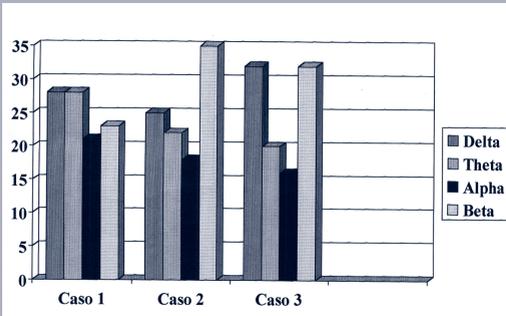
Nel nostro studio sono stati arruolati 2 pazienti maschi (età: 32 e 36 anni) ed 1 femmina (di anni 68), ricoverati entro un periodo massimo di sessanta giorni dall'evento di malattia e tutti provenienti da Divisioni di Anestesia e Rianimazione: in particolare i primi due pazienti presentavano lesioni emisferiche su base post-traumatica, mentre la terza paziente presentava un grave quadro post-anossico secondario ad infezione tetanica.

I pazienti, entro le prime due settimane di ricovero, sono stati sottoposti a seduta di registrazione elettroencefalografica con montaggio a 16 elettrodi e conseguente mappaggio dell'attività elettrocorticale sia in condizioni basali (15 minuti), sia durante somministrazione musicale (30 minuti), per una durata complessiva di 45-50 minuti. Successivamente i pazienti hanno effettuato sedute di Musicoterapia recettiva (ascolto) con cadenza settimanale, compatibilmente con la routine diagnostico-terapeutico-riabilitativa e le eventuali controindicazioni relative che si manifestavano di volta in volta nei pazienti (febbre, indisponibilità dei parenti, concordanza con gli orari delle sedute riabilitative). La seduta di mappaggio elettroencefalografico è stata, poi, ripetuta

ta con le stesse modalità di quella iniziale, ma per una durata inferiore (in quanto sono stati selezionati i brani cui i pazienti sembravano rispondere maggiormente), a distanza di almeno 60 giorni dalla prima.

Sono stati esclusi in fase di arruolamento tutti quei pazienti, affetti da un quadro di malattia compatibile con il nostro studio, ma che all'anamnesi psico-sonora raccolta dai familiari presentavano controindicazioni assolute e/o relative alla musicoterapia (epilessia, ipertensione non trattata, depressione, ipomaniacalità, deterioramento cognitivo, emisomatognosia, cofosi grave, ecc.).

MT e stato vegetativo Persistente. Pre-trattamento



Durante il ricovero sono stati, inoltre, effettuati colloqui psicologici con i familiari dei pazienti ed in un caso con il paziente stesso (la cui riemersione dal coma è stata davvero sorprendente per quanto attiene al quadro cognitivo con buon recupero, seppure parziale, del linguaggio verbale) e monitoraggio psico-fisiologico mediante Biofeedback durante una delle sedute musicoterapiche per valutare alcuni parametri quali tono muscolare, conduttanza elettrodermica cutanea e frequenza cardiaca.

Risultati e conclusioni

Pur avendo effettuato il nostro studio in tutti e tre i pazienti, ci è parso opportuno confrontare

fra loro i dati conclusivi relativi ai due pazienti maschi, in quanto caratterizzati da similitudini significative sia per quadro clinico, sia per durata della degenza.

Tuttavia assai interessanti sono apparsi i dati relativi alla terza paziente che, nonostante la diversità del quadro clinico ed il minore tempo di degenza complessiva, ha mostrato una discreta capacità di comunicazione non verbale nelle sedute effettuate durante un ricovero per follow-up a distanza di circa 4 mesi.

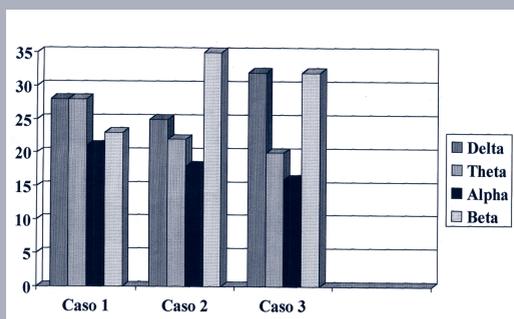
In tal senso va sottolineato che gioca un ruolo determinante la disponibilità dei parenti nella partecipazione alle sedute, quale momento motivazionale importante durante tutte le fasi dell'iter terapeutico, ma particolarmente significativo nel training musicoterapico.

I dati da noi ottenuti hanno evidenziato la capacità di alcuni brani musicali di determinare un rilassamento profondo, caratterizzato dall'aumento dei ritmi lenti elettrocorticali (Theta e Delta), tipici delle fasi di pre-sonno, con una concomitante riduzione dei ritmi rapidi muscolari (Beta).

Assai interessante è apparsa, altresì, la capacità di altri brani con caratteristiche ritmico-melodiche differenti di stimolare aree deputate alla programmazione motoria attivando efficacemente la "risposta anticipatoria muscolare", momento imprescindibile perché il movimento "pensato" possa tradursi in gesto finalistico e, quindi, in azione.

Dalle sedute di valutazione psico-fisiologica si desume, inoltre, la capacità di predeterminati brani musicali di fungere da situazione stressante e/o rilassante per quanto attiene il controllo della frequenza cardiaca e del tono muscolare, entrambi aspetti assai importanti in pazienti costantemente alle prese con crisi vegetative caratterizzate da tachicardia, crisi pressorie, sudorazione profusa ed accentuazione dell'ipertonìa spastica.

MT e stato vegetativo Persistente. Post-trattamento



Quanto detto dimostra la validità del trattamento musicoterapico che, scevro da qualsiasi presunzione miracolistica, si pone quale utile complemento alle metodiche recuperative classiche, di cui amplia e potenzia l'efficacia, in quanto metodica psico-relazionale non verbale, in grado di arricchire il protocollo terapeutico-riabilitativo proponibile a pazienti post-comatosi. Ciò al fine di promuovere, se possibile, il recupero psico-fisico del soggetto e motivare i familiari ad una corretta gestione degli esiti (talora gravissimi) di malattia, nel tentativo, difficile ma possibile, di ridare "voce" al silenzio.

■ Arcieri F. et al.
Metodo Tomatis e postura. In *"Riabilitazione Oggi"*, anno XIII, n°4, pp. 34-40. Editrice Speciale Riabilitazione. Milano, 1996.

■ Humeau S.
Gli effetti neurofisiologici della musica. In *"Le musiche che guariscono"*, pp. 25-32. IPSA ed. Palermo, 1990.

■ Laurentaci C., Megna M., Megna G.
Aspetti neurovegetativi del trattamento musicoterapico. In *Atti del X Congresso Europeo in Medicina Fisica e Riabilitazione*, p. 153, Roma, 1997.

■ Laurentaci C., Di Quarto G., Sdanganelli F. e Megna G.
La Musicoterapia nel trattamento recuperativo dello Stato Vegetativo Persistente: osservazione di un caso clinico. In *Atti VII Congresso Intersocietario di Riabilitazione Neurologica*, pp. 166-169. Milano, settembre 1998.

■ Scrimali T., Cultrera G., Auditore R.
La dimensione psicofisiologica del suono. In G.G. Perilli e F. Russo *"La medicina dei suoni"*, pp. 184-190. Ed. Borla, Roma, 1998.

■ Laurentaci C., Megna G.
La Musicoterapia nel training recuperativo di pazienti in stato vegetativo persistente: studio su due casi clinici. In *Atti del XXVIII Congresso Nazionale S.I.M.F.E.R.*, pp. 135-136. Napoli, 2000.

L'approccio musicoterapico con un bambino affetto da grave epilessia. Il caso di Leonardo

In this article we describe the treatment of a patient affected with serious epilepsy.

We based the musictherapeutic work on strengthening of the mother-child interaction, inspired by the psychodynamic theoretical model. This model is centred on the principle "Iso" and on "intermediary object".

The change occurred through: affectives "tunings"(Stern); empathic mirroring; sonorous dialogue; sensory stimulation; vocal and instrumental improvisation.

We used the "sound-rhythm-movement" paradigm for going back to the archaic and primitive forms of communication pre birth and post birth.

We stimulated and increased the interaction between the patient and his mother within musictherapeutical relation.

Anamnesi

Leonardo è un bimbo che, nella sua breve vita (è nato il 2/8/1995), ha già alle spalle una storia clinica seria, "pesante", difficilissima da accettare per i suoi familiari e da sopportare, soprattutto per il suo corpicino provato da tanta sofferenza. Secondogenito di due figli, è nato dopo 37 settimane di gestazione, con il parto cesareo. La mamma mi riferisce che durante la gravidanza, nei primi tre mesi, subì un distacco di placenta, ma nell'amniocentesi e negli esami di controllo risultava tutto nella norma. Al momento della nascita, a causa di una maldestra manovra degli infermieri, si frattura la clavicola destra e si riscontrano, già nelle prime ore di vita, problemi di ambientazione e adattamento e una lieve malformazione in entrambe le mani, ovvero una retrazione muscolare degli anulari. Il bambino dormiva per gran parte del tempo, non ciucciava, non piangeva, non era reattivo e si manifestavano anche delle crisi respiratorie.

In questo drammatico inizio della sua vita, anche la relazione con la madre viene gravemente

**Leonardo
è un bimbo che,
nella sua breve
vita (è nato
il 2/8/1995),
ha già alle spalle
una storia clinica
seria, "pesante",
difficilissima
da accettare
e da sopportare**

Leonardo soffre di una patologia rara e gravissima: Epilessia parziale con crisi migranti

compromessa. M. (la mamma di Leonardo), mi racconta, non senza enormi sensi di colpa e un grande carico di vissuti emotivi, che nei primi giorni dopo il

parto, non riusciva a prenderlo in braccio, né ad allattarlo, né a guardarlo o accarezzarlo, tanto grande era il rifiuto del suo aspetto fisico e di tutti i problemi che il bambino presentava.

A 4 mesi si ammala di varicella e sul finire della malattia compare un rialzo febbrile accompagnato da crisi convulsiva. In seguito a tale episodio viene preso in cura da una neuropsichiatra, che lo sottopone ad una cura preventiva anti-convulsivante.

Verso il 5° mese il bambino ha un'altra crisi convulsiva, che questa volta viene diagnosticata come epilessia. Da questo momento in poi la sua vita e quella dei familiari (soprattutto della mamma), viene totalmente sconvolta ed entra in un vortice, mai interrotto, di ricoveri, viaggi in centri specializzati e tentativi di cura con farmaci pesantissimi, che provocano innumerevoli effetti collaterali.

A 5 mesi viene dunque ricoverato in un Ospedale di Pavia ed entra in una condizione di pre-coma, con uno "stato di male" che causa 40 crisi giornaliere. In questo periodo la mamma è sempre presente, unica figura rassicurante, conosciuta. Lo consola, lo culla, gli parla, lo accarezza, lo abbraccia, gli canta una ninna-nanna senza parole, la cui melodia è riprodotta da un giocattolo di spugna, che gli mette sul cuscino per farlo addormentare. Il loro legame, dopo il rifiuto iniziale, diventa sempre più saldo, più intenso, pieno di attenzioni e di tenerezza (M. ha messo da parte la sua vita per stare accanto al figlio).

La diagnosi è molto severa: Leonardo soffre di una patologia rara e gravissima: Epilessia parziale con crisi migranti.

Viene ricoverato a Parigi, all'Hopital Saint-Vincent du Pol, dove comincia una cura sperimentale a base di un farmaco (lo stiripentolo, che assume tutt'og-

gi), che provoca ulcere esofagee, stipsi cronica, difficoltà di alimentazione con conseguente calo di peso corporeo e ipotonia muscolare.

La malattia è caratterizzata da continue crisi casuali multifocali (che coinvolgono le aree di entrambi gli emisferi del cervello); resistenza ai farmaci antiepilettici convenzionali; carenza di un'eziologia dimostrabile; consistente ritardo psicomotorio. Le crisi sono frequenti, si verificano in sequenza e spesso si sviluppano nascostamente anche, quando, dopo le precedenti scariche, il paziente è in miglioramento. Il deterioramento neurologico, dovuto al blocco della mielinizzazione, causa una progressiva perdita del contatto visivo (ipovisione cerebrale), l'incapacità di afferrare gli oggetti, perdita delle capacità motorie e di socializzazione. Tra più crisi consecutive, i pazienti sono flosci, tendono a perdere saliva e spesso accusano sonnolenza. Non possono né bere, né mangiare e quando subentra un altro blocco di crisi, regrediscono nuovamente.

Attualmente il bambino presenta tutta la sintomatologia, ma la continuità della cura ha ridotto la frequenza delle crisi. Anche l'alimentazione è lievemente aumentata (pur permanendo la condizione di denutrizione) e, grazie alla somministrazione di cibi semi-solidi sta apprendendo il meccanismo della masticazione.

Osservazione musicoterapica

Ho avuto modo di osservare a lungo il bambino nel contesto familiare, in vari momenti della giornata e nell'arco del trattamento, che ha avuto inizio nell'ottobre del 1999 e si è concluso nel novembre del 2001. Utilizzando i protocolli di

valutazione musicoterapica suggeriti dalla Boxill (1991), ho compiuto una valutazione globale del suo comportamento relazionale e comunicazionale e delle reazioni ai vari stimoli sonori, tattili, visivi, sensoriali e motori.

Leonardo è un bambino dolce e silenzioso, ma il suo silenzio è estremamente "rumoroso", denso di vissuti emotivi, ed affettivi. Il suo corpo è fragile, delicato, magro, di una magrezza al limite della sopravvivenza. Presenta una cifosi toracica con compenso cervicale e spalle protrate. Passa gran parte della giornata disteso nel letto in posizione supina, oppure seduto in una poltrona o un divano.

A livello motorio vi è un'ipotonìa generalizzata, ma riesce a mantenere la posizione seduta con appoggio, con un discreto controllo del tronco. La testa invece ricade in avanti o all'indietro se non è trattenuta.

Posto in posizione prona, libera le braccia con aiuto e accenna a sollevare il capo. Sono presenti stereotipie motorie, in particolar modo del capo e di entrambe le braccia, che muove continuamente da sinistra a destra e viceversa. Gli arti inferiori sono invece lievemente più tonici e Leonardo accenna dei piccoli movimenti nel tentativo di sollevarli, oppure li allunga, irrigidendo i muscoli.

La manipolazione e l'esplorazione degli oggetti è molto ridotta a causa delle difficoltà di prensione, accentuate dalla retrazione muscolare degli anulari, tuttavia se opportunamente stimolato, accenna ad esplorarli e ad iniziare una forma di gioco, riuscendo ad integrare il canale visivo a quello tattile. Da questo punto di vista il bambino riceve continue stimolazioni dagli innumerevoli giochi, oggetti di psicomotricità e altri creati per lui dalla mamma, sparsi per tutta la casa. Il bambino dimostra di essere in grado di fissare (guarda per es. alcuni oggetti appesi alle pareti della stanza), di seguire per brevi tratti un oggetto, anche non particolarmente colorato, entro

una distanza di un metro circa. Oltre tale distanza perde gradualmente l'interesse visivo.

È attratto soprattutto dai rumori e suoni circostanti pur non essendo sempre in grado di differenziarli. Quando sente tali suoni, sposta lo sguardo verso la fonte sonora, escludendo il canale visivo. Nelle prime sedute di osservazione ho stimolato il bambino con vari strumenti ed ogni volta girava lo sguardo e si fermava ad ascoltare per qualche minuto. In particolar modo è stato attratto: dal tamburello, al quale ha avvicinato le mani, grattandone leggermente la superficie; dalle maracas con le quali accarezzavo tutto il suo corpo mentre lui rispondeva con un lieve sorriso; dal triangolo (quello con la frequenza più acuta), il cui suono ha destato tutta la sua attenzione.

Ma lo strumento in grado di coinvolgerlo totalmente, a livello corporeo (vibro-tattile) e mentale (sensazioni, percezioni, emozioni) è stato sicuramente il pianoforte. Il suono di tale strumento sembra essere particolarmente gradito dal bambino. Quando vi è disteso sopra e ascolta le mie produzioni sonore/musicali, risponde costantemente, dimostrando interesse e piacere, con delle variazioni toniche e mimiche.

Il bambino emette ogni tanto dei suoni (una sorta di parlottio) o alcune vocalizzazioni (raramente) e riesce a pronunciare due parole (acqua e mamma). Prima delle crisi riusciva anche ad emettere dei gorgheggi.

Non piange, (non ha mai pianto) e non ride, piuttosto emette dei lamenti e sorride.

La sua comunicazione avviene totalmente su un piano non verbale, attraverso il sorriso e tramite qualche variazione tonica, ma il suo viso e i suoi gesti sono estremamente espressivi.

La prima volta che lo incontrai rimasi colpita dai suoi occhi, che esprimevano in quel momento tristezza e "parlavano, raccontavano" la sua storia, ma in altri momenti comunicano stupore, serenità, rabbia, fastidio. Talvolta li chiude, ritraendo-

si in sé stesso, in un sonno che appare come modalità difensiva, esprimendo una mancanza di fiducia o la voglia di non comunicare ed isolarsi. In altre occasioni aggrota le sopracciglia o li spalanca soprattutto quando è in braccio alla mamma e ascolta la sua voce. L'oggetto privilegiato di comunicazione è la madre, che rappresenta per lui la vita. Ho osservato quanto la loro relazione sia ricca di "sintonizzazioni affettive", di piccoli segnali di comunicazione, che rendono felici entrambi, in un gioco continuo di aggiustamenti e regolazioni non verbali.

Leonardo adora il contatto fisico, i baci, le carezze, la voce parlata o cantilenata della madre. Quando la mamma si rivolge a lui o si sta muovendo nella stanza, il bambino vivacizza, riattiva tutti i canali sensoriali. Quando lo prende in braccio e lo coccola, egli si rianima, appare visibilmente contento, più vitale, più recettivo. Se la madre si allontana esprime con la mimica facciale la sua delusione, la sua solitudine e si rifugia il più delle volte nelle stereotipie motorie o nell'immobilità.

Nei rari momenti di irrequietezza, il coinvolgimento verbale della sua mamma e il loro dialogo tonico, lo rassicurano, e lo calmano immediatamente.

Leonardo accetta il tocco materno in tutte le zone del corpo, rispondendo con un discreto rilassamento e, talvolta, accenna delle piccole carezze sul viso e sulla mano della madre. In braccio a me o ad estranei, è più teso, si irrigidisce, ma se la madre è nelle vicinanze e gli parla e lo rassicura, acquista fiducia, si rilassa, e accetta il contatto, la relazione.

La madre gli pone talvolta delle domande (per es. "hai fame?", "dove ti fa male?") e il bambino risponde gestualmente, toccandosi una parte del corpo (la bocca se ha fame, il naso se ha difficoltà a respirare).

La mamma è colei che lo nutre (solamente da lei accetta il cibo), che lo accudisce, che lo fa senti-

re al sicuro, che lo incoraggia nell'esplorazione dell'ambiente, mentre le altre figure familiari (il papà, il fratello, la baby-sitter), sono ugualmente importanti ma più marginali e meno "in sintonia" con i suoi stati d'animo e il suo sistema di comunicazione.

Metodologia dell'intervento

Il trattamento si è svolto nell'arco di due anni, con brevi periodi di interruzione e ha avuto una cadenza di due incontri settimanali di 40 minuti. Il setting era costituito da una stanza non troppo ampia, semi-insonorizzata, con illuminazione sfumata, i materiali che ho utilizzato sono stati alcuni strumenti musicali (il pianoforte, il tamburello, le maracas, le nacchere, i sonagli, il triangolo, il tamburo, il cembalo) e alcuni piccoli oggetti colorati, di stoffa o di plastica, appartenenti al bambino (tra cui un bracciale di cerchi concentrici, un foulard di raso azzurro, e dei guanti alla cui estremità vi era un gioco sonoro).

Ho utilizzato l'elemento ritmico-sonoro-musicale con una doppia funzionalità: sia come "attivatore", sfruttando l'ampia gamma di qualità timbriche, di variazioni d'intensità, di estensione grave-medio-acuta, di pulsazioni ritmiche costanti modulate nell'agogica; sia come "contenitore", mirando soprattutto al rilassamento corporeo e al recupero di sonorità primitive, arcaiche, rassicuranti, di nutrimento, creando un'atmosfera di "bagno sonoro".

Ho ritenuto fondamentale e necessaria, alla luce delle osservazioni fatte nella prima fase, la presenza costante della mamma, che ha preso parte attiva nelle sedute ed è stata il perno di un lavoro teso a rinforzare la comunicazione madre-bambino, attraverso l'integrazione e la sintonizzazione dei loro stati affettivi con i miei, in una ricerca costante delle identità sonore. L'inizio della seduta era caratterizzato da un momento di accoglienza e saluto, nel quale creavo un ambiente favorevole alla relazione, mediante un motivo

di benvenuto, suonato e cantato. Come afferma Edith Boxill (1991), la "canzone del contatto" fornisce una base sicura per la persona, è un'affermazione di fiducia, di essere, di divenire, di andare oltre".

La melodia, suonata nella parte centrale del pianoforte, era molto semplice e basata principalmente su intervalli di terza, in tempo binario (entrambe caratteristiche di gran parte delle canzoni infantili), in progressione discendente sulla tonalità di Do maggiore.

Al basso invece armonizzavo con semplici accordi maggiori arpeggiati.

Tale motivo rimaneva invariato nelle sedute e costituiva un segnale di riconoscimento dell'attività che il bambino doveva svolgere. La voce della mamma, nel cantare insieme a me, costituiva un ulteriore rinforzo positivo.

Spesso il bambino era agitato all'inizio della seduta, mostrando le stereotipie motorie e irrigidendo gli arti inferiori, ma il contatto con la mamma che lo conteneva con le sue braccia, e il suono del pianoforte, in particolare della canzone di benvenuto "Ciao Leonardo", lo facevano rilassare completamente, tanto che si fermava ad ascoltare con la massima attenzione, girando spesso la testa verso di me, distendendo le gambe e sciogliendo la tensione muscolare.

Il bambino veniva così disteso sul coperchio del pianoforte, per ricevere in larga parte, le stimolazioni vibro-tattili prodotte dallo strumento. Questo modo di procedere, soprattutto nelle patologie di pluriminorazioni sensoriali o gravi compromissioni motorie, consente di coinvolgere i pazienti a livello corporeo oltre che uditivo.

L'approccio musicoterapico nel caso di Leonardo, si è basato sulla risonanza corporea, che sfrutta le onde sonore provenienti dalla cassa armonica del pianoforte.

Tale effetto vibratorio ha consentito di creare nel bambino delle forti emozioni, accompagnate da intense sensazioni interne, ottime anche per sti-

molare l'esplorazione corporea.

Nell'improvvisazione musicale o nella riproduzione di canzoni, musiche, sonorità caratterizzanti l'Iso del bambino e della coppia madre-figlio, traevo spunto da ogni movimento di Leonardo, dall'espressione del suo viso, dal dialogo non verbale (posturale, corporeo, ritmico, vocale, gestuale) e verbale della relazione tra M. e Leonardo, con l'intento di rispecchiarli con i suoni e i ritmi, determinando corrispondenza e sincronicità tra sentimenti, stati d'animo, movimenti del corpo, comportamenti e la produzione sonoro/musicale. Durante l'improvvisazione mi ponevo nella condizione di massimo ascolto empatico (interno ed esterno), rispettando le pause, i tempi di risposta, il silenzio, la percezione degli stati emotivi e delle sensazioni; e così pure incoraggiavo e stimolavo la comunicazione, convalidavo, cambiavo e ridezionavo un comportamento, integrando le risposte di Leonardo e della mamma alla mia musicalità.

In un gioco circolare di dialogo sonoro-musicale (proposta-risposta), gestuale, corporeo, la mamma stimolava Leonardo in varie attività che coinvolgevano le braccia e le gambe, o altre parti del corpo, rispecchiando il prodotto della mia improvvisazione e viceversa, io improvvisavo a partire dalla loro interazione.

Passavo gradualmente dal registro grave a quello acuto dello strumento, riproducendo la stimolazione tattile della mamma che iniziava dai piedi e risaliva fino al capo, e viceversa, in un movimento discendente, riproducevo con dei glissati, lo sfioramento rapido, dal capo ai piedi, mediante il velo colorato.

La mamma lo stimolava anche con dei movimenti di estensione e allungamento delle braccia fino a toccare uno strumento posto a una certa distanza dalla testa, su una melodia molto dolce, con andamento calmo, disteso, prodotta suonando i tasti neri con entrambe le mani, in senso ascendente, che giungeva al culmine con un

accordo tenuto a lungo (sugli stessi suoni), nel momento di massimo allungamento. Nella fase di distensione, la mamma produceva un lieve tremolo delle braccia che io riproducevo con dei trilli nella mano destra, sulla melodia pentatonica discendente eseguita con la mano sinistra. Il bambino rispondeva a tali stimoli rilassando tutti i muscoli, distendendo l'espressione del viso e sorridendo.

Utilizzavo dunque una vasta gamma di tecniche pianistiche (trilli, staccati, volatine, acciaccature, appoggiature, legati, scale cromatiche e non, arpeggi), di variazioni di intensità (tocco pesante, leggero, morbido, energico), di andamenti ritmici (lento, veloce, andante, allegro), di possibilità armoniche, accordali, di elementi tonali, atonali, modali, pentatonici, o non strutturati, sempre in sintonia con quanto accadeva nella relazione, in quel momento. Talvolta M. faceva "dondolare" il corpo di Leonardo con una torsione del busto e delle gambe da destra a sinistra, o dal basso verso l'alto e la mia improvvisazione rispecchiava tutti i movimenti con delle melodie infantili cullanti, ma ben scandite ritmicamente e con un'intensità forte, oppure su note o accordi staccati, saltellanti, faceva "saltellare" il bambino (come su un cavallo a dondolo).

Le attività di stimolazione e di rilassamento si alternavano e vi erano numerose pause e silenzi. Il bambino veniva sollecitato (sia sul pianoforte che sul tappeto), oltre che dalla gestualità e dal tocco materni, anche da altri strumenti, il cui utilizzo era connesso alle sensazioni corporee, alla stimolazione tattile ed uditiva, alla manipolazione ed esplorazione. Da piccoli gesti di Leonardo (quali ad es. un leggero sfregamento del tamburello, o piccoli movimenti dei piedi sulle nacchere, o un lieve scuotimento delle maracas, o un sorriso), si procedeva nella riproduzione degli stessi attraverso il canto, l'improvvisazione, le vocalizzazioni, e verso l'incoraggiamento alla ripetizione ed elaborazione, soprattutto con

rinforzi verbali, da parte mia e della madre. Ad es. la mamma faceva battere i piedi del bambino sulle nacchere, in alternanza o simultaneamente, seguendo il ritmo della mia improvvisazione; così su una semplice cellula ritmica binaria (2/4 o 2/8), creavo una melodia e introducevo delle graduali variazioni, aumentando o diminuendo la velocità; il ritmo binario caratterizzava anche numerose canzoni connesse al suono di alcuni strumenti, la cui melodia richiamava quella della canzone di benvenuto. Ho introdotto inoltre dei cambiamenti posturali, facendo distendere il bambino in posizione prona, o seduto di fronte a me, sostenuto da dietro, per facilitare i suoi movimenti e modificare la sua percezione dell'ambiente, tuttavia non sempre tali cambiamenti erano da lui graditi, inducendolo a esprimere il suo fastidio con dei lamenti e intensificando la perdita di saliva. Concludevo spesso suonando un brano di musica classica (il Primo Arabesque di Debussy), espressione della mia identità sonora, che risultava particolarmente gradito sia alla mamma che al bambino e consentiva una scarica della tensione emotiva.

Il brano caratterizzato dall'indeterminatezza formale, da melodie sfumate ed evanescenti, da un ritmo calmo e cullante, faceva rilassare totalmente entrambi e li conteneva in un simbolico abbraccio, simile agli sguardi, alle carezze e agli abbracci dell'interazione madre-bambino.

Valutazione dell'intervento

Complessivamente Leonardo ha risposto bene al trattamento musicoterapico, che ha arricchito le sue possibilità di percezione, espressione e comunicazione.

I cambiamenti più rilevanti si sono riscontrati a livello motorio, con una netta riduzione delle stereotipie, soprattutto durante l'ascolto di musiche con andamento calmo, cullante; e con un lieve aumento dell'attività motoria spontanea, grazie alla stimolazione vibro-tattile e alle innumerevo-

li sollecitazioni di manipolazione, esplorazione degli strumenti. Dopo un anno il bambino è riuscito ad interagire alle mie stimolazioni, suonando con entrambe le mani su una piccola tastiera, agevolato dalla posizione (era disteso a pancia sotto sulle mie gambe o su quelle della mamma). Ha inoltre suonato, senza aiuto, alcuni piccoli strumenti (sonagli, maracas, nacchere), riuscendo a sostenerne il peso per brevi momenti e a produrre dei suoni di bassa intensità.

In qualche occasione ha emesso delle vocalizzazioni, dopo la conclusione della seduta, dissimili da quelle emesse normalmente.

Talvolta ha manifestato reazioni di rifiuto o di isolamento, dipendenti dalla sua condizione fisica (la frequenza delle crisi o altri problemi di salute), e dalla condizione emotiva, ma anche con un intento comunicativo all'interno della relazione con la madre e della relazione musicoterapica.

Con alcune stimolazioni particolarmente piacevoli, come il suono del pianoforte, ha manifestato reazioni espressive molto evidenti, come prolungati sorrisi, movimenti degli occhi, o dei sospiri, e ha aumentato la capacità di ascolto e concentrazione.

Ho potuto inoltre osservare, un miglioramento e un arricchimento degli scambi relazionali tra la madre e il bambino, in un contesto (non verbale), caratterizzato da un'atmosfera serena, gradevole, di gioia, che ha creato in entrambi una condizione favorevole all'interazione. La madre ne ha tratto beneficio, perché il tempo dedicato alla seduta, rappresentava un momento di gioco, di rilassamento e di relazione privilegiata con il bambino, nell'arco di una giornata piena di impegni faticosi. Tutto il trattamento si è infine configurato come un grande aiuto, in termini di spazio mentale, per superare i sentimenti negativi di angoscia e rassegnazione. Più di una volta è infatti accaduto che la mamma si trovasse, all'inizio della seduta, in una condizione di grande stress fisico e di abbattimento, scoramento, che si

ripercotevano sul bambino e al termine della seduta, entrambi apparivano invece rianimati, rilassati e rivitalizzati negli scambi comunicativi.

Conclusioni

Al di là delle distinzioni tra musica in terapia e musica come terapia, e quindi tra gli interventi focalizzati sulla terapeuticità stessa della musica (MUSICOTerapia) e quelli basati sullo sviluppo della relazione (musicoterAPIA), è indiscutibile l'importanza che entrambi gli elementi (il mediatore sonoro e la relazione), hanno nel contesto musicoterapico.

Questo scritto intende soprattutto offrire uno spunto di riflessione sulla ricchezza e complessità della relazione madre-bambino e sulla particolarissima comunicazione che tra essi si instaura, prima ancora della nascita, che tanta importanza ha lungo tutto l'arco della vita per ogni essere umano.

Credo sia fondamentale, per chi lavori in ambito terapeutico e nello specifico ambito musicoterapico, ovvero nel delicatissimo campo degli "specialisti della relazione", conoscere a fondo, indagare e interrogarsi incessantemente, sul complesso mondo intersoggettivo, sui principi, sulle modalità, che regolano tale fondante relazione. Tanto più per i musicoterapisti che utilizzano l'elemento sonoro come mediatore terapeutico, che risulta essere proprio uno dei canali privilegiati di comunicazione della relazione primaria e uno dei pochi canali di comunicazione di cui rimane traccia o memoria, anche nelle situazioni di grave handicap motorio o psichico.

Conoscere e approfondire le ricerche e le teorie sulla relazione madre-bambino aiuta il musicoterapeuta: innanzitutto a conoscere meglio se stesso, a prendere coscienza di ciò che lo caratterizza come essere umano e del suo modo di relazionarsi; ad avere un punto di riferimento e un modello sul quale costruire la relazione terapeutica; a conoscere meglio il paziente e raggiungere con

esso dei livelli molto più profondi di sintonizzazione emotiva ed affettiva; infine ad utilizzare, nel caso del lavoro con bambini affetti da gravi patologie, proprio la relazione con le loro madri, al fine di potenziare la mediazione terapeutica dell'elemento sonoro ed arricchire la relazione stessa, oppure individuare ed eventualmente ridurre o eliminare le sue disfunzionalità, operando anche in senso preventivo.

- Benenzon R.
Manuale di musicoterapia, Borla, Roma, 1992.
- Benenzon R.
Teoria della musicoterapia, Cooperativa Novastampa, Verona, 1994.
- Benenzon R.
La nuova musicoterapia, Phoenix, Roma, 1997.
- Boxill E.H.
La musicoterapia per bambini disabili, Omega, Torino, 1991.
- Bowlby J.
Una base sicura, Cortina Milano, 1989.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.
Lineamenti di musicoterapia, Nis, Roma, 1997.
- Schaffer R.
(a cura di), *L'interazione madre-bambino. Oltre la teoria dell'attaccamento*, Franco Angeli, Milano, 1984.
- Stern D.
Il mondo interpersonale del bambino, Boringhieri, Torino, 1987.
- Stern D.
Diario di un bambino, Mondadori, Milano, 1991.
- Stern D.
La nascita del sé, in Ammaniti M.(a cura di), *La nascita del sé*, Laterza, Roma-Bari, 1991.
- Trevarthen C.
Le emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino, in Ammaniti M., Dazzi N., (a cura di), *Affetti, natura e sviluppo delle relazioni interpersonali*, Laterza, Roma-bari, 1990.
- Winnicott D. W.
Gioco e realtà, Armando, Roma, 1983.

Co-creare dinamiche e spazi di relazione e comunicazione attraverso la musicoterapia

The current approach focuses on co-creative interpersonal relationship with deaf-blind/multihandicapped person. The dyadic interaction seem to enjoy the co-creation of shared meanings and shared vocabulary. The method applied in this study based on videotape and videoanalysis of dyadic interaction during music-therapy session. The principles of patterns of interaction are discussed. The subject enrolled in this study was a blind, severely retarded young woman. The result showed improvements on expressive bodily communication, fine-motor abilities, cognitive level and gross motor behaviors.

Il lavoro che viene presentato cerca di focalizzare l'intervento musicoterapico sulla dimensione di co-regolazione del pattern di interazione diadica

In un precedente articolo (Coppa e al. 2001), era stata esaminata la presa in carico, in ambito musicoterapico, di una bambina pluriminorata, e la relazione terapeutica che si era sviluppata con la musicoterapista, durante un training sviluppatosi attraverso un periodo di tempo di circa 3 anni. Lo studio aveva evidenziato un'apprezzabile evoluzione nella relazione intersoggettiva con la musicoterapista, ed in particolare, grazie alla microanalisi guidata attraverso sessioni videoregistrate, una maggiore apertura alla relazione, migliore sintonizzazione ed attenzione prolungata, la comparsa di una mimica facciale evidente, ad esempio il sorriso di fronte a stimolazioni particolarmente piacevoli, come il suono del pianoforte.

Il lavoro che viene presentato con questo secondo caso cerca di focalizzare ancora l'intervento musicoterapico sulla dimensione di co-regolazione del pattern di interazione diadica tra il caregiver e la ragazza, e su una relazione che si "co-costruisce" attraverso l'imitazione immediata e l'attenzione agli aspetti musicali dell'interazione". L'obiettivo si accorda con la finalità di sviluppo e consolidamento delle prime forme di abilità sociale che confluiscono nelle esperienze di intersoggettività primaria e secondaria, descritte da Xaiz e Micheli (2001).

La ragazza predilige suoni prevalentemente melodici, ma è attratta anche da quelli ritmici

Presentazione del caso

La ragazza, M.R., ha 15 anni, ed è affetta da cerebropatia perinatale in prematuranza, cecità in OO fibroplasia retro-lentale, paraparesi spa-

stica prevalente a sinistra con disturbo della deambulazione, assenza del linguaggio, controllo sfinterico eterodiretto, ritardo mentale grave.

Alla Vineland Social Maturity Scale il quoziente sociale è pari ad un punteggio di 7,06.

Valutazione del caso

Durante la raccolta dati anamnestica, la musicoterapista ha avuto alcune informazioni dai genitori riguardanti i suoni che la ragazza ascoltava a casa (ascolta molto di frequente la radio, ha una sorellina più piccola di lei di quattro anni, etc.) e notizie relative al suo sviluppo linguistico.

Una delle informazioni ottenute dal colloquio consiste nel fatto che M.R. ha manifestato le prime lallazioni verso i quattro/cinque mesi di età, dopo di che lo sviluppo linguistico si è arrestato. Attualmente, nelle capacità linguistiche di M.R. rientra la produzione di suoni melodici quali, ad esempio, "ba-ba-ba", "baccalà".

Un'altra notizia importante riguarda la comprensione del linguaggio da parte della ragazza: la mamma dubita del fatto che M.R. riesca a capire di più alcune parole rispetto ad altre, in quanto sorride quasi ogni volta che i familiari si rivolgono a lei. Per quanto riguarda, invece, la capacità di manipolare alcuni oggetti, la mamma ha detto che verso i quattro, cinque anni di età la bambina era capace di tenere in mano, di portare alla bocca e di battere sul mento e sulla fronte, alcuni strumenti musicali come i sonagli.

La prima valutazione delle attitudini musicali di M.R., da parte della musicoterapista, è stata ottenuta somministrando un test ricettivo composto da un frammento ritmico (Benenzon 1991), uno

melodico, uno armonico ed infine elettronico. Questi frammenti, della durata di quattro minuti circa, sono stati intervallati da una pausa di tre minuti e

questo ha permesso di osservare le reazioni di M.R. alla musica ascoltata.

Nei tre incontri successivi, la musicoterapista ha lavorato con la ragazza utilizzando vario materiale ritmico-melodico, sottoponendola ad un test ritmico, uno melodico ed infine armonico.

L'osservazione condotta dalla terapeuta ha rilevato che la ragazza predilige suoni prevalentemente melodici, ma è attratta anche da quelli ritmici prodotti da campanelli, maracas, sonagli per bambini, etc. Nell'uso degli strumenti che le vengono proposti, M.R. preferisce usare la mano sinistra, ma a volte non collabora e preferisce alle attività proposte l'autostimolazione (fa delle circonduzioni a braccia flesse).

L'attenzione ai suoni prodotti dagli strumenti o ad una voce che si rivolge alla ragazza è ridotta ed è del tutto assente quando si morde le mani, indice del fatto che si trova in uno stato di disagio (dolore, ansia, tristezza, solitudine, rabbia).

Al termine della valutazione, la musicoterapista ha elaborato un'ipotesi di lavoro, selezionando alcuni obiettivi, definendo le procedure riabilitative più idonee.

Obiettivi dell'intervento musicoterapico

Dall'osservazione dei risultati, la musicoterapista ha individuato alcuni obiettivi prioritari:

- creare una buona relazione di base;
- rendere familiari alla ragazza gli strumenti musicali attraverso la loro manipolazione;
- sviluppare l'orientamento nella stanza in relazione al suono degli strumenti, in modo da rendere familiare l'ambiente in cui avviene la seduta musicoterapica;

- migliorare l'espressione corporea della ragazza tramite l'attività musicale;
- rendere capace la ragazza di rispondere alle stimolazioni sonore e verbali.

Piano di intervento

L'attività musicoterapica con M.R. è iniziata nell'aprile 1999 ed attualmente prosegue.

La musicoterapista le dedica circa due ore per settimana, distribuite in due giornate; l'intervento è svolto in una piccola stanza appositamente adibita a questo tipo di attività.

Durante la seduta di training musicale, la terapeuta propone a M.R. varie attività con o senza gli strumenti musicali, cercando di creare semplici sequenze ritmiche, rispettando i tempi e le iniziative della ragazza.

Al termine di ogni incontro, la musicoterapista compila una scheda sulla quale annota le sue osservazioni relative all'andamento del training della giornata. Gli item definiti (Di Franco, 2001) per l'osservazione sono:

- osservare la posizione del corpo rispetto agli strumenti;
- la scelta degli strumenti;
- l'atteggiamento mimico e la gestualità;
- l'approccio allo strumento;
- le cellule ritmiche prodotte;
- la capacità sonora di integrarsi (come condivide l'altro);
- come sostiene il silenzio (significativo o no);
- quali reazioni produce la stimolazione dello stimolo sonoro;
- come ascolta l'altro;
- come si ascolta.

Strumenti

Il training viene videoregistrato ad ogni sessione al fine di analizzarlo ed ottenere un feedback sull'andamento degli incontri.

Vengono così osservati i cambiamenti manifestati dalla ragazza e favorita l'analisi dell'intervento

della terapeuta.

Il videotape permette di descrivere e di cogliere in maniera oggettiva un pattern di interazione che potrà in seguito essere analizzato ed interpretato da tutti i componenti del gruppo; attraverso l'analisi videoregistrata è possibile osservare cosa succede a livello "microcomportamentale" nelle interazioni sociali tra la persona pluriminorata ed il proprio caregiver; in particolare, l'attenzione viene focalizzata sui processi di co-regolazione non verbale, prelinguistici e protolinguistici nell'interazione interpersonale.

I videotapes vengono visionati da un gruppo di operatori (reflecting team) composto dalla musicoterapista, i caregivers di riferimento della persona pluriminorata, un professionista che funge da referente del trattamento educativo-riabilitativo. Il Reflecting-team, formula ipotesi ed osservazioni circa lo scambio comunicativo ed i processi di co-regolazione e "co-creazione" di significati condivisi tra i partners dell'interazione innestando "versioni" della situazione osservata, che introducono cambiamenti e differenze nel sistema osservato (Coppa, Marziani, Marconi e Gatto, in stampa).

Lo schema seguente mostra l'evoluzione o meno di alcuni parametri nei patterns di interazione.

Tali dati emergono dalla videoanalisi applicata alle varie sessioni videoregistrate e alle osservazioni, annotazioni e riflessioni del reflecting team.

Scheda di videoanalisi

Patterns di interazione tra musicoterapista e persona pluriminorata

1) Prossimità

1a) La disponibilità reciproca alla relazione si mantiene stabile nel tempo?

- Durante questa sessione di attività la distanza fra i due partner dell'interazione si mantiene stabile. La musicoterapista sembra costantemente osservare, mantenendo una certa distanza fisica, le reazioni di M.R. agli stimoli

- presentati. M.R., invece, sembra essere chiusa in sé e quindi interagisce molto poco.
- La disponibilità reciproca alla relazione si mantiene stabile nel tempo. Anche la ragazza è interessata a ciò che le viene presentato.
 - La disponibilità alla relazione si mantiene stabile nel tempo da parte della musicoterapista; risulta meno stabile in M.R., più concentrata su di sé che sull'adulto con il quale interagisce.
 - La musicoterapista è stabilmente disponibile alla relazione con M.R.; la ragazza, invece, ha dei momenti in cui risponde alle iniziative della musicoterapista e quindi contribuisce alla relazione, ed altri istanti in cui non interagisce.
 - La musicoterapista e M.R. sono stabilmente disponibili alla relazione.

1b) La distanza tra i partners viene costantemente modulata al fine di assicurare ad entrambi il necessario spazio di interazione?

- La musicoterapista non modula la distanza con M.R. per assicurare il necessario spazio di interazione. Lo stesso discorso vale per la ragazza con plurihandicap.
- Sembra che ci sia modulazione della distanza fra la musicoterapista e M.R. al fine di assicurare il necessario spazio di interazione.
- La distanza tra i partners viene costantemente modulata al fine di assicurare ad entrambi il necessario spazio di interazione.
- Si da parte della musicoterapista, no da parte di M.R..

1c) Durante la relazione si osservano comportamenti di attaccamento come il baciarsi, toccarsi ed abbracciarsi?

- Sono rari, se non del tutto assenti, comportamenti di attaccamento tra i due partner dell'interazione.
- Durante l'interazione si sono presentati comportamenti di maggiore vicinanza da parte del-

la musicoterapista, ma questo forse per il fatto che lei conosce di più M.R. e quindi le modalità di relazione che le sono più funzionali.

- Ci sono alcuni comportamenti di attaccamento come il toccarsi da entrambi i membri della relazione.
- Ci sono alcuni comportamenti di attaccamento più da parte della musicoterapista nei confronti di M.R..
- Ci sono dei comportamenti di attaccamento più da parte della musicoterapista. Da parte di M.R. ci sono carezze isolate sulle gambe della musicoterapista.

2) Regolazione della ritmicità

2a) I movimenti dell'adulto si sincronizzano a quelli del bambino?

- C'è poca sincronia nei movimenti, anche se la musicoterapista cerca di stimolare M.R. per analizzare le modalità d'interazione da lei preferite.
- C'è rispetto dei tempi di M.R. Lei suona da sola il tamburello, tocca le mani della musicoterapista e batte le sue. La musicoterapista riesce a sincronizzarsi ai movimenti della ragazza.

2b) Si evidenziano cambiamenti nella ritmicità dell'interazione?

- Non si evidenziano cambiamenti nella ritmicità dell'interazione.
- C'è regolazione dell'intensità della relazione e del ritmo. Si evidenziano cambiamenti nella ritmicità dell'interazione, soprattutto quando vengono presentati degli stimoli nuovi (es battere le mani, poi battere il tamburello...).
- Si evidenziano cambiamenti nella ritmicità dell'interazione al fine di coinvolgere appieno M.R. nelle attività proposte.

3) Regolazione dell'intensità

3a) L'intensità della relazione permette una buona sintonizzazione tra i partners?

- Non sembra esserci una buona sintonizzazione tra i partners.
- Ancora non è stata raggiunta una buona sintonizzazione tra i partners. Comunque M.R. interagisce di più con gli oggetti, un po' meno con la musicoterapista.
- È stata raggiunta una buona sintonizzazione tra i partners. L'intensità raggiunta permette maggiore contatto tra i partners dell'interazione.
- L'intensità della relazione permette a M.R. di accompagnare i suoi vocalizzi al suono e al ritmo del pianoforte e, all'offerta della mano della musicoterapista, di batterci sopra. È evidente il coinvolgimento emotivo di M.R. nella relazione.
- La musicoterapista interpreta tutte le espressioni di M.R. che, a sua volta, ha l'iniziativa di suonare e raggiungere gli strumenti messi a disposizione.

4) Regolazione del timing

4a) L'adulto reagisce in modo contingente, immediato e sistematico alle iniziative del bambino?

- La musicoterapista sembra non adattarsi ai tempi ed alle iniziative di M.R.
- La musicoterapista sembra aver capito come interagire con M.R., ma ancora è alla ricerca della modalità migliore da utilizzare nella relazione con lei.
- La musicoterapista è attenta alle iniziative della ragazza.
- La musicoterapista risponde prontamente alle iniziative di M.R.

4b) L'adulto varia la durata fra l'iniziativa del bambino e la sua azione, in modo da allungare progressivamente i tempi di attenzione del bambino?

- M.R. non prende alcun tipo di iniziativa.
- M.R. prende l'iniziativa quando batte da sola

le mani, quando batte il tamburello e quando tocca le mani della musicoterapista. La musicoterapista cerca di rinforzare ed appoggiare queste iniziative.

- La musicoterapista cerca di trovare il modo per allungare i tempi di attenzione di M.R.
- La musicoterapista trova il modo per allungare i tempi di attenzione di M.R. (es mette a disposizione la propria mano nel momento in cui la ragazza inizia a batterci sopra).
- La musicoterapista lascia tutto il tempo di cui necessita M.R. per portare a termine un'azione da lei autonomamente iniziata (es. suonare il pianoforte con una certa intensità ed interesse).

5 Regolazione degli stati affettivi

5a) I due partners si sintonizzano sulle variazioni degli stati affettivi durante l'interazione?

- Non c'è sintonizzazione dal punto di vista affettivo. M.R. è chiusa in sé e la musicoterapista propone di continuo stimoli di vario genere.
- M.R. è contenta delle attività che le vengono proposte; la musicoterapista si sintonizza bene con lo stato affettivo di lei.
- La relazione è mediata dagli strumenti musicali; gli stati affettivi della musicoterapista di deducono dai suoi atteggiamenti, mentre nel caso di M.R. non è possibile interpretare il tipo di legame con la musicoterapista se non con il modo di relazionarsi con gli strumenti musicali (le sono più familiari).
- La musicoterapista si sintonizza bene con gli stati affettivi di M.R., ma non c'è alcun tipo di attenzione della ragazza agli stati emotivi della musicoterapista.
- Non si verificano variazioni degli stati affettivi.

6) Regolazione delle unità espressive

L'educatore imita le forme espressive ed i comportamenti spontanei del bambino?

- Lo fa quando M.R. batte il tamburello (anche se lo fa solo per stimolare i polpastrelli delle mani): la musicoterapista cerca di rinforzare questo comportamento, ma la risposta della ragazza è lieve.
- La musicoterapista imita le azioni compiute da M.R., soprattutto per sollecitare la collaborazione della ragazzina.
- Sia con i vocalizzi sia con le azioni.
- In parte, per quanto riguarda l'interazione con gli strumenti musicali.

7) Regolazione dell'aspetto attentivo

7a) I partners prestano contemporaneamente attenzione visiva, uditiva o tattile allo stesso oggetto/persona?

- Lo fanno di fronte al tamburello, ma per poco tempo perché poi M.R. sembra non collaborare.
- A volte c'è contemporaneamente l'attenzione tattile verso lo stesso oggetto.
- A volte c'è contemporaneamente attenzione vocale verso lo stesso oggetto.
- Si verifica contemporanea attenzione tattile e vocale verso la stessa cosa.
- C'è attenzione reciproca per il timpano, lo xilofono ed il pianoforte.

7b) L'adulto cerca di prolungare l'attenzione del bambino introducendo delle innovazioni e delle novità?

- La musicoterapista, dopo aver appurato che gli stimoli presentati non attirano particolarmente l'attenzione di M.R., ne presenta altri con la speranza di interessare la ragazza.
- La musicoterapista cerca di prolungare l'attenzione di M.R. introducendo degli elementi di novità, come ad es. un cambiamento del ritmo musicale.
- Soprattutto con nuovi strumenti o cambiamento dei ritmi musicali proposti.

- La mano della musicoterapista ed il timpano.
- Si cerca di prolungare l'attenzione della ragazza con vocalizzi e fischi.

8) Regolazione della modalità

8a) L'adulto utilizza la modalità d'interazione preferita per il bambino e/o comunque motivante per lui?

- La musicoterapista cerca di capire quale è la modalità d'interazione preferita per la bambina.
- La musicoterapista utilizza la modalità d'interazione preferita per la ragazza e motivante per lei.

8b) L'adulto utilizza diverse modalità comunicative sincronizzandosi con i movimenti del bambino?

- La musicoterapista cerca di farlo.
- L'adulto cerca di sincronizzarsi con i movimenti di M.R. utilizzando diverse modalità comunicative.

Risultati e commenti

Dopo il periodo di trattamento, M.R. ha acquisito una serie di competenze.

- al livello della comunicazione espressivo-corporea, sorride quando la terapeuta la saluta prima di iniziare il lavoro musicoterapico.
- sul piano fine-motorio, la ragazza esplora gli strumenti, tocca il pianoforte, afferra e manipola vari strumenti musicali, come ad es. lo xilofono, i legnetti, il tamburello ed il timpano.
- a livello cognitivo, M.R. è migliorata anche nei tempi di attenzione e di ascolto dello stimolo sonoro, e mostra maggiore fluidità e continuità dei movimenti finalizzati al raggiungimento dello strumento musicale. Un progresso notevole è il fatto che la ragazza è in grado di creare semplici sequenze ritmiche in modo autonomo.
- a livello grosso-motorio, è stato osservato un netto miglioramento dell'assetto posturale

■ Benenzon, R.O.

Manuale di musicoterapia.
Borla, Roma, 1991.

■ Coppa, M.M.; Orena, E.;

Santoni, F.; Dolciotti, M.C.;
Giampieri, I.; Schiavoni, A.
Musicoterapia e patterns di
interazione e comunicazione
con bambini pluriminorati.
Musica e Terapia,
n.1, 38-44, 2001.

■ Coppa, M.M.; Marziani,

M.; Marconi, N.; Gatto, L.
Utilizzo del videotape e di un
modello di videoanalisi per lo
studio dei patterns di
interazione e comunicazione
con persone pluriminorate.
Tiflogia per l'Integrazione,
in stampa.

■ Di Franco, G.L.

La voce delle emozioni. Ed.
Ismez, Roma, 2001.

■ Postacchini, P.L.;

Camerini, G.B.

Un caso di insufficienza
mentale seguito con un
trattamento di musicoterapia.
I Care, n.1, 16-22, 1986.

■ Xaiz, C.; Micheli, E.

*Gioco e interazione sociale
nell'autismo.* Ed. Centro Studi
Erickson, Trento, 2001.

mentre suona il pianoforte, lo xilofono o
quando manipola i legnetti.

Riteniamo opportuno sottolineare l'importanza
della creazione di un pattern di interazione e
comunicazione su base affettiva, come sottoli-
neato da Postacchini e Camerini (1986) che
richiamano l'importanza, nell'approccio psicoe-
ducativo al trattamento del ritardo mentale, dello
sviluppo di un "reciproco gioco di rispecchiamen-
ti e riconoscimenti", che arriscono la relazione
intersoggettiva con la persona.

Sulla base dei miglioramenti riscontrati, la musi-
coterapista prevede lo sviluppo e l'ampliamento
del programma terapeutico.

L'evoluzione musicale in musicoterapia

This research starts from the purpose of giving a contribution to the examination particularly of music in musicotherapy.

The analysis of sound of the sessions taken into consideration has given special importance to the parameterization of music and sound and to its connection with the evolution of communication in musicotherapy.

This is a comparative study on four cases of young adults with a serious or fairly serious mental deficiency.

The definition of nine musical parameters and their interpretation during a whole-year activity allowed the gathering of some common themes in the cases considered as to the musical form of each production as well as to the analysis of the level of intensity of the relationship and communication developed.

La presente
ricerca nasce
con l'intento
di dare
un contributo
al problema
della verifica
nello specifico
del musicale
in musicoterapia

La presente ricerca nasce con l'intento di dare un contributo al problema della verifica nello specifico del musicale in musicoterapia. La lettura del sonoro delle sedute analizzate ha posto in rilievo l'importanza della parametrizzazione sonoro-musicale e della sua relazione con l'evoluzione di una relazione/comunicazione in musicoterapia. Si tratta di uno studio comparativo di quattro casi di persone in età medio-adulta affette da ritardo mentale medio-grave. La definizione di nove parametri musicali e la loro lettura durante un anno di lavoro hanno consentito di raggruppare alcune tematiche comuni nei soggetti trattati sia rispetto alla forma musicale delle singole produzioni, sia nell'analisi del grado di relazione e comunicazione sviluppatosi.

Per quanto attiene alla procedura è stata condotta una rassegna della letteratura, è stata definita una cornice di lavoro di un anno nell'ambito dell'osservazione di 4 casi, tutti di età medio adulta e con diagnosi di ritardo mentale da medio a grave. La metodologia di lavoro prende le mosse

Ci siamo chiesti quali potevano essere gli indici sonori più rappresentativi della evoluzione di una relazione

dalla teoria di Rolando Benenzon, che pone la relazione mediata dal sonoro al centro della seduta, integrata dall'approccio umanistico alla disabilità e arricchito

da indicazioni nel campo della comunicazione non verbale. I centri di riferimento, in cui tutt'oggi è condotta la musicoterapia, sono laboratori riabilitativi educativi gestiti dall'azienda sanitaria Medio Friuli e il Centro di recupero medico-sociale Comunità Piergiorgio ove da sei anni è stata istituita la musicoterapia quale attività riabilitativa. Entrambe le strutture hanno sede nella città di Udine, pertanto lo studio comparativo dei casi fa riferimento a una unica area socio-culturale che è quella della provincia di Udine.

Descrizioni dei casi

R. ha 48 anni vive da molti anni residenzialmente presso il Centro Comunità Piergiorgio. È affetto da Ritardo mentale grave. Durante la sua vita è seguito da una donna, anch'essa in regime di residenzialità, che rappresenta per lui una importante figura affettiva di riferimento. Non è in grado di articolare la frase, presenta lallazioni e tatismi. Talora manifesta autotaggessività colpendosi con molta forza al capo nonché comportamenti eteroaggressivi. Non segue attualmente programmi riabilitativi.

L. ha 51 anni, è cieco con residuo visivo, ecolalico, stereotipato nei gesti; comunica solo i suoi bisogni primari; trascorre la giornata in maniera rigida, compiendo ormai da anni azioni prefissate. Il deficit mentale è medio-grave.

F. ha ventisei anni è affetto da ritardo mentale, presenta tratti autistici, è soggetto a frequenti crisi autolesionistiche. Frequenta il centro diurno, con rientro in famiglia giornaliero.

T. è un uomo di circa 35 anni affetto da ritardo mentale medio-grave con tratti psicotici. Nel '99

ha subito la perdita del padre, successiva a quella della madre, che gli è stata resa nota solo in tempi più recenti, procurandogli un grave trauma. Attual-

mente vive con la sorella ed ha con lei un rapporto molto difficile e conflittuale.

L'uso della parola è molto semplice e caratterizzato da lunghi discorsi molto ripetitivi, confusi e confabulatori che spesso denotano uno stato di sofferenza emotiva che possono sfociare in crisi etero ed autoaggressive.

Quali indici?

Ci siamo chiesti quali potevano essere gli indici sonori più rappresentativi della evoluzione di una relazione. Nella definizione dei parametri come ad esempio la durata, abbiamo preso in considerazione il valore specifico e globale. Il primo riferimento alla seduta mentre quello globale riferito al ciclo di sedute analizzate. Per quanto attiene il timbro è stato incluso l'utilizzo della voce nelle sue produzioni libere e spontanee. L'agogica, così come intesa in questa ricerca analizza le variazioni di velocità all'interno della produzione sonora; con modulazione globale della produzione si leggono le modificazioni rilevanti della produzione sonora nella sua globalità ovvero non riferito ai parametri specifici.

Sono stati individuati i seguenti nove parametri sonoro musicali:

1. altezza
2. intensità
3. timbro
4. durata (globale/specifica)
5. agogica
6. silenzio-pausa
7. pattern ritmici
8. pattern melodici
9. modulazione globale della produzione

Per semplificare la lettura della presente ricerca si è deciso di comparare ogni singolo caso raggruppando i parametri specificati.

1. Altezza

R.: da nessuna variazione a produzioni vocali caratterizzate da glissandi ascendenti grave/acuto.

L.: produzioni vocali da frequenza medio-bassa a frequenze acute.

F.: nessuna variazione significativa.

T.: non ci sono variazioni di rilievo.

2. Intensità

R.: da forte indifferenziato a mezzo forte con modulazioni dinamiche.

L.: da una produzione strumentale costantemente forte a mezzo forte. Da una produzione vocale monotona e a bassa intensità si arriva ad un canto anche molto presente. Durante il primo periodo le sedute presentano al loro interno un crescendo dell'intensità; questo atteggiamento sonoro va perdendosi completamente nel corso dell'anno.

F.: da una produzione inizialmente forte-fortissimo compaiono a metà trattamento diminuzioni brusche dell'intensità. Questi momenti tendono ad allungarsi nelle sedute successive.

T.: produzioni da mezzo piano a forte con picchi fortissimi sul tamburo.

3. Timbro

R.: nessuna variazione significativa in tutta l'osservazione.

L.: da una preferenza di strumenti quali timpano, piatto e tastiera (suonata con cluster tenuti/continui) si passa all'uso più frequente del metallofono, dello xilofono e della chitarra da parte del musicoterapista (MTA).

F.: da una produzione sonora e vocale stereotipata alla comparsa di fonemi (dim - gom- tiia - iè).

T.: da un uso costante di cd e da un'esplorazione quasi totale degli strumenti a disposizione, si

passa ad un uso selettivo di tamburi, flauti e xilofono senza musiche preregistrate.

4. Durata globale e specifica

R.: nelle prime sedute qualche minuto; alla fine dell'anno si osservano produzioni non costanti agli strumenti anche per 10 - 15 minuti. La durata delle sedute è costante (45').

L.: all'inizio suona da solo anche per più di 10 minuti in maniera forte, ossessiva, usando un ritmo binario invariato; via via i tempi di questa produzione diminuiscono e lasciano spazio a sempre più lunghi momenti di condivisione della produzione e dialogo sonoro. La durata delle sedute è rimasta costante.

F.: aumento dei tempi di produzione strumentali insieme al musicoterapista (sia sincronica che dialogica) da alcuni secondi a tempi anche superiori ai tre minuti. La durata delle sedute non è mai stata costante.

T.: la durata dell'intera seduta è rimasta costante (45 min.), mentre le produzioni sonore all'interno della stessa sono passate da brevissime (1-5 sec.) a molto più lunghe (30 sec.-1 min.).

5. Agogica

R.: tendenza al ritmo soggettivo in 2/4 con dondolamento del tronco. Alla fine è attivato dal ritmo proposto dal mta al piano e al bongos. Quando il mta gli percuote il ritmo sugli arti inferiori attiva un dondolamento con la parte alta del corpo sintonizzato sulla proposta ritmica.

L.: fin dall'inizio usa continui accelerandi seguiti da fermate e rallentamenti improvvisi (circa 60 battiti di metronomo) all'interno di una pulsazione più o meno costante di 120 battiti; attraverso il "dialogo sonoro" i rallentandi arrivano a raggiungere un tempo metronomico di 30.

F.: nessuna variazione significativa di velocità.

T.: nel corso della seduta si verificano delle continue variazioni di velocità degli impulsi sonori, che passano da molto veloci, fino ad arrivare a delle rulla-

te sui tamburi, a molto lenti. Queste caratteristiche si sono mantenute costanti durante tutto l'anno.

6. Silenzio / pause

R.: inizialmente trascorre 45' sempre in silenzio ovvero produce poche sequenze sonoro/musicali (s/m) alternate da lunghi silenzi sino a raggiungere sempre maggiori produzioni s/m intervallate da pause di assenza.

L.: i momenti di silenzio consapevole (cioè silenzi che seguono le interruzioni del MTA all'interno del dialogo sonoro) aumentano sia nella frequenza che nella durata.

F.: durante il trattamento sono sempre presenti pause di silenzio anche molto lunghe, a volte con la compresenza di contatto oculare, la cui variazione non è però rilevante.

T.: da quasi inesistente (ogni produzione sonora è inframezzata da dialoghi verbali a volte molto lunghi e confusi) a presente con una durata di 10-20 sec. dove *T.* sembra aspettare le successive proposte sonoro-musicali.

7. Pattern ritmici

R.: da nessun pattern ritmico a pulsazioni costanti, a una figurazione di due crome seguite da una semiminima.

L.: fin dall'inizio usa costantemente i seguenti pattern: pulsazione binaria costante o due crome seguite da una semiminima o semiminima seguita da pausa di equal valore; alla fine degli interventi la pausa non è più regolare e viene sostituita dall'attesa della proposta successiva del mta.

F.: in alcuni casi adeguamento alla pulsazione proposta dal mta sia agli strumenti sia della motricità in generale.

T.: da subito sono comparse due crome seguite da una semiminima che si sono poi evolute in due crome seguite da tre semiminime. Questi pattern ritmici sono suonati da *T.* sui tamburi.

Si è aggiunta successivamente una rullata di tamburi da parte di entrambi che si risolve in un

colpo molto forte e secco da parte di *T.* che determina la fine della produzione.

8. Pattern melodici

R.: nessun pattern iniziale. Verso la fine del ciclo emergono alcuni fraseggi melodici improvvisati di tipo cullante con l'utilizzo di brevi sillabe.

L.: da pattern melodici di tipo cantilenante basati su intervalli di terza, all'emersione di melodie improvvisate, di maggior estensione intervallare, che occupano la gran parte della durata delle sedute.

F.: nessuna variazione dal punto di vista melodico.

T.: sono comparse gradualmente delle melodie ispirate a delle sigle di trasmissioni televisive quali "passaparola" o totalmente inventate dal MTA che hanno lo scopo di gratificare *T.* quando appare molto agitato e confuso.

9. Modulazione globale della produzione

R.: si osserva un cambiamento della intensità della produzione sonoro/musicale. Talora si sintonizza sulle proposte ritmiche e melodiche del mta soprattutto al pianoforte.

L.: si osserva una diminuzione delle stereotipie vocali accompagnate talvolta dall'apertura di canali di comunicazione. Introduzione e consolidamento del dialogo sonoro.

F.: aumentano i tempi di produzione sonora e dei momenti di sintonizzazione.

T.: la produzione sonoro musicale di *T.* è diventata generalmente più chiara, strutturata, ricercata e organizzata, connotata da una prevalenza ritmica e con momenti di omoritmia alle mie proposte sempre più frequenti. L'uso della verbalizzazione ha perso invece gradualmente importanza.

Conclusioni

Il presente lavoro che ha analizzato un ciclo di sedute nell'arco di un anno, aveva come obiettivo lo studio dell'evoluzione dei parametri stretta-

mente sonoro/musicali in rapporto allo sviluppo della relazione. Sono stati evidenziati alcuni elementi comuni a tutte e quattro le esperienze che offrono dei segnali di risposta generalizzata. Per quanto riguarda l'altezza e l'agogica non si constatano elementi comuni. L'intensità invero si è dimostrata essere un parametro significativo nell'evoluzione della relazione come il timbro. Nello specifico la diminuzione di intensità coincide con una maggiore predisposizione all'ascolto, un maggiore orientamento alla fonte sonora, e una generale corrispondenza con l'evoluzione del dialogo sonoro. La durata è caratterizzata da un allungamento dei tempi di produzione s/m ininterrotta, comunque entro i dieci minuti, relativamente alla seduta di 45 minuti. Per quanto concerne il silenzio e le pause si sono notati cambiamenti significativi all'interno della seduta. La variazione del silenzio corrisponde sempre a una maggior disposizione al dialogo sonoro. Dalle esperienze sembra trasparire una prevalenza di un pattern ritmico specifico binario: due crome seguite da una semi-minima. Ipotizziamo che tale pattern rappresenti il primo approdo a forme ritmiche più evolute, dopo il superamento della semplice pulsazione. L'emersione graduale di pattern melodici rappresentati da fraseggi soprattutto vocali, può essere indice del consolidarsi del rapporto di fiducia tra paziente e musicoterapista nonché di un'ampliamento delle risorse emotive e comunicative del paziente. In generale possiamo affermare che l'evoluzione della relazione nello specifico analizzato del ritardo mentale medio-grave in persone adulte, ci viene avvalorata da una serie di risultati quali la sintonizzazione tra mta e paziente, la diminuzione di stereotipie con un incremento del dialogo sonoro, l'aumento di momenti di incontro significativi, l'aumento della consapevolezza e la diminuzione dell'isolamento, dello stato di agitazione e dell'aggressività.

■ **Bunt L.**

Musicoterapia, un'arte oltre le parole, Ed. Kappa, 1993.

■ **De Benedetti L.**

(a cura di), *Insufficienza mentale*, Vol I e vol II, Ed. Del Cerro, 1994.

■ **Ducourneau G.**

Elementi di musicoterapia, Edizioni Cosmopolis, Torino, 2001.

■ **Lisi S.G., La Malfa G.P., Masi G.**

Viaggio nel ritardo mentale, Ed. Del Cerro, 1997.

■ **Manarolo G., Borghesi M.**

Musica e terapia, quaderni italiani di musicoterapia, Ed. Cosmopolis, Torino, 1998.

■ **Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.**

Lineamenti di musicoterapia, Nuova Italia scientifica, 1997.

■ **Righini P.**

L'acustica per il musicista, Ed. Zanibon.

■ **Vianello R.**

(a cura di), *Ritardo mentale*, Juvenilia, 1992.

L'intervento musicoterapico nelle fasi di recupero dopo il coma

Patients with brain injuries after coma need to recuperate conscious awareness in order to recuperate the different motor, cognitive and relational functions.

Music therapy can in this context facilitate the contact with environment and favour communication through the sound-musical parameter. The main function of the music therapist is to accompany the patient throughout the different phases of the recuperation, stimulating and valuing the abilities that remain. Theoretical and technical training, together with the advice of a supervisor, are essential elements for the music therapist that operates in this field.

Il recupero dopo il coma

L'utilizzo della Musicoterapia nel processo riabilitativo di pazienti in fase di recupero dopo il coma ha evidenziato come l'elemento sonoro, se utilizzato in modo non intrusivo, possa costituire uno strumento efficace sia per rilevare, nella fase precoce della riabilitazione, le potenzialità residue del paziente per un graduale recupero della coscienza che per favorire il ripristino di una comunicazione con la realtà esterna.

La Multi-Society Task Force, a proposito di recupero, distingue due dimensioni diverse: il recupero della coscienza e il recupero delle funzioni. Mentre è possibile il recupero della coscienza senza un recupero funzionale significativo, non è possibile il contrario. Il recupero della coscienza si verifica quando il paziente mostra in modo attendibile un'evidente consapevolezza di sé e dell'ambiente esterno, una consistente comparsa di comportamenti volontari in risposta a stimoli sensoriali e la capacità d'interagire con gli altri.

Per questo è importante porre una diagnosi quanto più precisa possibile, al fine di evitare l'errore di non riconoscere un eventuale stato di coscienza, a causa della presenza di gravi disabilità fisiche che potrebbero severamente pregiudicare

L'elemento sonoro può costituire uno strumento efficace per rilevare le potenzialità residue e per favorire il ripristino di una comunicazione con la realtà esterna

A tutt'oggi, purtroppo, non esistono tests neurodiagnostici in grado di confermare una diagnosi sul reale grado di coscienza

la possibilità di comunicare con la realtà esterna. In secondo luogo ciò è essenziale per offrire un'ottimale qualità della vita ed evitare approcci inappropriati al-

lo stato effettivo del paziente, per il quale altrimenti sarebbe stressante essere considerato, e quindi trattato, come se si trovasse in stato di incoscienza, se cosciente ma impossibilitato a stabilire un contatto con gli operatori e con i familiari. Per formulare un'accurata diagnosi si rendono perciò necessarie le competenze di un'équipe multidisciplinare con esperienze consolidate nella gestione di persone con disabilità complesse. A tutt'oggi, purtroppo, non esistono tests neurodiagnostici in grado di confermare una diagnosi sul reale grado di coscienza, né tantomeno, di pronosticare le potenzialità di recupero. Esistono invece delle scale di valutazione di tipo comportamentale che consentono di definire il livello funzionale in cui si trova il paziente. La Rancho Los Amigos Scale, La Glasgow Outcome Scale e la Disability Rating Scale sono quelle attualmente più utilizzate in Riabilitazione, in quanto sono di facile utilizzo e permettono di avere un quadro piuttosto completo della condizione del paziente stesso. Alcuni autori hanno evidenziato tuttavia i limiti della valutazione clinica nell'identificazione di una coscienza interna, nel paziente con un quadro motorio gravemente insufficiente, per mostrare il suo reale stato di coscienza. Un primo passo fondamentale è senz'altro quello di fare chiarezza nell'utilizzo dei termini proprio per facilitare la comunicazione nel formulare la diagnosi per i pazienti che si trovano in uno stato di vigilanza ma non di coscienza. A tal fine si auspica che vengano definitivamente abbandonati tutti quei termini obsoleti, imprecisi ed ambigui, quali: coma prolungato, coma vigile, sindrome apallica, prolungato stato d'incoscienza, morte

neocorticale, demenza totale, prolungata incoscienza post-comatoso. I principali metodi per la rilevazione dello stato di coscienza si basano sulla verifica della capacità di

eseguire comandi semplici in modo costante e ripetuto nel tempo. La transizione tra lo stato d'incoscienza e lo stato di coscienza non è sempre facilmente riconoscibile in persone con severi disordini cerebrali, specialmente in pazienti il cui decorso neurologico è piuttosto lento e non sempre lineare. Tra le varie definizioni largamente accettate del termine "coscienza" si fa spesso riferimento alla consapevolezza di sé e dell'ambiente o alla capacità della mente di rappresentare in modo unificato il mondo, il proprio corpo e se stessi. Alcuni autori hanno proposto la distinzione di più livelli nella definizione dello stato di coscienza, che si può tuttavia inferire solo dal comportamento, non essendo finora disponibile alcuna prova biologica, nonostante alcune prospettive offerte dallo studio delle neuroimmagini. Andrews ha mostrato una molteplicità di fattori che influenzano le risposte evidenti del paziente, come le abilità fisiche, il desiderio o la volontà di rispondere, il rapporto osservatore-paziente, la capacità di osservare attentamente, il tempo disponibile per l'osservazione e la valutazione, l'assenza di strumenti di valutazione validi e attendibili.

È largamente riconosciuto che molti pazienti presentano una condizione clinica non rispondente ai criteri di un completo stato d'incoscienza, cosiddetto Stato Vegetativo, senza tuttavia poter essere considerati pienamente coscienti. Questo stato clinico, indicato come Minimally Responsive State, può verificarsi durante il passaggio dallo stato d'incoscienza allo stato di coscienza, o come condizione persistente e stabile in coloro che riportano un profondo danno cerebrale. La distinzione tra Stato Vegetativo e Minimally Responsive State

è rilevante, però, per la prognosi e per le scelte del trattamento riabilitativo che possono essere molto diverse rispetto alle diverse condizioni.

Un'altra fase piuttosto critica nel recupero dopo il coma è quella della agitazione psicomotoria, in cui il soggetto si mostra iperattivo, confuso e disorientato con gravi disturbi del comportamento associati a importanti deficit cognitivi, riguardanti soprattutto la memoria e l'attenzione.

Non è da sottovalutare la difficoltà d'accesso al linguaggio della maggioranza di questi pazienti nelle diverse fasi del recupero; molti di questi presentano afasia di comprensione e/o di produzione, disartrie o confabulazioni che impediscono un uso finalizzato alla comunicazione della produzione verbale.

L'intervento di Musicoterapia: riferimenti teorici, metodologici e tecnici.

In una situazione così complessa e variamente articolata la Musicoterapia può facilitare la costruzione intenzionale di relazioni comunicative a fini riabilitativi, principalmente attraverso la relazione e la musica.

Rappresentando la Musicoterapia, al pari delle altre strategie riabilitative, un approccio funzionale al deficit e all'eventuale handicap, una caratteristica importante presente nella relazione che viene ad instaurarsi tra il paziente e il musicoterapista, è data dalla visione integrante e partecipativa del corpo del paziente, inteso come espressione della totalità della persona.

Il percorso riabilitativo agisce, essenzialmente, sugli aspetti del rapporto quotidiano Io/Mondo, veicola l'affettività attraverso gesti e azioni, volte a favorire l'armonizzazione tra tempo interiore e tempo esterno/sociale, l'integrazione di memoria e progettualità, il rapporto sintonico fra oggetti e corpo.

In un lavoro finalizzato così all'integrazione spazio-temporale e sociale della persona, il linguaggio musicale sembra possedere la facoltà di aderire in forme molto più calzanti e precise alle sfu-

mature della vita emozionale, consentendo perciò un percorso di armonizzazione interna, attraverso la tecnica della sintonizzazione affettiva, ritenuta da Stern la modalità relazionale a fondamento di qualsiasi tipo di Comunicazione Non Verbale.

Con il concetto di armonizzazione s'intende una complessa successione di eventi tendente a promuovere uno sviluppo armonico dei vari analizzatori sensoriali, motori, cognitivi ed affettivi.

Il linguaggio sonoro, infatti, a differenza del linguaggio verbale, ha un carattere di tipo connotativo; per questo non si parla di un significato univoco del suono, quanto di pluralità di senso, d'informazioni ambivalenti, vaghe, aspecifiche e, a volte, perfino contraddittorie. Ed è l'incontro tra l'oggetto sonoro e l'essere umano, prima di tutto sul piano della corporeità e del movimento, che produce il senso dell'evento sonoro stesso.

Il modello di relazione adottato nell'approccio musicoterapico, è basato sulla sintonizzazione degli affetti ed ha come riferimento il rapporto madre/bambino, rapporto che fin dai primi giorni di vita del bambino è caratterizzato dalla condivisione degli stati affettivi come momento fondamentale dell'esperienza interpersonale.

Questa tecnica consente uno scambio reciproco di affetti e stati d'animo senza dover ricorrere a competenze linguistiche, favorendo così la possibilità di creare dialoghi sociali, in cui ciascuno dei soggetti coinvolti interagisce in modo costruttivo con le proprie risorse e potenzialità. Nella sintonizzazione affettiva, perciò, si trova lo strumento che può facilitare la comunicazione anche in casi di severa disabilità psicofisica, nei quali sembra impossibile l'utilizzo di una strategia fondata sulla consapevolezza.

L'intervento musicoterapico con pazienti in fase di recupero dello stato di coscienza si pone innanzitutto l'obiettivo di stabilire un contatto con la persona, quindi quello di facilitare il recupero della coscienza, di favorire in questi il ripristino di un rapporto con l'ambiente esterno, pri-

vilegiando la Comunicazione Non-Verbale attraverso l'utilizzo dell'elemento sonoro-musicale e di indurre, per quanto possibile, uno stato rilassato, presupposto necessario al perseguimento delle altre finalità, grazie al quale essi acquisiscono una maggiore capacità recettiva rispetto agli stimoli provenienti dall'ambiente stesso. Molti dei pazienti, infatti, sia per la conservata sensibilità al dolore che per le lesioni neurologiche riportate, presentano importanti spasticità e ipertonie, che in alcuni casi s'innestano in uno stato complessivo di notevole tensione e di agitazione motoria.

Altrettanto fondamentale, in questo contesto, è inoltre l'esigenza di "nutrire" di contenuti affettivi ed emozionali persone che si trovano in una condizione di deprivazione, di disorientamento e di perdita dei limiti spazio-temporali nella percezione di sé e dell'altro da sé.

Il metodo di approccio con i pazienti in Stato Vegetativo o in fase precoce del recupero della coscienza è basato sull'esclusivo utilizzo della voce, attraverso la quale si stabilisce un contatto sintonizzato sui comportamenti osservabili del paziente. Nello svolgersi del percorso musicoterapico, poi, quando si manifesta un qualche movimento, anche casuale e involontario, si cerca di individuare uno strumento di facile manipolazione, adattabile a quel determinato comportamento motorio, che in questo modo sarà finalizzato alla produzione sonora e quindi costituito di un primo senso espressivo (es. picchiettamento di un dito sul tamburo, scuotimento di sonagliere con un piede) in brevi sessioni d'improvvisazione libera e d'interazioni sonoro-musicali.

L'ascolto di musica predefinita o registrata viene utilizzato soltanto nel caso in cui questa proposta possa facilitare l'instaurarsi della relazione di fiducia con il paziente che ha già recuperato lo stato di coscienza ed ha difficoltà ad accettare l'interazione con l'ambiente esterno, presupposto essenziale per l'attuazione di un qualsiasi percor-

so riabilitativo efficace. Nella fase successiva al recupero della coscienza, infatti, il paziente assume spesso un atteggiamento di tipo oppositivo rispetto al mondo esterno, perché sperimenta dentro di sé un intenso stato di disorientamento e di confusione, di frammentazione interna che lo rende insicuro, inducendo un profondo senso d'ineadeguatezza e di disistima nei confronti di sé stesso. In questo caso l'ascolto condiviso di una sua musica preferita può contribuire ad infondere fiducia e disponibilità all'interazione.

La tecnica della sintonizzazione affettiva, utilizzata come modello di relazione primaria, basata sulla condivisione degli stati emotivi espressi nei comportamenti manifesti, consente di attribuire un senso all'attività spontanea o involontaria del paziente, attraverso la traduzione sinestesica delle qualità amodali comuni a tutte le afferenze sensoriali (intensità, scansione temporale, forma). Privilegiando la Comunicazione Non Verbale, il parametro sonoro-musicale viene utilizzato come parametro armonizzante fra Mondo Interno e Mondo Esterno. La scelta del materiale sonoro da proporre è determinata dall'esigenza di seguire un percorso che in una prima fase privilegi elementi di tipo "universale" (ritmi, intervalli, altezze proprie di espressioni musicali come le ninnananne e le cantilene), in relazione soprattutto agli schemi di tensione/distensione che interagiscono primariamente con gli stati emotivi manifestati dalle variazioni dei parametri fisiologici. A questo proposito si fa riferimento alle teorie sul fonosimbolismo e sugli schemi di rappresentazione dell'espressività sonora, rielaborati in Musicoterapia nei concetti di schemi di rappresentazione psicomotoria, sinestesica e fisiognomica, per identificare e determinare le connessioni esistenti tra l'esperienza sonoro-musicale nei suoi vari parametri e la risonanza emotiva prodotta.

Nella fase successiva, quando il paziente è minimamente responsivo, si prendono in considerazione invece le sue caratteristiche più individuali

e soggettive, legate sia all'esperienza ed al vissuto sonoro-musicale precedente l'evento traumatico che agli aspetti peculiari emersi nella condizione attuale. È importante sottolineare, infatti, che il paziente con esiti di gravi lesioni cranioencefaliche, frequentemente presenta modificazioni più o meno rilevanti del carattere, spesso riferite con smarrimento dagli stessi familiari. Ci è utile perciò ricorrere al concetto di ISO elaborato da Benenzon, per evidenziare, in particolare, quelle componenti proprie di un individuo, di un gruppo, o di una specie, in relazione al contesto e all'ambiente, che costituiscono l'identità sonora gestaltica, complementare, gruppale, culturale ed universale, concetti che ci richiamano costantemente alla necessità di essere consapevoli del fatto che si lavora con l'essere umano nella sua interezza come unità elementare della natura, non riducibile a semplice oggetto di un sistema meccanicistico e deterministico.

La presa in carico di un paziente in Musicoterapia, inviato dal medico di reparto è preceduta perciò dalla raccolta di informazioni personali e cliniche attraverso un colloquio con i familiari per la redazione dell'anamnesi sonoro-musicale, l'esame della cartella clinica, la discussione nell'équipe riabilitativa, l'osservazione nel contesto sanitario e riabilitativo e l'osservazione musicoterapica. Le osservazioni raccolte nel trattamento di questi pazienti hanno evidenziato che nel processo di recupero della coscienza si verifica un progressivo cambiamento delle modalità e dei canali utilizzati dall'individuo per interagire e per "rispondere" rispetto alla proposta sonora. Infatti da un'attivazione di tipo massivo che si manifesta principalmente con la variazione dei parametri fisiologici (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, respirazione, risposta vasomotoria, sudorazione,) si va gradualmente verso un coinvolgimento più specifico di forme espressive propriamente deputate e funzionalmente più efficaci per una comunicazione intenzionale e volontaria. In par-

ticolare si è potuto notare un significativo graduale incremento della presenza di comportamenti motori, quali l'attivazione dei quattro arti, del tronco e del capo, l'ampliamento del repertorio della mimica facciale, l'orientamento e la fissazione dello sguardo.

Il musicoterapista: formazione e supervisione

In tutto questo percorso riabilitativo la funzione principale del musicoterapista è quella di accompagnare il soggetto nel ripercorrere le tappe evolutive del recupero possibile, accogliendo le sue capacità attuali, in un atteggiamento di rassicurazione e di protezione, offerto con la sua stessa presenza di supporto e di sostegno, mai invadente o aggressiva. Egli si rende disponibile ad accogliere il mondo dell'altro in tutte le sue espressioni, senza riserve e senza richieste di alcun tipo, lasciando al soggetto la possibilità di comunicare qualcosa di sé, nel rispetto dei suoi tempi e delle sue esigenze. Il musicoterapista attende e cerca di cogliere ciò che l'altro vuole esprimere o è in grado di comunicare, sempre in un contesto rassicurante e d'incoraggiamento. A volte, infatti, sono proprio le difficoltà nel costruire, organizzare e finalizzare una risposta al di là della volontà di relazionarsi, e la frustrazione del non riuscire ad attuare un comportamento funzionale e conseguente alla sua intenzione comunicativa che possono provocare uno stato di ritrazione e di chiusura del paziente, fino alla regressione o alla depressione.

In ogni caso si tende a strutturare delle relazioni in cui lo sviluppo di emozioni profonde assume una notevole importanza per il raggiungimento degli obiettivi specifici, senza perdere di vista il perseguimento della consapevolezza di sé da parte del soggetto, al massimo grado possibile per la sua condizione.

Da quanto fin qui esposto si può facilmente dedurre quale tipo di risonanza emotiva sperimenta quotidianamente il musicoterapista che

lavora in questo contesto, tenendo conto anche del rapporto che stabilisce con i familiari e con tutti gli operatori dell'équipe multidisciplinare, con i quali condivide aspettative e angosce di fronte a situazioni cliniche e neurologiche molto complesse e spesso soggette a evoluzioni, o involuzioni, non sempre facilmente decodificabili e prevedibili.

La formazione teorica e tecnica e la supervisione, allora, diventano un'esigenza intrinseca e primaria del musicoterapista stesso, che sente il bisogno di supporti esterni ad un vissuto interno gravoso e molto coinvolgente.

Quindi risulta essenziale, seppure non esaustivo, un substrato solido di conoscenze mediche, con approfondimento dell'area neurologica, riabilitative, psicologiche e musicoterapiche che consentano un più facile approccio allo stato patologico dei pazienti e a tutti quegli strumenti diagnostici e tecnici che vengono utilizzati da tutti gli operatori. Di conseguenza ciò renderà migliore la comunicazione con le diverse figure professionali con cui ci si confronta sistematicamente, nel rispetto delle specificità. Ciò non toglie che, abbandonando la presunzione di un sapere enciclopedico, molto si può apprendere e si approfondisce nella disponibilità ad ascoltare, a confrontarsi e a dialogare con tutti coloro con cui si lavora fianco a fianco ogni giorno.

Altro punto fondamentale, strettamente correlato al precedente, è la capacità di saper lavorare in gruppo con flessibilità e adattabilità in situazioni sottoposte a continuo cambiamento proprio per l'irruzione, con carattere d'urgenza e di emergenza, di frequenti variabili contingenti, legate alla gravità delle condizioni cliniche in cui versano questi pazienti, tenendo conto che si parla, almeno in fase post acuta, di una struttura riabilitativa ospedaliera marcatamente medicalizzata.

La supervisione diventa un momento fondamentale per l'elaborazione di tutti i vissuti emotivi che vengono immagazzinati, a volte inconscia-

■ Andrews K., Murphy L., Munday R., Littlewood C. *Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit, BMJ*, 1996.

■ Benenzon R. O. *Manuale di Musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.

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

■ Benenzon R. O. (a cura di), *Musicoterapia e coma*, Phenix, Roma, 2002.

■ Block N. How can we find the neural correlate of consciousness, *TINS*, 19, 1996.

■ Dogana F. *Suono e senso*, F. Angeli, Milano, 1983.

■ Frijda N. H. Teorie recenti sulle emozioni, in D'Urso, Trentin (a cura di) *Psicologia delle emozioni*, Il Mulino, Bologna, 1988.

■ Giacino J. T., Zasler N. D. Outcome after severe traumatic brain injury: coma, the vegetative state and the minimally responsive state, *J Head Trauma Rehabilitation*, 10, 1995.

■ Giacino et al.
Development of practice guidelines for assessment and management of the vegetative and minimally conscious states. *J. Head trauma Rehabilitation*, 12, 1997.

■ Imberty M.
Suoni emozioni significati, CLUEB, Bologna, 1986.

■ Langer S. K.
MIND: An essay on human feeling, vol. 1. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 1967.

■ The Multi-Society task Force on PVS
Medical Aspects of the persistent vegetative state. NEJM, 330, 1994.

■ Plum F., Posner J. B.
The diagnosis of stupor and coma. 3ª ed. Philadelphia: F. A. Davis, 1980.

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

■ Postacchini P. L.
L'osservazione nel modello dell'armonizzazione dell'handicap, in Borghesi, Garcia, Scardovelli (a cura di) *Assisi 2000: musicoterapie a confronto*, PCC, Assisi, 2000.

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

mente, nel corso delle giornate in cui si deve fare i conti con un senso di morte che aleggia tacitamente tra tutti coloro che si aggirano indaffarati per le stanze del reparto. L'impatto con la propria impotenza o la propria inadeguatezza nel risolvere i problemi, la malattia o apportare la guarigione scava nell'intimo dando luogo ad un profondo senso di frustrazione che se non portato a consapevolezza può produrre nel musicoterapista il fenomeno del "burn-out" o dello "acting-out", rischio a cui sono esposte comunque tutte le altre figure professionali del settore.

Benenzon presenta spesso la Musicoterapia come L'"Arte di armonizzare i silenzi per favorire la comunicazione", questa definizione si addice particolarmente a questo ambito d'intervento, essendo il silenzio l'elemento dominante di una seduta di Musicoterapia con un paziente in fase di recupero della coscienza. Egli apparentemente non riesce ad esprimersi in un qualche modo codificato e quindi facilmente comprensibile, solo l'attenta osservazione degli impercettibili comportamenti manifesti e soprattutto la sintonizzazione affettiva con ciò che traspare al di là di quelli, possono rendere accessibile un mondo in quel momento, all'apparenza, totalmente impenetrabile. Il musicoterapista possiede lo strumento sonoro-musicale che può facilitare questa comunicazione, ma proprio per questo è chiamato ad un comportamento altamente etico, nell'utilizzo discreto e non invadente dello stesso e nel rispetto assoluto del paziente nella sua identità e personalità come soggetto unico della sua esistenza. Il musicoterapista deve saper condividere e convivere con il silenzio, accettare l'assenza di risposte, accogliere l'attesa come tempo pieno, carico di risorse e di potenzialità. In altri momenti si ha a che fare con il paziente in fase di agitazione psicomotoria, gravemente disorientato sul piano spazio-temporale, con comportamenti spesso auto ed eteroaggressivi, notevolmente disinibito e in stato di profonda regressione affettivo-relazio-

nale, in questi casi il musicoterapista ha necessità di rafforzare e consolidare la propria identità e l'integrazione del proprio Io, sia a fini terapeutici che per preservare la propria integrità psico-fisica, se necessario affiancando un percorso psicologico personale alla supervisione musicoterapica.

In alcune situazioni molti sono i dubbi sulla validità dell'intervento per quel determinato paziente, sulla modalità di approccio in quella specifica fase del recupero, sul tipo di relazione più idonea in quel momento, in questi casi il musicoterapista si interroga e valuta con responsabilità e rigore personale e professionale l'opportunità e le condizioni per la somministrazione o meno della musicoterapia, anche in accordo con l'équipe multiprofessionale di cui è parte integrante. In conclusione è forse utile richiamare quell'atteggiamento di dedizione ed amorevolezza che non si impara nei corsi o sui libri, ma che si può rintracciare soltanto negli anfratti più reconditi della propria interiorità .

- Winnicott D. W.
(1953) *Playing and Reality*,
Tavistock Publications,
London (trad. It. *Gioco e
realtà*, Armando, Roma 1974).

■ Musicoterapia e Coma

R.O. Benenzon (a cura di)

Phoenix Editrice, Roma, 2002.

Il libro si sviluppa attraverso la descrizione dei percorsi metodologici impiegati da professionisti italiani e stranieri nel corso di anni di esperienza clinica nel trattamento del paziente in stato di coma. Sono tracciate in particolare le linee guida principali relative ai protocolli di valutazione adottati, all'impiego di tecniche specifiche, alla definizione di momenti di verifica, nonché rivolte all'importante campo della ricerca scientifica. Il primo capitolo firmato da Urcioli, Scarso, Visintin e Ponzio illustra gli aspetti clinici generali del coma evidenziando i fattori etiopatogenetici, fisiopatologici e l'evoluzione clinica dei diversi livelli di coma. Il capitolo successivo, di Giulio Trillò focalizza l'attenzione sulle caratteristiche ambientali e sonore del reparto di terapia intensiva, individuando concreti elementi di riflessione relativi alla possibilità di effettuare un trattamento musicoterapico all'interno del suddetto ambiente nel rispetto delle esigenze di cura del paziente, adottando modalità operative adeguate in collaborazione con lo staff medico e infermieristico. Il contributo di Rolando Benenzon propone indicazioni fondamentali per l'applicazione delle tecniche musicoterapiche al paziente in coma. L'autore pone in evidenza l'importanza del silenzio come aspetto fondamentale e come "forma espressiva di comunicazione con l'ambiente". Successivamente Benenzon procede con la descrizione del processo di presa in carico, valutazione, conduzione e supervisione dell'intervento. In particolare l'attenzione è posta sulla necessità di lavorare in coppia terapeutica al fine di contenere la tendenza all'acting-out, di ampliare le possibilità di osservazione, e gestire i rischi di burn-out. L'articolo successivo porta ancora le firme di Scarso, Ponzio, Visintin, Urcioli e affronta direttamente la prassi terapeutico-ria-

abilitativa legata alla stimolazione sonoro-musicale del paziente in coma. Gli autori si soffermano in particolare sugli aspetti metodologici dell'intervento, il quale si avvale prevalentemente dell'impiego di tecniche recettive. Il contributo di Rita Meschini avvia la parte finale del testo che è costituita da una serie di esperienze cliniche condotte in Italia (Porto di Potenza Picena, Roma) ed all'estero (Argentina, Brasile). I lavori dell'ambito esperienziale si contraddistinguono per la puntualità e rigorosità dei processi di presa in carico, valutazione, attuazione e verifica del lavoro svolto, attraverso la descrizione dei diversi autori che conducono il lettore in un percorso di approfondimento diretto delle reali possibilità riabilitative dell'approccio musicoterapico per questa casistica. Da tutti i contributi emerge l'esigenza di un lavoro integrato multidisciplinare all'interno del quale la musicoterapia può costituire un evidente elemento di arricchimento per una visione globale della situazione clinica, e può altresì costituire una specifica tecnica indirizzata al recupero delle competenze cognitive, comunicative e relazionali della persona trattata.

Ferruccio Demaestri

■ Musicoterapia e psichiatria

C. Ferrara (a cura di)

Phoenix Editrice, Roma, 2002

La proposta dell'utilizzo del suono e della musica in ambito psichiatrico conosce una tradizione storica decisamente consolidata. Il testo curato da Carmen Ferrara offre al lettore un'ampia panoramica della realtà nazionale riunendo i contributi teorico-espereziali di numerosi operatori (Psichiatri, Psicologi, Musicoterapisti, ecc...) impegnati nella riflessione teorica, nella ricerca di metodi e procedure specifiche d'intervento finalizzati alla definizione di adeguati processi di trattamento del paziente psichiatrico. Il volume si apre con un articolo di Carlo Saraceni che definisce le caratteristiche di una competenza psichiatrica in musicoterapia individuando elementi comuni e di diversificazione tra la formazione dello psichiatra e la formazione del musicoterapista. Il contributo successivo di Elisabetta Baroni affronta il complesso tema del rapporto con la famiglia del paziente psichiatrico. L'autrice descrive la fitta rete di connessioni che si stabiliscono all'interno del rapporto terapeutico (terapeuta, paziente, famiglia) e sottolinea l'importanza della valorizzazione del nucleo familiare in quanto risorsa per lo sviluppo del lavoro sul paziente. Gerardo Manarolo introduce il lettore nello specifico del trattamento musicoterapico, con un articolo sulla musicoterapia recettiva. L'autore che da molti anni si occupa del trattamento di pazienti psichiatrici attraverso l'utilizzo di tecniche d'ascolto musicale evidenzia limiti e potenzialità dell'approccio musicoterapico con la suddetta casistica, individuando due componenti fondamentali rispetto all'efficacia di tale approccio: l'attivazione di risposte emotive, e l'apertura di nuovi canali di comunicazione. Alfredo Raglio invece propone un contributo relativo all'utilizzo di tecniche di musicoterapia attiva. Il modello proposto è di tipo psicodinamico e si rifà all'im-

postazione metodologica benenzoniana e alle teorizzazioni di Daniel Stern. L'autore analizza in maniera dettagliata il protocollo di presa in carico del paziente, la fase valutativa, di trattamento e verifica del lavoro svolto, sottolineando l'importanza e l'urgenza della pianificazione di progetti di ricerca specifici per quest'ambito di cura. Il volume procede nella seconda parte con l'illustrazione di una serie di esperienze applicative effettuate sul territorio nazionale volte a documentare la ricchezza dei risvolti applicativi della musicoterapia in ambito psichiatrico nonché la puntualità della riflessione teorica espressa dai vari autori. La panoramica che si delinea dalla lettura del testo curato da Ferrara si rivela pertanto essenziale al fine informativo e formativo per gli addetti ai lavori e per figure professionali "di confine" che possono trovare utili spunti per la definizione del territorio musicoterapico in questo specifico campo d'intervento.

Ferruccio Demaestri

■ Situation und Perspektive der Musiktherapie mit dementiell Erkrankten

(Situazione e prospettive della musicoterapia con malati di demenza),

Ruth Grimme, Transfer Verlag, Regensburg 1998

Il volume comprende una dissertazione relativa alla teoria, alla pratica e alla ricerca in ambito musicoterapico con malati di demenza, tre campi in continua interazione e arricchimento reciproco. Per la prima volta vengono presentati i risultati emersi dalla ricerca nel territorio tedesco e anglo-americano. Nel primo capitolo vengono trattati i fondamenti teorici della MT con persone anziane nonché i presupposti e lo sviluppo storico degli stessi. Il secondo capitolo pone lo sguardo sulle esperienze applicative. Accanto ad un approccio fenomenologico vengono messi in evidenza alcuni aspetti non ancora approfonditi scientificamente come ad esempio l'attivazione di processi mnemonici stimolati dalla musica, la capacità di vivere un'esperienza musicale e il superamento di comportamenti problematici. Inoltre viene trattata la domanda apparentemente paradossale della reversibilità di malattie demenziali. Lo stretto legame tra teoria ed esperienza clinica si evidenzia nel terzo capitolo. Dopo un'introduzione della situazione attuale della musicoterapia con malati di demenza seguono la descrizione degli obiettivi, dell'agire terapeutico, del materiale musicale e dei diversi metodi musicoterapici impiegati. Nel quarto capitolo vengono trattati e discussi esclusivamente i risultati di ricerche svolte all'interno del territorio anglo-americano. Esse si strutturano in metodologie, effetti e comparazioni dell'efficacia dei diversi metodi musicoterapici, nonché nella discussione delle preferenze e capacità musicali di persone anziane riguardo i test musicali rilevanti in musicoterapia. Dopo aver presentato nel quinto capitolo un gruppo aperto di musicoterapia all'interno di un reparto di psichiatria con la descri-

zione dettagliata della progettazione e della realizzazione del lavoro, nel sesto capitolo l'Autrice spiega i fondamenti teorici della disciplina musicoterapica ad indirizzo biografico con malati di demenza. Diversi aspetti vengono sviluppati e comprendono una guida per il lavoro pratico (filo conduttore, sedute a tema, aspetti metodologico-didattici, diagnosi, indicazione e stato della malattia) nonché la definizione dei presupposti teorici. Una prospettiva della musicoterapia con malati di demenza viene sviluppata nell'ultimo capitolo.

L'Autrice fa riferimento sia a metodi esistenti che a metodi ancora da sviluppare, rimandando a campi di lavoro confinanti (stimolazione sonoro/musicale, musica d'ambiente, ecc) e cerca di dare alla disciplina una posizione integrativa nel progetto di trattamento del malato di demenza. Altri aspetti emersi nel corso della discussione riguardano la teoria, la pratica e la ricerca della musicoterapia vogliono sollecitare ulteriori approfondimenti e ricerche.

Il volume si conclude con l'augurio di riconoscere alla musicoterapia con i malati di demenza, sia nel campo della ricerca che nel lavoro pratico, una sempre maggiore specificità applicativa.

Karin Selva

■ Il mito sardo. Cultura della festa e società dello spettacolo

Salvatore Panu, Ed. Sensibili alle foglie, Dogliani (CN), 2001

Questo libro nasce da una prima ricerca-azione condotta nel 1997 dall'autore con George Lapassade in un paese della Barbagia, Oliena. A partire da questa esperienza Salvatore Panu affronta i problemi più generali dell'identità etnica e dell'autenticità culturale trattandoli come costruzione identitaria, anche musicale, a partire dall'attualità sarda. Il libro sviluppa in 143 pagine alcune situazioni musicali: la diffusione dell'organello diatonico, le danze galluresi e le occasioni tradizionali del ballo, il fenomeno dei festival del folklore e alcune dinamiche di funzionamento dei gruppi folk, la dimensione della festa e della rappresentazione.

Redatta con uno stile di racconto autobiografico, di diario di bordo, la ricerca offre lo spunto per studiare ed approfondire le dinamiche di trasformazione e di meticcio delle culture popolari di tradizione orale in Sardegna e per affrontare con profondità la questione cruciale della spettacolarizzazione della cultura della festa.

In questo libro sono fecondamente esplicitati ed applicati nelle situazioni musicali raccontate alcuni concetti chiave: la teoria estetica che sottende le ricerche, come studio delle norme e del valore estetico come fatti sociali; l'etnometodologia adottata, come approccio microsociologico che cerca di colmare la discontinuità esistente tra senso comune e conoscenze scientifiche attraverso lo studio degli etnometodi; la metodologia fondata sulle pratiche della 'osservazione partecipata' e della 'ricerca-azione'; gli strumenti utilizzati, come nuova concezione del 'documento' interno ad un metodo documentario d'interpretazione; i concetti di paradigma interpretativo/paradigma normativo.

Una riflessione risulta trasversale all'intero lavoro: poiché il valore sociale di un'opera musicale è talvolta confuso con l'oggetto sonoro è possibile individuare in questa operazione il rischio di una naturalizzazione delle complesse scelte culturali. L'autore si chiede in ultima analisi: "la ripresa di interesse per i canti di tradizione orale sarda è segno di un ripristino folklorico, perché va di moda avere un'identità etnica, o è segno di una forte esigenza di espressione di una cultura popolare che nella cultura della festa o nella creazione di altre situazioni 'attive' promuove percorsi di riappropriazione di competenza?".

Analogamente in musicoterapia ci potremmo chiedere, per esempio, se talvolta individuiamo il rischio di una 'musicoterapia folklorica' laddove i materiali sonoro-musicali risultano esterni alle scelte culturali/musicali dei contesti in cui lavoriamo; se gli oggetti sonoro-relazionali incontrano l'espressione/la costruzione di una cultura condivisa; se la consapevolezza che sottende ad una scelta di repertorio sonoro-musicale sia un prerequisito oppure un ambizioso obiettivo di riappropriazione di competenza.

Questo libro offre al lettore numerosi spunti per approfondire il confronto tra etnomusicologia e musicoterapia, non solo per la disamina dei contesti musicali individuati come esemplari ma anche per l'approccio all'etnometodologia, modello che considera la costruzione perpetua delle identità culturali come luogo di espressione e negoziazione collettiva.

Anna Maria Barbagallo

■ V Congresso Nazionale di Musicoterapia ConFIAM

"Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca".

Rimini, 3-5 ottobre 2003

Centro Congressi Europeo – Bellaria Igea Marina
Segreteria: tel. 3387746947

■ La Musicoterapia in Friuli Venezia Giulia

Associazione regionale musicoterapia "Il flauto magico" (A.R.TE.M.)

L'ARTEM è una associazione culturale di musicoterapia che nasce nel 1998 da un gruppo di lavoro costituitosi in seno al Centro di Recupero Medico sociale Comunità Piergiorgio. Ha sede a Udine e opera in Friuli Venezia Giulia dove collabora con il gruppo di ricerche in musicoterapia di Trieste fondato nel 1975.

Le sue finalità abbracciano vari livelli di intervento: culturale, formativo e applicativo cercando e mantenendo collegamenti con svariati Enti pubblici e privati.

Dal punto di vista applicativo ha promosso e gestito progetti nel campo dei disturbi intellettivi, motori, nell'ambito della neuropsichiatria infantile e della Psichiatria degli adulti, sono in fase di realizzazione iniziative formative e applicative in ambito scolastico.

Tali applicazioni della musicoterapia avvengono per il tramite di collaborazioni e convenzioni con l'Aziende Sanitarie, Dipartimenti di salute mentale, Scuole, Enti a partecipazione pubblica e privata nonché realtà private.

L'Artem promuove la formazione a vari livelli coordinando incontri didattici per operatori, un Corso Triennale di formazione in musicoterapia, patrocinato dalla Direzione regionale all'istruzione, dall'Azienda per i servizi Sanitari, dal Comune di Udine e dal Conservatorio statale di musica, seminari e convegni pubblici, seminari informati-

vi in ambito psichiatrico, e incontri tematici di formazione e riqualificazione nell'area psicopedagogica.

Si occupa di ricerca in musicoterapia soprattutto rispetto ai disturbi cognitivi e motori e mantiene stretti collegamenti con il gruppo studi e ricerca di Trieste.

Ha recentemente istituito un gruppo di ricerca sulla musicoterapia nell'handicap e intende avviare nuovi gruppi di lavoro e studio nelle varie branche di applicazione. In particolare si sta adoperando per definire una prima sperimentazione in ambito clinico nello specifico dell'oncologia e del coma.

Ha realizzato un sito di musicoterapia per la diffusione della disciplina a livello regionale e locale e come strumento di visibilità delle sue attività nel panorama italiano.

Le nostre attività:

PROGETTI REALIZZATI DAL 1999

- Estate 1999: LABORATORIO CON TAMBURI DJEMBE' (Roberto Lugli).
- 29-30 ottobre 1999: organizzazione CONVEGNO DI MUSICOTERAPIA (venerdì 29 Pordenone – sabato 30 Udine) "MUSICA E TERAPIA: Integrazione, riabilitazione, prevenzione"

Relatori:

Dr. Gerardo Manarolo (Psichiatra, Docente al Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi);
Prof. Marco Iacoviello (docente di estetica musicale, Consulente artistico Teatro Carlo Felice di Genova, docente al corso triennale di musicoterapia di Torino)

Workshops:

- Dr. Manarolo: "l'ascolto in musicoterapia"
- Prof. Antonella Grusovin: "la voce in musicoterapia"
- Bruno Foti: "il dialogo sonoro in musicoterapia"

Anno 2000

- Settembre 2000: parte il 1 ° ANNO DEL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE IN MUSICOTERAPIA con sede a Udine.
- Dal Settembre 2000 ad oggi: PROGETTO SPERIMENTALE DI MUSICOTERAPIA IN CONVENZIONE CON ASS 4 MEDIO FRIULI
Rivolto a portatori di handicap medio e grave all'interno dei CSRE.
- Dal Settembre 2000 ad oggi: PROGETTO DI MT DI GRUPPO IN CONVENZIONE CON ASS 19 ADRIA (ROVIGO) e incontri di formazione rivolti agli operatori.
Rivolto a disabili medio adulti del SILD.
- Dal Settembre 2000 ad oggi: PROGETTO SPERIMENTALE DI MT IN CONVENZIONE CON LA COMUNITA' "IL MELOGRANO" (Reana-UD)
Rivolto a disabili medio adulti del laboratorio.
- Settembre - Ottobre 2000: organizzazione, in collaborazione con il Conservatorio di Udine, di un SEMINARIO INFORMATIVO per i docenti del Conservatorio di Udine nell'ambito delle attività di aggiornamento. (dott. Postacchini).

Anno 2001

- 18 maggio 2001: Organizzazione, in collaborazione con il SILD di Adria, e partecipazione con tre relazioni al Convegno "Le parole della musica" ad Adria.
- Ottobre 2001-Aprile 2002: PROGETTO SPERIMENTALE di MUSICOTERAPIA E INTEGRAZIONE IN STRUTTURE SCOLASTICHE nella scuola elementare di S.Maria la Longa.
- 7-8-9 dicembre 2001: organizzazione SEMINARIO collegato al corso triennale di formazione "Spazi sonori: l'approccio energetico alle qualità interiori del suono e del ritmo, basato sulla tradizione indiana" (Friedrich Glorian).

Anno 2002

- Dal gennaio 2002: avvio PROGETTO DI MT NEL CENTRO DI SALUTE MENTALE di Tarcento (ASS 4)
Rivolto a utenti psicotici.
- Dal Gennaio 2002: avvio PROGETTO DI MT AL CSRE ATELIER di Fagagna (ASS4)
Rivolto a disabili medio adulti.
- Dal Gennaio 2002: avvio PROGETTO DI MT al CENTRO DIURNO NOSTRO DOMANI di Majano
Rivolto ai portatori di handicap medio grave.
- 17-19 Gennaio 2002: Partecipazione con relazione al Convegno Nazionale "L'intervento psicologico in Ostetricia e Ginecologia" a Mogliano Veneto.
- Febbraio 2002: SEMINARIO ARTEM "La musica nella musicoterapia" Organizzato in collaborazione con il Conservatorio Statale J.Tomadini di Udine. (dott. Schön, prof. Spaccacocchi)
- Settembre 2002: apertura ufficiale del corso triennale di formazione in musicoterapia
- Ottobre - novembre 2002: Corso di formazione per operatori - educatori Atelier socio-occupazionale di Fagagna ASS 4 Medio Friuli
- Progetto di musicoterapia presso distretto scolastico di Santa Maria la Longa (Udine)
- Novembre 2002: seminario "Circe Drum" (percussioni) condotto da Friederich Glorian presso Fondazione Bon

web : www.musicoterapia.fvg.it
Segreteria Artem: 348.5942030.

■ **Corso di perfezionamento in Musicoterapia per operatori di comunità**
Libera Università Maria SS. Assunta - Gubbio
Termine iscrizione 30/04/2003.
Segreteria: 075/9271749.

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. Schwaiblmaier) • *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'insufficienza mentale grave* (G. Manarolo, M. Gilardone, F. Demaestri)

■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

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

■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

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

■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

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

■ Volume IV, Numero 2, Luglio 1996

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

■ Volume V, Numero 1, Gennaio 1997

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

■ Volume V, Numero 2, Giugno 1997

Gli effetti dell'ascoltare musica durante la gravidanza e il travaglio di parto: descrizione di un'esperienza (P. L. Righetti) • *Aspettar cantando: la voce nella scena degli affetti prenatali* (E. Benassi) • *Studio sul potenziale terapeutico dell'ascolto creativo* (M. Borghesi) • *Musicoterapia e Danzaterapia: le*

controindicazioni al trattamento riabilitativo di alcune patologie neurologiche (C. Laurentaci, G. Megna) • L'ambiente sonoro della famiglia e dell'asilo nido: una possibile utilizzazione di suoni e musiche durante l'inserimento (M. G. Farnedi) • La Musicoterapia Prenatale e Perinatale: un'esperienza (A. Auditore, F. Pasini).

■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

Le spine del cactus (C. Luga) • 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. Spaccaczocchi) • 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. Spaccaczocchi) • 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 (A. Schön) • Musicoterapia e tossicodipendenza (P. L. Postacchini) • Il paziente in coma: stimolazione sonoro-musicale o musicoterapia? (G. Scarso, A. Visintin) • Osservazione del malato di Alzheimer e terapia musicale (C. Bonanomi, M. C. Gerosa) • Due storie musicoterapiche (L. Corno) • Il suono del silenzio (A. Gibelli) • Il setting in Musicoterapia (M. Borghesi, A. Ricciotti)

■ Numero 5, Gennaio 2002

Riabilitazione Psicossociale e Musicoterapia aspetti introduttivi (L. Croce) • Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia (P. L. Postacchini) • Prospettive terapeutiche nell'infanzia: "Dalla disarmonia evolutiva alla neuropsicopatologia (G. Boccardi) • Musicoterapia e ritardo mentale (F. Demaestri, G. Manarolo, M. Picozzi, F. Puerari, A. Raglio) • Indicazioni al trattamento e criteri di inclusione (M. Picozzi) • L'assessment in Musicoterapia, il bilancio psicomusicale e il possibile intervento (G. Manarolo, F. Demaestri) • L'assessment in musicoterapia, osservazione, relazione e il possibile intervento (F. Puerari, A. Raglio) • Tipologie di comportamento sonoro/musicale in soggetti affetti da ritardo mentale (A. M. Barbagallo, C. Bonanomi) • La musicoterapia per bambini con difficoltà emotive (C. S. Lutz Hochreutener)

■ Numero 6, Luglio 2002

Relazione, disagio, musica (M. Spaccaczocchi) • Musicoterapia a scuola (M. Borghesi, E. Strobino) • Musicoterapia e integrazione scolastica (E. Albanesi) • Un intervento Musicoterapico in ambito scolastico (S. Melchiorri) • L'animazione musicale (M. Sarcinella) • L'educazione musicale come momento di integrazione (S. Minella) • L'improvvisazione vocale in musicoterapia (A. Grusovin) • L'approccio musicoterapico nel trattamento del ritardo mentale grave: aspetti teorici e presentazione di un'esperienza (Karin Selva) • Musicoterapista e/o Musicoterapeuta? (M. Borghesi, A. Raglio, F. Suvini)

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.

