

musica et terapia

numero

8

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

8

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
**Gli Istituti Superiori di Studi Musicali
e la formazione in Musicoterapia...
paradigma e curriculum musicale...**
Maurizio Spaccazocchi

pag 10
**Dialogo riabilitativo fra la Musicoterapia
e l'età evolutiva**
Pier Luigi Postacchini, Andrea Ricciotti

pag 20
Musicoterapia e riabilitazione in età evolutiva
Raffaale Burchi, Maria Emerenziana D'Ulisse

pag 25
**Musicoterapia e psicomotricità:
un'integrazione possibile**
Rita Meschini, Paola Tombari

pag 29
L'intervento di musicoterapia nella psicosi
Roberto Messaglia

pag 34
**Terapia sonoro-musicale nei pazienti in coma:
esemplificazione tramite un caso clinico**
Giuseppe Scarso, Alberto Ezzu

pag 40
**Musicoterapia preventiva e profilassi della
gravidanza e del puerperio**
Francesca Pasini, Alessandra Auditore

pag 45
**Musicoterapia e disturbi
comunicativo-relazionali in età evolutiva**
Ferruccio Demaestri

pag 54
Recensioni

pag 58
Notiziario

pag 60
**Articoli pubblicati
sui numeri precedenti**

pag 62
Norme redazionali

Nell'Ottobre di quest'anno si terrà a Rimini (3-5/10/03, Centro Congressi Europeo, Bellaria Igea Marina-Rimini) il V Congresso Nazionale di Musicoterapia ConFIAM (organizzato dall'Apim). Le giornate di studio sono dedicate alla ricerca (Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca). Ulteriori informazioni in merito sono ospitate nel nostro notiziario.

Colgo l'occasione per rammentare il percorso svolto dalla ConfiAM in quasi dieci anni di vita (la ConfiAM è nata nel 1994). Dopo aver progressivamente riunito le associazioni e le scuole di musicoterapia maggiormente rappresentative a livello nazionale, la ConfiAM ha promosso nel 2001 il primo esame d'idoneità professionale e la nascita dell'Associazione Professionale che riunisce i professionisti della musicoterapia (AIM). Affrontiamo ora gli articoli di Musica&Terapia.

Il secondo numero della nostra rivista ospita in gran parte contributi e relazioni presentate in occasione di Congressi e Seminari di studio. L'articolo di Maurizio Spaccazocchi, presentato al Convegno "Musicoterapia e Conservatori" (Genova 2002), prende spunto dall'annunciata riforma dei Conservatori e dalla conseguente apertura a nuovi curricula formativi (fra cui quello musicoterapico), per descrivere un ipotetico percorso formativo musicale pertinente e adeguato alla professione musicoterapica. I contributi di Pier Luigi Postacchini e Andrea Ricciotti, Raffaele Burchi e Maria Emerenziana D'Ulisse, Rita Meschini e Paola Tombari sono stati presentati al Convegno "La musicoterapia nella riabilitazione dell'età evolutiva" (Porto Potenza Picena 2002). Se Postacchini e Ricciotti nella loro relazione (Dialogo riabilitativo fra la musicoterapia e l'età evolutiva) "intendono fotografare lo stato dell'arte relativo al complesso tema affrontato", i contributi successivi descrivono due esperienze cliniche ricche di valenze riabilitative. Nel Novembre 2002 si è tenuto presso il Conservatorio Giuseppe Verdi di Torino il Convegno "Le applicazioni della musicoterapia: ambiti d'intervento e aspetti formativi". Le relazioni di Messaglia e di Pasini ed Auditore sono state presentate in quell'occasione. Come emerge dai contributi il convegno ha cercato di sollecitare una riflessione non solo sugli aspetti applicativi ma anche sui connessi aspetti formativi.

L'articolo di Giuseppe Scarso e di Alberto Ezzu, relativo alle applicazioni nei pazienti in coma, esprime, come il precedente contributo di Messaglia, un'impostazione medico-scientifica nello sforzo di verificare e quantificare i processi in corso. L'ultimo contributo, Ferruccio De Maestri, propone tematiche e riflessioni senz'altro pertinenti al rapporto fra musicoterapia e riabilitazione dell'età evolutiva.

Gerardo Manarolo

Gli Istituti Superiori di Studi Musicali e la formazione in Musicoterapia... paradigma e curriculum musicale...*

In the old and traditional system of study in music, the different musical professionalist were all trained by a unic paradigm.

At present every musical activity is supposed to be connected to his peculiar study's path and theoretic rules. The paper is wondering about the most pertaining one in order to trayn a music-therapy activity.

Nel vecchio e tradizionale sistema di studi in musica le varie professionalità musicali venivano tutte formate sulla base di uno stesso paradigma teorico

Nel vecchio e tradizionale sistema di studi in musica le varie professionalità musicali venivano tutte formate sulla base di uno stesso paradigma teorico: il compositore, lo strumentista, il cantante, il musicologo, si realizzavano su nozioni, conoscenze, alfabetizzazioni, sintassi, grammatiche, storie, teorie e concetti estetici ritenuti idonei alla loro, se pur molto diversa, operatività. Oggi, al contrario, si va costituendo sempre più forte l'idea che ogni operatività musicale sia inevitabilmente connessa a un paradigma, a un suo più pertinente, prioritario e mirato percorso di studi e di riferimenti teorici.

Questo vuol dire che nel futuro degli I.S.S.M. (Istituti Superiori di Studi Musicali, previsti dalla legge di riforma 508/99) si caratterizzeranno sempre di più formazioni professionali musicali sulla base di modelli di riferimento diversi, più specifici alle finalità stesse delle diverse professioni.

E ciò sarà tanto più vero quanto più gli I.S.S.M. sapranno aprire le porte a "nuove" o "altre" operatività, come ad esempio, quella di cui stiamo parlando: la professione Musicoterapeutica.

Quindi, nel momento in cui gli Istituti Superiori di Studi Musicali potranno formulare un rapporto, una convenzione con la CONFIAM, Confederazione Nazionale delle Associazioni di Musicoterapia (e le Università), tutti dovremo saper rispondere alla seguente domanda:

Ogni operatività musicale è inevitabilmente connessa a un paradigma

“Quale paradigma musicale è più pertinente per formare una operatività in musicoterapia?”

Cercherò subito di dare

una risposta a questa domanda.

Per poter definire un modello di studi musicali, non si può non prendere in considerazione il tipo di Identità musicale dei probabili soggetti che potranno fare uso di questa operatività musicale; operatività che noi stiamo ipotizzando di collocare all'interno di una riconosciuta e storica istituzione di Stato come appunto è quella degli (ex) Conservatori o prossimi I.S.S.M.

Dai tanti studi e dalle tante indagini svolte in merito all'identità musicale (cfr. Io-tu-noi: identità e diversità, Quaderni di musica applicata, n° 17, P.C.C., Assisi, 1995, a cura di M. Piatti), noi sappiamo oggi che il modello di studi musicali più pertinente e prioritario alla formazione in musicoterapia deve saper prendere in considerazione almeno i seguenti parametri:

- **Vissuto sonoro musicale**

Questa dimensione connessa alla biografia musicale umana (cfr. La ricerca del significato di J. Bruner, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1992, e gli studi sulla biografia svolti da D. Demetrio dell'Università di Milano) comprende tanto il vissuto prenatale del feto e postnatale materno del neonato (es. stili prenatali, contrazioni e rilassamenti, gesti-suono, vocalità preverbal, intonazioni, versi, ecc.: cfr. le tante pubblicazioni sull'esperienza sonora prenatale di A. Tomatis) quanto quello sociale (l'homo musicus nelle varie musicalità dettate dal sociale: cfr. Musica: umana esperienza, M. Spaccacocchi, ed. Quattroventi, Urbino, 2001).

Quindi se la prima fase potremmo definirla come

un essere musicalmente vitali, la seconda potremmo definirla come un essere socialmente musicali. Queste due dimensioni del vissuto sonoro e musicale

umano possono anche trovarsi, a volte, in netto contrasto, fra ciò che è utile musicalmente alla vita e ciò che invece è utile alla relazione sociale. In altre parole, l'operatività in musicoterapia non può fare a meno di osservare e analizzare una identità musicale che scaturisce originariamente da una musicalità in sé, mirata alla promozione della vita. Una musicalità che, poi di seguito, dovrà inevitabilmente andare ad incontrarsi (e scontrarsi) con una musicalità fuori di sé, dettata da norme e costumi sociali che disattendono sempre più le urgenze vitali primarie (cfr. M. Spaccacocchi, P. Stauder, Musica in sé, ed. Quattroventi, Urbino, 2002).

- **Senso-azione**

Da questa dimensione biografica musicale, si può chiaramente notare come l'essere umano sia pienamente coinvolto in attività di senso-percezione e di azione-produzione nei confronti del suono e della musica.

Perciò l'uomo, nel mettere in atto queste sue senso-azioni ci permetterà subito di capire quanto sia ricca o meno, in sé, la presenza di efficienti organi di senso da una parte e, dall'altra, quanto sia ricca o meno la presenza efficace di tutti i suoi aspetti fisico-motori.

Ma in questa direzione si può pure formulare l'ipotesi che tutti gli atti di senso e di azione, che un essere umano potrà attivare nei confronti della materia sonora e musicale, vengono primariamente percepiti e vissuti come eventi-sostanza, cioè come fatti indicatori di una energia, di uno spazio e di un tempo tipici di ogni dimensione biologica e fisica.

Quindi, ben prima dei tradizionali parametri sonori codificati dalle occidentali grammatiche musicali, si intravede una percezione più globale, più senso-motoria, più sinestesica, meno atomizzata.

- Interpret-azioni

Sulla base di questo complesso vissuto fatto sia di sensi e di azioni sonore e musicali primariamente intese come sostanze energetiche che si muovono nel tempo e nello spazio biologico e fisico, l'essere umano dà il via, tanto alla sua grande capacità di interprete (attribuire un senso ai suoi vissuti percettivo-musicali), quanto alle sue doti di attore (praticare suoni e musiche che, in vari modi, possono essere lette come metafora delle sue condizioni psicofisiche).

Da queste interpret-azioni musicali abbiamo la possibilità di individuare ed esaminare i seguenti altri aspetti:

- a) Modalità delle interpret-azioni

Aspetti che ci aiutano a capire con quale mezzo "linguistico" o "prelinguistico" l'interpretazione o l'azione musicale siano state promosse dal soggetto: tonomuscolare primario, motorio-gestuale, auditivo, olfattivo, tattile, visivo, sinestesico, sonoro-musicale vocale e/o strumentale, ecc.

- b) Tipologia delle interpret-azioni

Aspetti che fanno riferimento sia ai livelli di convergenza o di divergenza dell'interpretazione rispetto agli elementi musicali presi in considerazione, sia alla messa in atto di un fare improvvisativo, imitativo (o per lettura), ecc.

- c) Condotta delle interpret-azioni

Aspetti che si interessano della finalità, più o meno cosciente, che si può ipotizzare o intravedere come scopo da raggiungere da parte del soggetto interpret-attore: emotiva, comunicativo-relazionale, ludica, simbolica, evocativa, patologica, ecc.

- d) Rapporto fra soggetto, interpret-azione, contesto

Qui ci si interessa principalmente di andare a ricercare un qualsiasi legame fra i precedenti punti, il contesto all'interno dei quali si sono attivati (momenti di vita quotidiani, setting, laboratori) e i problemi-bisogni che, da una preliminare e approfondita anamnesi generale e musicale, potranno emergere nel soggetto o nei soggetti che si sono promossi attraverso gli aspetti descritti nelle interpret-azioni a, b, c.

- Analisi, valutazione e valorizzazione

A questo punto il percorso permette di svolgere una analisi di tutti questi aspetti interpret-attivi, che permetteranno di comprendere la ricchezza o la povertà delle modalità usate in rapporto alle tipologie attivate e alle condotte evidenziate.

I risultati di questi percorsi interpret-attivi saranno quindi poi riletti sulla base dei problemi-bisogni di ogni soggetto preso in considerazione. Da questa comparazione si potranno notare azioni coerenti o incoerenti rispetto allo stato-problema del soggetto o del gruppo. Azioni che, in base a questo più o meno evidente grado di coerenza o incoerenza, potranno passare attraverso un'ottica gerarchico-valutativa (indurre verso azioni di rinforzo) o un'ottica valorizzante (indurre verso azioni di facilitazione).

- Ipotesi e formulazione dell'intervento

Il percorso che sino a questo momento ho indicato sinteticamente, è chiaro a tutti che nasce da una iniziale, attenta e approfondita osservazione dei comportamenti musicali e generali umani e, da questa osservazione, il percorso stesso può tornare a riformularsi su una programmazione operativa musicale che dovrà, naturalmente, tenere conto dei risultati raccolti in rapporto allo stato-problema del soggetto.

Ecco perché il percorso, di volta in volta riproposto, offrirà, data la sua ampia gamma di interpret-azioni realizzabili, una serie infinita di soluzioni che permetteranno al soggetto e all'opera-

tore di riformularsi sempre più sul piano umano, terapeutico e operativo-musicale.

- Prassi, analisi, riformulazione, prassi

Da questo momento in avanti, quindi, secondo una metodologia basata su una prassi seguita da una analisi e da una riformulazione ragionata e motivata di una nuova prassi, si creerà il nostro modello teorico interamente aderente e pertinente alla nostra operatività.

È naturalmente chiaro che, per poter svolgere nel modo più corretto ed efficace questo tipo di modello operativo generale, l'operatore dovrà avvalersi del concorso paritario di un sapere e saper fare, di un sapere essere e un saper far fare frutto di competenze provenienti pure da aspetti tipici del mondo medico e psicologico.

In altre parole, il modello musicologico più utile all'operatività musicoterapeutica ritengo che debba offrire, oltre ad una visione biologica e antropologica musicale di base (cfr. M. Disoteo, *Antropologia della musica per educatori*, ed. Guerini, Milano, 2001), strategie in merito all'osservazione, all'analisi e alla valutazione e valorizzazione di ogni aspetto sonoro-musicale tipico di quella specifica identità umana, intesa come insieme di vissuti individuali, sociali e universali.

Una identità che, come ho accennato, proviene da espressività sonore e musicali che toccano tanto la dimensione prenatale e materna quanto quella sociale e culturale.

Si tratta perciò di dare la possibilità di giungere alla formulazione di una approfondita anamnesi sonoro-musicale del soggetto che, unita alla anamnesi "generale" possa permettere, all'equipe e all'operatore in musicoterapia, di definire nel modo più pertinente e prioritario al caso specifico, quali musiche e quali musicalità mettere in "movimento" sulla base di consigli metodologici provenienti dai settori della prevenzione, della riabilitazione, della medicina, della pedagogia,

della psicologia e della psichiatria.

La collocazione di questo modello musicale di studi

Ora, negli attuali studi musicali, un modello simile, corrispondente o comunque condivisibile, sembra essere presente solo all'interno delle Scuole di Didattica della Musica, attive nei nostri Conservatori dall'ormai lontano 1969.

Ecco quindi individuata una eventuale e pertinente sede scolastica all'interno della quale far convergere tutte le competenze relative alle aree musicali, mediche, psicologiche e musicoterapeutiche, anche con l'intento di dar vita, nel prossimo futuro, ad un Dipartimento di Scienze della Formazione Musicale, che potrebbe appunto contenere corsi di Laurea accademica e di Laurea Specialistica o Master class mirati al miglioramento professionale degli insegnanti di Educazione Musicale, di Strumento nella scuola di base o superiore (medie, medie ad indirizzo musicale, liceo musicale), degli Animatori musicali inseriti in contesti o comunità sociali e, naturalmente, degli Operatori in Musicoterapia.

Questo progetto è da anni stato indicato e presentato da molti docenti di tante Scuole di Didattica italiane in varie pubblicazioni e all'interno di convegni nazionali, anche in sintonia con gli ideali di autonomia didattica presenti nella legge di riforma 508/99.

Le discipline musicali per la musicoterapia

Nel fare un ipotetico elenco relativo al contributo musicale che gli I.S.S.M. potranno offrire alla Musicoterapia, debbo subito dire che le discipline musicali che indicherò come pertinenti e prioritarie a questa operatività, hanno un senso e un valore solo nel momento in cui sapranno sintonizzarsi all'idea di un modello musicologico, se non identico, almeno simile a quello che prima ho indicato sinteticamente sulla base prioritaria del Vissuto Sonoro e Musicale Umano.

Ecco un'altra importante ragione per la quale ritengo più giusto contenere all'interno della (ex) Scuola di Didattica della Musica (o nuovo Dipartimento di Scienze della Formazione Musicale) questo eventuale progetto di formazione musicoterapeutica: per assicurare e verificare l'aderenza di tutte le discipline musicali a un simile modello musicologico, di chiara impronta umana, tra l'altro condivisibile sia dai progetti di educazione musicale e sia da quelli di animazione musicale.

A questo punto, perciò, mi limiterò ad indicare i reali (e non ipotetici) contributi disciplinari che già sin da oggi potrebbero essere attivi all'interno di questa collaborazione, senza comportare una ulteriore spesa per gli I.S.S.M. (cosa, questa, di non poco conto).

Al contrario, una ulteriore spesa, dovrà essere invece prevista, sottoforma di contratto, sia per tutti gli insegnamenti relativi alle competenze musicali non presenti negli attuali conservatori (un esempio per tutti: Danzaterapia), e sia per quelle mediche, psicologiche, musicoterapeutiche, laboratoriali, di tutoraggio o di supervisione per completare, appunto, la formazione professionale di questa operatività.

Veniamo ora quindi alle reali discipline che gli attuali Conservatori potrebbero offrire ad un ipotetico Corso di studi in Musicoterapia, unitamente alla indicazione della probabile categoria di docenti, attualmente in ruolo, che potrebbero materialmente espletarle:

- 1) Pedagogia e psicologia della Musica (Docenti di Pedagogia della Musica della Scuola di Didattica)
- 2) Pratiche della composizione, dell'arrangiamento e dell'improvvisazione (Docenti di Composizione della Scuola di Didattica)
- 3) Fisica Acustica e percezione umana
- 4) Multimedialità musicale (Docenti di Musica elettronica)

- 5) Pratiche vocali e fisiologia della voce (Docenti di coro della Scuola di Didattica)
- 6) Tecniche di manipolazione di strumenti: aerofoni, cordofoni, membranofoni, metallofoni, xilofoni, elettrofoni.

Questa sesta e ricca fascia di pratiche strumentali comprende un vasto numero di lezioni (con vari docenti) e di studio personale sulle tante categorie di strumenti musicali: da quelli colti a quelli popolari, da quelli etnici a quelli didattici, da quelli naturali a quelli artificiali, con lo scopo di fornire all'operatore in musicoterapia il maggior numero di modalità strumentali utili per praticare relazioni e progetti di lavoro con le varie tipologie dell'handicap.

Non si tratta quindi di giungere a pratiche esecutive concertistiche, tipiche della tradizionale formazione strumentale attiva nei Conservatori, ma di permettere un'ampia ricchezza manipolatoria e creativa sugli "attrezzi" musicali, esaltando le tattiche tipiche dell'improvvisazione libera e su schemi dati. A tal fine potranno essere utilizzati gli attuali docenti di Lettura pianistica della Scuola di Didattica, e tutti gli altri docenti di strumento presenti negli I.S.S.M., interessati al progetto di musicoterapia e disposti a proporre condotte strumentali senso-motorie, simboliche e giochi di regole rispettose primariamente di un modello musicologico umano almeno simile a quello che sin dall'inizio ho qui cercato di sintetizzare.

- 7) Laboratori di musica d'insieme

Per approfondire la precedente dimensione strumentale si potranno organizzare laboratori di musica di insieme sulla base di tecniche estemporanee utili alla manifestazione metaforica delle proprie emozioni, all'esercizio simulato delle relazioni umane, degli stati affettivi e psicomotori

ipotizzabili in base al coinvolgimento attivo dei vari soggetti in stato di handicap.

Gli attuali docenti di Composizione o di Coro della Scuola di Didattica della Musica potrebbero essere coinvolti anche in questa fascia musicale operativa.

8) Ascolto e analisi musicale (Docenti di Storia della Musica della Scuola di Didattica)

In questo senso l'ascolto analitico di musiche di ogni genere ed epoca, per essere più pertinente e prioritario all'operatività di cui stiamo trattando, non potrà affidarsi a "nude" e "crude" analisi formali o strutturali, ma piuttosto affidarsi ad una analisi semiologica che sappia collegare i vari parametri musicali o i tanti singoli elementi sonori al maggior numero di comportamenti mentali e fisici che ogni essere umano, sia esso più o meno normodotato, può far scaturire dal suo complesso e articolato vissuto sulle esperienze musicali.

Tutte le altre discipline non comprese all'interno di questa offerta musicale dovranno essere indicate secondo il protocollo CONFIAM.

Inoltre, ogni collaborazione fra I.S.S.M. e la CONFIAM (e pure le Università) potrebbe subire variazioni nei diversi contesti geografici, in rapporto alla disponibilità dei docenti e alla presenza in ruolo di certi insegnamenti o discipline: in questo caso le possibili variazioni dovranno comunque essere rispettose del protocollo CONFIAM e dei decreti attuativi che in base alla legge di riforma 508/99 impegneranno le nuove istituzioni musicali.

Titolo di studio da attribuire a questa professionalità

Credo che ora sia giunto il momento di porci questa seconda domanda:

"In rapporto alla possibile spendibilità dell'operatività musicoterapeutica a livello sociale, quale appropriata durata prevedere per questo corso di studi?"

■ AA.VV.

Il silenzio per dirlo, (a cura di Manattini F., Stauder P.), Quattroventi, Urbino, 2000.

■ Anzieu D.

L'epidermide nomade e la pelle psichica, Raffaello Cortina, Milano, 1993.

■ Anzieu D.

L'io-pelle, Borla, Roma, 1994.

■ Blacking J.

Come è musicale l'uomo, Ricordi/Unicopli, Milano, 1986.

■ Bowlby J.

Una base sicura, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

■ Delalande F.

Le condotte musicali, Clueb, Bologna, 1993.

■ Disoteco M.

Antropologia della musica, Guerini, Milano, 2001.

■ Disoteco M.

Il suono della vita, Meltemi, Roma, 2003.

■ Disoteco M., Piatti M.

Specchi sonori, Franco Angeli, Milano, 2002.

■ Durkeim E.

Sociologia del suicidio, Newton Compton, Milano, 1974.

■ Durkheim E.

Il suicidio. L'educazione morale, Utet, Torino, 1969.

■ Guerra Lisi S., Stefani G.

Gli stili prenatali nelle arti e nella vita, Clueb, Bologna, 1999.

■ Jouvett M.
La natura del sogno, Theoria,
Roma-Napoli, 1991.

■ Jouvett M.
Il sonno e il sogno, Guanda,
Parma, 1993.

■ Laborit H.
Elogio alla fuga, Mondadori,
Milano, 1982.

■ Magnani M.
L'albero senza radici, Nuova
Eri, Torino, 1993.

■ Mead G. H.
Mente, Sé e società, Giunti,
Firenze, 1966.

■ Mead G. H.
La filosofia del presente,
Guida, Napoli, 1986.

■ Piatti M.
(a cura di), *Pedagogia della
musica, un panorama*, Clueb,
Bologna, 1994.

■ Piatti M.
*Progettare l'educazione
musicale*, Cappelli,
Bologna, 1993.

■ Piazzi G.
La ragazza e il direttore,
Angeli, Milano, 1995.

■ Prato P.
Suoni in scatola, Costa Et
Nolan, Genova, 1999.

■ Quignard P.
Tutte le mattine del mondo,
Frassinelli, Piacenza, 1992.

■ Resnik S.
L'esperienza psicotica,
Boringhieri, Torino, 1986.

Credo che il percorso di studi di questa operatività debba dipendere anche dalla ipotizzabile classe di stipendio che una simile professionalità potrà acquisire nei vari contesti socio-operativi. In altre parole, non si potrà pensare ad un percorso di studi troppo breve o troppo ampio rispetto a questa ipotetica classe di stipendio.

Quindi, pensando di equiparare questa professionalità alla classe stipendiale, per esempio, dell'attuale infermiere professionale, dovremmo ipotizzare un curriculum di studi che, dopo le scuole medie superiori (o meglio ancora dopo i già progettati Licei musicali), si completi in una prima Laurea accademica triennale.

Ulteriori aspetti da non trascurare consisteranno in tutta quella serie di standard formativi nazionali che il M.I.U.R. (sentito il parere del C.N.A.M.) dovrà indicare ai nuovi I.S.S.M., e sulla base di questi standard ci sarà pure la chiarificazione definitiva del monte ore al quale dovranno sottostare gli studenti per conseguire una laurea accademica o una laurea specialistica.

Sulla base di queste definizioni e chiarificazioni bisognerà sperare che il protocollo CONFIAM possa essere in sintonia con questi standard formativi, altrimenti bisognerà pensare di adattare il protocollo stesso.

Titolo ed esame d'accesso

Tutto dipenderà dal tipo di corso di studi che si potrà progettare tenendo conto della sua spendibilità a livello sociale e professionale. Comunque, qualunque sia la sua definizione curriculare, si può definire sin da ora che una base inderogabile per l'accesso a questo corso di studi è quella richiesta dalla stessa legge 508/99 e cioè il titolo di studio di scuola media superiore (o meglio ancora dei prossimi licei musicali).

Sulla base di questo titolo di studio bisognerà invece ipotizzare tutta una serie di crediti e di debiti (musicali, medici, psicologici, musicoterapeutici) utili a definire, al momento dell'iscrizione

di ogni partecipante, il suo possibile percorso formativo, cioè il possibile numero di esoneri in base a dimostrate competenze acquisite in precedenza o durante gli studi (corsi, convegni, scuole, laboratori, pubblicazioni, professionalità, ecc.) e/o i debiti formativi da compensare comunque prima della conclusione degli studi, attivando tutta una serie di verifiche utili a dimostrare l'avvenuta conquista di queste possibili "mancanze" iniziali. Per la definizione di questi crediti o debiti formativi sarà bene che la CONFIAM e i futuri I.S.S.M. si accordino all'interno delle singole sedi di attuazione del progetto di collaborazione che stiamo cercando ora di delineare.

Data l'ampiezza professionale di questa operatività, gli esami di ammissione a questo corso non potranno non essere svolti da rappresentanti competenti delle varie aree formative più volte indicate, quindi anche esterne ai ruoli esistenti attualmente negli I.S.S.M.

* Intervento presentato al Convegno "Musicoterapia e Conservatori" Auditorium Teatro Carlo Felice, Genova, Giugno 2002.

■ Scardovelli M.

Il dialogo sonoro, Cappelli, Bologna, 1992.

■ Schafer M.

Il paesaggio sonoro, Ricordi-Unicopli, Milano, 1985.

■ Spaccazocchi M.

Musica, umana esperienza, Quattroventi, Urbino, 2000.

■ Spaccazocchi M.,

Stauder P.

Musica in sé, Quattroventi, Urbino, 2002.

■ Stauder P.

La memoria e l'attesa, Quattroventi, Urbino, 1999.

■ Stauder P.

La società devota, Quattroventi, Urbino, 1996.

■ Strobino E.

Musiche in cantiere, Franco Angeli, Milano, 2001.

■ Tagg P.

Popular music, Clueb, Bologna, 1994.

■ Tomatis A.,

Ascoltare l'universo, Baldini e Castoldi, Milano, 1998.

■ Winnicott D. W.,

I bambini e le loro madri, Raffaello Cortina, Milano, 1987.

Dialogo riabilitativo fra la Musicoterapia e l'età evolutiva*

In this paper we try to describe the connections between the concepts of music-therapy, rehabilitation and age of development (childhood and adolescence). There are many models of music-therapy, and there is also a constant debate about the differences between therapy and rehabilitation. In Italy, the experiences of music-therapy in child psychiatry are still relatively few, if compared with adult psychiatry. Nevertheless, we think that music-therapy can give an important contribution both to observation and to treatment of psychiatric disorders in childhood and in adolescence, because the musical language, in the circle of non-verbal communication, is the base for building an interaction and a relation in all the cases in which verbal communication is very difficult or impossible.

Al Convegno "La Musicoterapia nella Riabilitazione per l'Età Evolutiva", svoltosi all'Istituto S. Stefano di Porto Potenza Picena nell'ottobre 2002, il presente contributo costituiva la "lettura magistrale", definizione forse accettabile se con essa si intende un tentativo di fotografare lo stato dell'arte relativo al complesso tema affrontato, non certo se invece si intende il dispensare certezze.

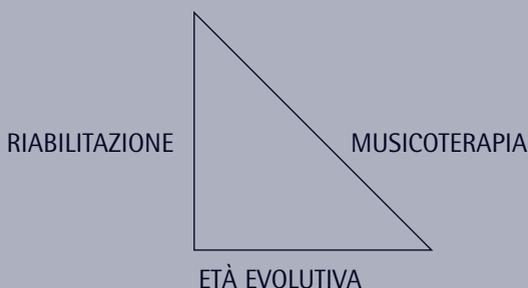
In ogni caso questa "lettura" ha una forma un po' insolita. Essa deriva dal fatto che, sommando quanto era stato chiesto di portare a ciascuno di noi come contributo, si ricavava l'idea che il nostro compito fosse quello di definire una sorta di cornice per i contenuti del Convegno. Tale cornice, più ci pensavamo e più sembrava configurarsi nella nostra testa come il perimetro di un triangolo pitagorico, avente come lati i concetti di Musicoterapia, Riabilitazione ed Età evolutiva.

A dire la verità, ci sarebbe anche un quarto concetto, che dovrebbe entrare (e di fatto entrerà)

**Il presente
contributo
intende
fotografare
lo stato dell'arte
relativo
al complesso
tema affrontato**

Molti impianti teorici (e non solo nella Musicoterapia) sono molto più fragili dei risultati pratici

nei nostri discorsi, ed è quello che riguarda i Servizi Pubblici, o comunque l'organizzazione di lavoro in équipe multidisciplinare, ma, per maggiore semplicità geometrica, preferiamo per ora fare riferimento al triangolo.



Una volta definita l'esistenza del triangolo in quanto simbolo dell'elevato grado di interconnessione degli argomenti, abbiamo pensato che sarebbe risultata meno noiosa una loro trattazione in forma dialogata, da cui il titolo: una sorta di ricerca di alcune domande-chiave, con annessi tentativi di risposta, che consentisse di delineare con una certa precisione il campo, assai vasto, sui cui aspetti specifici hanno poi cercato di fare luce gli altri relatori presenti al Convegno.

Può essere opportuno partire dal lato musicoterapico chiedendosi:

in che misura si può "isolare" la dimensione RIABILITATIVA della musicoterapia (e in che misura possiamo considerare questo un esercizio utile per ottenere una migliore chiarezza di definizioni) se è vero che questa disciplina possiede anche un'anima TERAPEUTICA ed una "EDUCATIVA"?

E poi ancora. Essendo la musicoterapia una disciplina che può essere teoricamente "impiegata" in

contesti molto vari, come pensionati per anziani, Centri Diurni psichiatrici, reparti di Rianimazione, Servizi di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, allora:

come si modula la specificità della musicoterapia a seconda dei contesti?

È chiaro che, risalendo ancora più a monte da questo lato, si dovrebbe affrontare la questione di quante e quali musicoterapie sono quelle cui facciamo riferimento, quali sono i paradigmi epistemologici e i modelli metodologici da esse utilizzate, quali raffronti sono stati fatti sulla loro efficacia e sulle loro eventuali diversità di indicazioni. Su tutto ciò, ci limitiamo ad aprire delle finestre, o, più modernamente, link. Uno di questi link è certo necessario per ricordare alcune definizioni fondamentali della materia¹.

Un'altro link riguarda i modelli; ricordiamo che l'ultimo convegno della World Federation of Musictherapy (WFMT, Washington, 1999) ne ha riconosciuti 5, mentre Bruscia, nel suo ultimo libro ne descrive 6, che solo in minima parte coincidono con i 5 della WFMT.

La faccenda è quindi complicata. Cogliamo l'occasione per azzardare un'idea che certo potrà suscitare dissensi, e cioè che molti impianti teorici (e non solo nella Musicoterapia) sono molto più fragili dei risultati pratici che si ottengono con la loro applicazione.

Allora, piuttosto che discutere sui modelli, preferiamo richiamare brevemente quella sorta di sovraclassificazione che Bruscia opera fra musica IN terapia e musica COME terapia, e poi, all'interno di quest'ultima, fra una MUSICOTerapia, a prevalente componente "tecnica", ed una musicoterAPIA, a prevalente componente relazionale.



È una classificazione utile per capire, in parte, perché operatori di provenienze diverse facciano un uso diverso, all'interno di setting diversi, dello stesso strumento comunicativo. Tuttavia, in un'ottica quantistica, preferiamo immaginare le varie opzioni illustrate da Bruscia come possibili configurazioni della stessa molecola (ossia della stessa disciplina) all'interno di un sistema in cui, a seconda dei momenti, il tipo di trattamento e la formazione di base del terapeuta conducono verso un certo tipo di assetto piuttosto che un altro.

Ponendo quindi che la Musicoterapia sia l'ipotenusa del triangolo, i due cateti potrebbero essere raccordati in questo modo:

come si declinano le esigenze della riabilitazione neuropsichiatrica in età evolutiva?

È chiaro che, anche qui, ciascuno dei due concetti bisognerebbe di essere definito meglio. La riabilitazione neuropsichiatrica nasce, o almeno viene concettualizzata, una cinquantina di anni fa proprio per le esigenze dell'età evolutiva, e solo negli anni 70 comincerà ad affermarsi come concetto trainante nella psichiatria dell'età adulta. Attualmente vi è consenso nel definire rieducazione la parte più strettamente tecnica dell'intervento, riservata all'operatore esperto, mentre il termine riabilitazione sta ad indicare l'insieme della strategia con cui si opera a tutto campo nella situazione di deficit per conseguire gli obiettivi prefissati. Omettendo per brevità qualsiasi excursus, e privilegiando sempre l'ottica pragmatica, pensiamo che il concetto di diagno-

si funzionale delineato da Moretti rimanga lo strumento in grado di offrire la visione più dinamica dei processi riabilitativi in relazione al terreno su cui essi vanno ad incidere².

Volendo ora tentare di articolare fra loro cateti e ipotenusa, partendo dall'angolatura musicoterapica si potrebbe dire provocatoriamente che non ci sono degli schemi, o dei protocolli, per l'età evolutiva in musicoterapia. Quanto è stato prodotto (e documentato) dalle nostre parti in termini di interventi musicoterapici in età evolutiva è, a tutt'oggi, sicuramente minoritario rispetto alla mole di lavori che riguardano l'età adulta. Escludiamo dal conto, dopo averci pensato parecchio, gli interventi in ambito scolastico, non certo perché privi di valore ma perché, senza troppo voler entrare in sottigliezze classificative, crediamo che essi siano principalmente di carattere EDUCATIVO-PREVENTIVO, beninteso con l'avvertenza che su questo tema sono in atto esperienze e riflessioni importanti, che hanno consentito di sgombrare il campo da parecchie ingenuità e confusioni di antica memoria (Borghesi, Strobino, 2002).

Il dire che non ci sono protocolli specifici porta a chiedersi se ciò sia legato solo a difficoltà specifiche che riguardano il lavoro con l'età evolutiva o anche ad altre questioni. Quali? Per esempio al fatto che, quando si apre la strada alle terapie espressive, sembra che l'idea di lavorare secondo linee guida, se non proprio protocolli, svanisca. In qualche modo potrebbe entrarci l'ambiguità terminologica: perché musicoterapia (ma anche

fisioterapia, su cui però nessuno equivoca), e non logoterapia³?

Né ci aiuta guardare altri ambiti specialistici come, per esempio, quello della foniatria, che tende alla precisione anche quando, nella riabilitazione vocale, si serve di metodologie che in un'ottica psicodinamica si definirebbero espressivo-supportive, come tutte quelle che hanno per mediatore l'elemento sonoro-musicale⁴, perché per noi, almeno in questa sede, l'oggetto principale di interesse è la patologia neuropsichica, con tutta la sua complessità e scarsa propensione a farsi ricondurre entro griglie ragionevolmente rigorose. Se per comodità espositiva proviamo a scorporarla un po' artificialmente in tre branche: NEUROLOGIA, NEUROPSICOLOGIA (dove includiamo i disturbi del linguaggio e dell'apprendimento) e PSICHIATRIA, e prendiamo più dettagliatamente in esame quest'ultima, ossia la cura delle malattie mentali, ossia l'estremo più "mentale", e quindi più "impreciso", della discutibilissima polarità mente/corpo, non è chi non veda come, nella letteratura più autorevole degli ultimi anni, su cui poi si sostanziano le linee di indirizzo tecnico-politiche degli assessorati regionali alla sanità, non si parli quasi più di terapia, bensì di riabilitazione, cucinata un po' in tutte le salse (riabilitazione cognitiva, riabilitazione psico-sociale, etc...). Nell'età evolutiva, dove la spinta del marketing industriale e l'ondata del riduzionismo biologico non sono riuscite a sfondare verso il basso il muro degli 8 anni per l'utilizzo degli psicofarmaci, le psicoterapie sono vive e vitali, pur tra molti problemi, teorici e pratici: I Servizi Pubblici, dove esistenti, sono spesso oberati di richieste, e l'intervento psicoterapico è "oneroso", per il tempo che richiede e la relativa scarsità di terapeuti specificamente formati. C'è poi un'altra attività, secondo noi a valenza terapeutica, che è specifica dell'età evolutiva e che rappresenta una risorsa fondamentale per quelle équipe che ne possono disporre: la psico-

motricità; almeno quella intesa nell'accezione di terapia psicomotoria. E occorre ancora aggiungere che il "dialogo" fra le varie tecniche, reso possibile e necessario dal lavoro di prima linea delle équipes multidisciplinari, unitamente all'osmosi culturale fra competenze riabilitative e competenze psicoterapiche, queste ultime soprattutto relative alle fasi precoci dello sviluppo, ha prodotto nell'ultimo quindicennio modalità d'intervento come i gruppi "terapeutici" per bambini con disturbi dello sviluppo e del linguaggio nella fascia 0-5, secondo il modello proposto da Levi e Fabrizi, in cui viene sfruttata una doppia sinergia: quella dell'interazione "trasversale" diadica e triadica bambino-bambini-operatore, e quella della integrazione sul campo fra logopedista e psicologo (o neuropsichiatra). Quanto c'è di terapeutico e quanto di riabilitativo in tale modello? Detto questo, se guardiamo le situazioni complesse, di diagnosi severa, ad evoluzione cronica, che comportano handicap e determinano una presa in carico gravosa secondo i parametri di valutazione dei carichi di lavoro in uso nelle ASL, vediamo che le linee guida partorite dalle varie consensus conferences parlano di un approccio in gran parte riabilitativo, tra le cui diverse strategie integrate noi crediamo che la MT trovi senz'altro adeguate indicazioni.

Se ora passiamo a considerare l'ambito dei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, e/o l'operatività dei neuropsicologi, vediamo che qui possono essere messi in opera criteri diversi, e di maggior "rigore" metodologico, lungo tutto il percorso:

inquadramento del problema \mapsto **definizione degli obiettivi** \mapsto **applicazione del protocollo riabilitativo** \mapsto **valutazione dei risultati.**

In un disturbo specifico del linguaggio, anche grave, a seguito dell'intervento logopedico può esserci un'evoluzione "interessante" (che, per intenderci, si misura almeno a centimetri, e non a millimetri come nel ritardo mentale o nelle psico-

si), e questo, probabilmente, contribuisce a determinare un atteggiamento diverso del riabilitatore, che definisce per il paziente percorsi più precisi e soprattutto delimitati nel tempo, oltre che soggetti a verifica. Si potrebbe, a tale riguardo, ipotizzare l'esistenza di due anime riabilitative, una "hard", più chiaramente legata all'osservanza rigorosa del percorso di cui sopra e più connessa al territorio della neuropsicologia e della fisioterapia (le funzioni "corporee", nella cui ottica anche lo sviluppo cognitivo diventa qualcosa di misurabile), ed una "soft", di derivazione psichiatrica, meno soggetta a verifiche e meno passibile di tentativi di oggettivazione.

Volendo per un attimo ragionare nell'ottica dei macrosistemi, potremmo dire che ci troviamo all'interno del campo di oscillazione di un pendolo che forse adesso sta per toccare l'estremo del pragmatismo riabilitativo dopo aver toccato, negli anni 60-70, l'estremo opposto dell'idealismo terapeutico. Sicuramente, l'oscillazione del pendolo ha coinciso con un paradosso culturale: mentre negli anni 60-80 abbiamo assistito ad un'evoluzione della tecnica, che è divenuta più attenta alla complessità dell'individuo considerato nel suo insieme mente-corpo, ed alle dinamiche relazionali, grazie anche ad una sorta di fecondazione che le teorie psicodinamiche hanno compiuto nel corpo della riabilitazione dura e pura di origine giuridica-ortopedica, negli anni 90 si è potuta osservare quella evoluzione (o involuzione) del pensiero per cui, salvo importanti eccezioni, si è assistito ad un forte ridimensionamento del concetto di terapia. Se questo significa che si sono accantonate le illusioni di guarigione, soprattutto rispetto a certi quadri clinici gravi, accettando per questi l'idea realistica di puntare al migliore adattamento sociale possibile, o piuttosto che il tecnicismo e l'efficientismo stiano subdolamente svuotando la presa in cura di ogni ideale umanistico, mentre perseguono il pareggio di bilancio delle aziende sanitarie, è

interrogativo da porsi seriamente. Di certo però, pur con tutti i rischi di perdere di vista il fattore umano, come già scrivemmo 7 anni fa, difficilmente ci si potrà sottrarre a quella esigenza di documentabilità delle procedure e di verifica del rapporto costo/risultato degli interventi, che è rappresentata dal dilagante paradigma della Evidenc-Based Psychiatry (EBP).

Allora, rispetto a questo scenario che con un po' di enfasi potremmo definire epocale, la musicoterapia come si è collocata? Ha risentito, e se si quanto, di questi assestamenti? Ha preso, e magari dato, delle cose alle altre metodologie di intervento? È un argomento difficile. Da un lato pensiamo che questa disciplina si sia collocata a pieno titolo in quell'area di convergenza fra cultura psicodinamica e acquisizioni delle neuroscienze, che nell'ultimo decennio ha consentito di costruire modelli della mente molto più integrati, dove si riconosce pari importanza alla struttura neurofisiologica di base, e agli input cognitivi e affettivi che vanno ad incidere in modo decisivo sulla struttura stessa promuovendone la maturazione. In fondo, quando parliamo di fattori di vulnerabilità e fattori di protezione secondo la schematizzazione di Liberman (1992), non facciamo altro che interconnettere in modo armonico e dinamico la polarità biologica con quella psicodinamica. Sia gli uni che gli altri fattori possono essere tanto di tipo genetico-organico quanto di tipo relazionale-sociale.

Dall'altro lato crediamo di poter delineare un rischio di fondo: anche quando la musicoterapia viene declinata all'interno di un contesto integrato di interventi multidisciplinari e coordinati, di chiaro indirizzo riabilitativo, spesso sembra non tenere gran conto dei parametri che la riabilitazione implica. Può darsi che in parte ciò sia dovuto al fatto che essa utilizza come mediatore il linguaggio sonoro-musicale, il quale, più ancora degli altri linguaggi artistici implicati nelle artiterapie, si pre-

sta a fraintendimenti su presunti effetti miracolosi, o comunque eclatanti, da esso direttamente prodotti sul paziente mediante misteriosi meccanismi. È l'equivoco del sostanzialismo, che alimenta buona parte della letteratura trash sull'argomento, dal bambino in coma che si sveglia con la voce di Berlusconi, all'idea che la musica di Mozart fa crescere l'intelligenza mentre quella di Debussy calma l'ansia. Ciò non va sicuramente ad incidere sulla operatività dei musicoterapisti, sempre che essi provengano da una formazione rigorosa, ma forse crea, anche inconsapevolmente, false aspettative nella committenza. Sul perché, poi, proprio la musica alimenti simili fantasiosi scenari, il discorso è aperto, molte interessanti cose sono state dette e altre se ne potrebbero aggiungere, ma non è argomento che possa essere sviluppato in questa occasione. Va però almeno detto che, quando si tratta di patologia neuropsichica dell'età evolutiva, qualsiasi meccanismo in grado di sostenere aspettative irrazionali subisce, per comprensibili motivi, un'accelerazione esponenziale.

Quanto alla formazione, altro argomento di capitale importanza cui è doveroso almeno far cenno, siamo in grado di fare un bilancio un po' all'ingrosso della provenienza di chi ha frequentato i corsi CONFIAM, e di dire quindi che di riabilitatori che sono venuti a studiare musicoterapia se ne sono visti relativamente pochi, mentre abbiamo visto molti più insegnanti e musicisti. Probabilmente, ci sono stati molti operatori, soprattutto fisioterapisti, che hanno lavorato applicando, anche inconsapevolmente, tecniche di musicoterapia all'interno di altri setting (per esempio alcuni reparti di Rianimazione), ma non hanno mai dialogato con la musicoterapia ufficiale. Sarebbe di poter dire che, salvo eccezioni, mentre i pochi riabilitatori divenuti musicoterapisti tendono ad attenuare la loro rigidità metodologica, all'estremo opposto i musicisti si sentono talmente padroni del mediatore sonoro-musicale da non sentire il bisogno di seguire protocolli.

A questo punto, tuttavia, crediamo sia giunto il momento di chiederci se, oltre a crearci tutti i problemi di cui abbiamo discusso, la musicoterapia possa darci qualcosa di utile nella patologia neuropsichica dell'età evolutiva. Noi ovviamente pensiamo di sì. In particolare, ci sembra di poter dire che, con la musicoterapia, la qualità del contatto e della relazione col paziente migliorano quasi sempre, e tale miglioramento risulta particolarmente notevole nelle situazioni in cui la comunicazione verbale è gravemente compromessa. Tutto ciò può sembrare alquanto generico, ma secondo noi le cose non funzionano poi in modo tanto diverso da quello degli altri ambiti riabilitativi. È vero che il musicoterapista opera in contesti molto variabili, ma in fondo anche la logopedista si trova a prestare la propria opera in ambiti diversi, utilizzando strategie diverse. Qual è il suo comune denominatore? Che riabilita (noi supponiamo) le varie componenti del linguaggio verbale e dell'apparato fonatorio, così come la fisioterapista riabilita le funzioni neuro-motorie. D'altra parte, che anche le tecniche riabilitative più specifiche e sofisticate debbano passare attraverso la relazione, è un fatto ormai assodato grazie alla rivoluzione umanizzante della riabilitazione degli ultimi 30 anni⁵. Ne approfittiamo per riprendere dalle scienze umane e dalla psicoanalisi il concetto di intersoggettività: né il paziente né il terapeuta possono essere una tabula rasa. Tra il terreno da trattare e la tecnica da usare esiste il rapporto terapeuta/paziente, in cui la FIDUCIA è il primo sistema di regolazione emozionale per costruire un attaccamento reciproco, base di ogni percorso riabilitativo. E ancora: nell'ottica di un approccio funzionale alla patologia neuropsichica, tanto più se parliamo di soggetti in età evolutiva, la distinzione fra funzionamento cognitivo e affettivo non può essere altro che di pura utilità. Ciò sempre che, pur pressati dalle istanze validatorie delle varie EBP e VRQ, accettiamo di riconoscerci nel paradigma dell'integrazione delle funzioni all'in-

terno della struttura neurofisiologica di base, e, più ancora a monte sul versante epistemologico, nel paradigma dell'unità mente-corpo. Lavoriamo in senso riabilitativo sulle diverse funzioni con strategie specifiche ad hoc, ma senza mai perdere di vista che una funzione si integra con le altre, le influenza e ne è influenzata.

Allora, forse, possiamo dire che il compito del musicoterapista è semplicemente quello di riabilitare nel paziente le funzioni affettivo-relazionali divenute atrofiche o mai sviluppate, sapendo che ciò può avere una ricaduta positiva, probabilmente indiretta e aspecifica ma comunque importante, anche sul livello di motivazione con cui lo stesso paziente affronta una riabilitazione delle funzioni cognitive⁶. Quella musicoterapica è quindi, verosimilmente, una riabilitazione soft, che comincia ora a porsi in modo rigoroso il problema del rapporto durata/risultato del trattamento e che riconosce all'interno di esso un più alto tasso di variabili, alcune ancora in via di definizione e studio, rispetto ai trattamenti logopedici e fisioterapici. La cosa non dovrebbe sembrare strana se si pensa che, comunque le si definisca, le funzioni emotivo-affettive sono meno facilmente "misurabili" di quelle cognitive. Ma poi il problema vero, la vera sfida scientifica, all'interno di un trattamento musicoterapico, o di arteterapia (e qui forse c'è il punto più importante di interconnessione con le psicoterapie), non è dimostrare il fatto che il ragazzino che prima non comunicava per niente alla fine accetta di interagire ed è anche meno angosciato, perché questo, alla fin fine, quando si verifica è un fatto ben visibile. Il problema è riuscire sempre meglio a capire come funzionano i vari passaggi e le varie procedure che il terapeuta mette in atto, ossia la descrivibilità del processo. Peraltro, di passi in questa direzione le arteterapie ne hanno fatti, delineando, per esempio, una sorta di griglia che mette a fuoco alcuni punti-chiave del processo maturativo che dovrebbe condurre dall'espressione alla regolazione delle emozioni⁷.

Tale essendo lo stato dell'arte, potrebbe essere fuorviante chiedersi se la musicoterapia sia in grado di confrontarsi con le altre discipline riabilitative (soprattutto quelle hard) sul loro stesso terreno, oltre che con la psicomotricità e le psicoterapie sul versante terapeutico. Probabilmente non ancora. È quello che si potrebbe definire il doppio problema della musicoterapia e delle arteterapie in generale. Ma, la confrontabilità dei risultati è un problema gigantesco in tutta la medicina, e quindi l'importante è continuare a osservare e riflettere senza scoraggiarsi.

Per contro, noi riteniamo che la musicoterapia sia in grado di fornire un'angolatura osservativa specifica, attraverso l'analisi della comunicazione non verbale del paziente, e che questa angolatura possa utilmente affiancarsi alle altre già normalmente in uso nelle équipes multidisciplinari che si occupano di età evolutiva, arricchendo così la visione d'insieme di una realtà complessa e sfaccettata come quella del bambino, il quale quanto più è piccolo tanto più presenta una ridondanza di funzioni, rendendo corrispettivamente più difficile la decodifica esatta delle funzioni stesse e dei problemi che ne rendono disarmonico lo sviluppo. La specificità della musicoterapia, a tale riguardo, se ragioniamo applicando il concetto di sintonizzazione di Stern, è data dal fatto che su pazienti che hanno un funzionamento prevalentemente amodale (i gravi ritardati mentali, i soggetti con turbe della coscienza, ma anche fisiologicamente i bambini piccolissimi), essa possiede una maggiore possibilità di attivare un percorso che da una sintonizzazione basata sulle percezioni amodali conduca ad una sintonizzazione sinestetica, e quindi trasmodale, dove quindi vi può essere una variazione dell'analizzatore senso-percettivo fra proposta e risposta (con conseguente stimolo evolutivo), e ciò grazie al fatto che il linguaggio non verbale di tipo sonoro-musicale funziona dal punto di vista comunicativo anche solo per il semplice attivarsi dei

parametri fisici fondamentali di altezza, durata, intensità, timbro e intonazione, che sono i parametri su cui si basa la primissima interazione vocale/tattile fra madre e bambino.

Molto altro ci sarebbe da aggiungere, ma il compito di una lettura magistrale, per quanto dilata ed atipica, non è quello di esaurire l'argomento, bensì di porne le basi di discussione. Vorremmo quindi concludere col dire che ci sembra significativo l'interesse per questo tema da parte di un Istituto che si occupa in modo intensivo anche di patologia neuropsichica dell'età adulta, così come ci sembra importante che, pur tra mille problemi, si affermi nella realtà delle ASL il modello di Dipartimento di Salute Mentale. Importante da un punto di vista culturale, certo, ma ancor più per la ricaduta "politica" in termini di potere: i bambini non votano, tutto ciò che riguarda l'infanzia è oggetto da parte del mondo adulto di un interesse emotivamente intenso e superficiale, di marca fundamentalmente isterica, che come tutte le manifestazioni dell'isteria svapora rapidamente, e fin tanto che i servizi per l'infanzia sono rimasti separati, sono anche stati più o meno negletti (salvo isole felici), pur essendo portatori di un sapere e di una prassi di alto profilo. Crediamo che la necessità di avere un'attenzione longitudinale alle problematiche neuropsichiche nelle varie fasi della vita a partire dalla nascita consenta di calcolare meglio quanto la prevenzione e la riabilitazione precoce paghino in termini di riduzione della gravità delle manifestazioni cliniche dell'età adulta, e quindi, sulla lunga distanza, consentano addirittura (pronunciamo infine la sola parola magica in grado di far drizzare le orecchie ai manager) di risparmiare.

¹ Fra le tantissime, ne ricordiamo due: quella di Benenzon ("Dal punto di vista scientifico, la musicoterapia è una disciplina che si occupa dello studio e della

ricerca del complesso suono-essere umano (suono musicale o non), con l'obiettivo di ricercare elementi di diagnosi e metodi terapeutici". "Dal punto di vista terapeutico, la Musicoterapia è una disciplina paramedica che utilizza il suono, la musica e il movimento per provocare effetti regressivi e aprire canali di comunicazione, con l'obiettivo di attivare, per loro tramite, il processo di socializzazione e di inserimento sociale"), e quella di Bruscia ("La Musicoterapia è un processo interpersonale finalizzato, in cui il terapeuta aiuta il cliente a migliorare, mantenere o ristabilire uno stato di benessere, usando esperienze musicali, e le relazioni che si sviluppano loro tramite, come forze dinamiche di cambiamento").

² A tale riguardo, ci limitiamo a ricordare la ripartizione della patologia neuropsichica secondo un approccio funzionale e non più clinico-descrittivo, che Moretti opera finalizzando il lavoro riabilitativo alla prevenzione dell'handicap (Struttura neurofisiologica di base – Tipo di apprendimento – Tipo di relazione oggettuale – Complicanze prevedibili).

³ Il suffisso "terapia", ortodossamente inteso, rimanda ad un'idea di attività curativa (ma anche riabilitativa, da cui ulteriori ambiguità) il cui mezzo dovrebbe consistere, a stretto rigore, in ciò che è indicato nella radice (musico-terapia = curare attraverso la musica). Ma non sempre le cose vanno in questo modo, perché la radice a volte indica effettivamente il mezzo curativo (esempio: Farmacoterapia), altre volte indica l'oggetto stesso delle cure (esempio: Psicoterapia = curare la mente, e non solo attraverso le parole). Quindi, a volte "terapia" è sostantivo, ed altre volte aggettivo. Comunque, e sarebbe interessante capire il perché, sul concetto di "fisioterapia" non sembrano esserci fraintendimenti. Si può supporre che vi giochi un ruolo la "primogenitura" storica della riabilitazione ortopedica, ed anche il fatto che la fisioterapia, secondo luogo comune, si applica al corpo, mentre la musicoterapia si applica (o così si crede) a quel qualcosa di non ancora ben circoscritto che per molti medici e operatori sanitari è la mente, sui cui disturbi, almeno fino a quando

- **Balint M.**
(1959), *Medico, Paziente, Malattia*, Feltrinelli, Milano, 1971.
- **Benenzon R.**
Manuale di Musicoterapia (2ª edizione), Borla Editore, Roma, 2000.
- **Borghesi M., Strobino E.**
Musicoterapia a scuola, *Musica et Terapia* (Quaderni italiani di Musicoterapia), n. 6, 2002.
- **Bruscia K. E.**
(1989), *Definire la Musicoterapia*, tr. it., Gli Archetti ISMEZ, Roma, 1993.
- **Bruscia K. E.**
(1987), *Modelli di improvvisazione in Musicoterapia*, tr. it., ISMEZ, Roma, 2001.
- **Fabrizi A., Diomede L.**
Gruppi terapeutici di bambini: dall'interazione diadica e triadica alle interazioni multiple, *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, Vol. 65 n. 6, 1998.
- **De Girolamo G.**
Evidence-based Psychiatry: verso un nuovo paradigma della pratica clinica, *Riv. Sper. Freniatr.*, Vol CXXI, 1997, N. 2.
- **Liberman R.P.**
(1992) *La Riabilitazione Psichiatrica*, tr. it., Raffaello Cortina Editore, Roma, 1997.
- **Moretti D.**
Metodo e Prassi in Neuropsichiatria Infantile, Vita e Pensiero Editore, Milano, 1981

essa non sarà stata ricondotta nel recinto delle certezze scientifiche, si può evidentemente tentare di tutto.

⁴ Forse questa precisione deriva dal fatto che nell'ottica foniatrica, anche il linguaggio, se pur inteso come funzione, fa parte del corpo e quindi sottostà alle sue leggi precise?

⁵ Veramente, l'umanizzazione del rapporto col paziente, almeno per quello che riguarda la figura medica, ha radici ancora più remote, se è vero che Balint nel 1959 scriveva che "un medico, quando somministra un farmaco, in realtà somministra se stesso, così come un paziente, quando porta un sintomo, in realtà porta se stesso". Allo stesso modo, noi oggi potremmo dire che il terapeuta, pur non accedendo ai contenuti profondi del paziente, nella relazione somministra comunque se stesso prima ancora delle tecniche.

⁶ Qui si aprirebbe un ultimo file, avente per contenuto la questione della specificità/aspecificità dei vari fattori che entrano in gioco nel produrre un determinato risultato terapeutico. Brevemente, si può dire che, in buona parte delle situazioni cliniche da noi trattate, i miglioramenti osservati derivino dall'effetto additivo di benefici non specifici relativi all'essere in cura, che si sommano ai benefici specifici prodotti dall'applicazione di una modalità particolare di trattamento (De Girolamo, 1993). Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, Moretti (1996), riprendendo anche alcune autorevoli considerazioni di Whitman (1990), esprime in modo abbastanza radicale il parere che più globale è il deficit sul quale si interviene (esempio tipico il ritardo mentale) più basso è il gradiente di specificità degli interventi attuati, anche quando ci si confronta con metodologie che si ammantano di elementi molto tecnici. La significazione "globale" di una certa metodica ne renderebbe impossibile la validazione scientifica, ma questo non vuol dire che essa non risulti operativamente utile, e addirittura necessaria, e che non produca effetti dal punto di vista neurofisiologico. Torna qui fuori la questione epistemologica, imponendoci un'ul-

tima domanda, che avrebbe potuto essere la prima, se avessimo privilegiato questa angolatura:

la MT si riferisce al sistema scientifico o a quello umanistico?

Se decidiamo che la componente globale aspecifica è in essa prevalente, il problema si risolve da sé. Noi naturalmente non la pensiamo così, pur ribadendo l'imprescindibilità delle radici umanistiche.

⁷ Tale griglia può essere così riassunta, secondo quanto messo a punto da Ricci Bitti e Postacchini (1997):

1. In che modo l'intervento opera sul processo di regolazione e rielaborazione delle emozioni
2. Come si passa dall'espressività spontanea a quella codificata ed intenzionale
3. Qual è il ruolo dell'apprendimento delle tecniche
4. A quale livello di simbolizzazione (elaborazione simbolica) giunge ogni intervento
5. Quali sono gli effetti cognitivi a breve e lungo termine di ogni tipo di intervento
6. Quali sono gli effetti più generali sull'organismo a breve e lungo termine.

* Relazione presentata al Convegno "La Musicoterapia nella riabilitazione per l'età evolutiva", Istituto S. Stefano di Porto Potenza Picena, Ottobre 2002.

■ **Moretti G.**

La riabilitazione nel ritardo mentale ed il contributo della Musicoterapia, in *Musica e Terapia* (1997), Vol. 5 n. 1, 4-7, Boccassi, Alessandria.

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

Lineamenti di musicoterapia. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997 (ristampato col titolo *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2001).

■ **Postacchini P.L.**

Evoluzione del concetto di Riabilitazione in Musicoterapia, *Musica et Terapia* (Quaderni italiani di Musicoterapia), n. 5, 2002.

■ **Ricci Bitti P.E., Caterina R.**

(a cura di): *Regolazione delle Emozioni e Artiterapie*, Carocci, Roma, 1997.

■ **Stern D. N.**

(1985): *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987.

■ **Whitman T.L.**

(1990), Self-regulation and mental retardation, *AJMR*, 94, 4, 347-362.

Musicoterapia e riabilitazione in età evolutiva*

The following work concerns an intervention of music therapy proposed to three patients suffering from multiple handicaps. They both attend one of the ANNI VERDI's day rehabilitation centre and the relative territorial school; they are therefore overseen by a specific Handicap Work Team. The main purpose of this work is the reinforcement of egoic structure and the development of relational skills, which would lead patients to better patterns of integration inside the music therapy group, as well as into their own classrooms.

Employed strategy: arrangement between body rhythm and proposed rhythm; use of the body as a sound instrument itself; preferential use of idiophones (a relation between patient's global development and the direct use of this kind of instruments has been found).

Si è scelto
di presentare
una esperienza
di musicoterapia
di gruppo,
con tre piccoli
pazienti
affetti da
plurihandicap,
perché tale
esperienza
può essere
considerata
abbastanza rara

Si è scelto di presentare una esperienza di musicoterapia di gruppo con tre piccoli pazienti affetti da plurihandicap, in età scolare, trattati all'interno del laboratorio di musicoterapia di un centro di riabilitazione dell'Associazione Anni Verdi, perché tale esperienza può essere considerata abbastanza rara in quanto, generalmente, si tende a scegliere il trattamento individuale per pazienti in età evolutiva e con quadro patologico abbastanza grave. Questi pazienti fanno in realtà parte di una classe elementare di un circolo didattico di territorio; data la gravità dei quadri clinici, i bambini di questo circolo didattico vengono seguiti prevalentemente nel centro di riabilitazione, ad opera sia del personale medico e psicologico del centro, che del personale educativo e psicopedagogico appartenente al circolo didattico. Queste differenti figure si fondono e si coordinano nel Gruppo Lavoro Handicap (GLH), sotto forma di un team pedagogico, medico e riabilitativo, all'interno del quale vengono compresi anche i parenti dei pazienti, allo scopo di aggiornarli sull'andamento dei pro-

I pazienti sono stati scelti dopo un esame di inquadramento non verbale

grammi pedagogici e riabilitativi.

Questi pazienti possono comunque fruire dei trattamenti terapeutici e riabilitativi forniti dal centro; quindi, essi possono anche essere inseriti in una attività di musicoterapia.

I pazienti

- A. è una bambina di 12 anni, con diagnosi di tetraparesi spastica e comizialità; è stato valutato un ritardo mentale gravissimo, a causa di una cerebropatia perinatale di natura non definita.
- B. è un bambino di 10 anni, con diagnosi di sindrome epilettica da encefalopatia perinatale; a livello cognitivo è stato valutato un ritardo psicomotorio grave.
- C. è un bambino di 11 anni, presenta una diagnosi di distrofia muscolare di tipo Becker, associata ad un ritardo psicomotorio grave.

I pazienti sono stati scelti all'interno del gruppo classe, a seguito di un esame di inquadramento non verbale (Benenson, 1998) svolto nel laboratorio di musicoterapia.

Tale momento di inquadramento consta essenzialmente delle seguenti fasi:

1. Ingresso e accoglienza del paziente, con consegna illustrativa di ciò che si andrà a fare: "staremo insieme circa un'ora, io sono Raffaele, questa è la stanza della musica, puoi prendere e provare tutto ciò che vuoi";
2. Osservazione passiva del comportamento del paziente in questa fase;
3. Ascolto di quattro frammenti sonoro-musicali: un brano di musica primitiva, un estratto melodico, un estratto armonico; un frammento di musica elettronica; ogni brano è della durata di due-tre minuti ed è intervallato da cinque minuti di silenzio, in cui si osservano le reazio-

ni del paziente all'ascolto, e se l'ascolto dei vari brani ha influenzato in qualche modo il rapporto col setting.

Nel setting sono presenti: una tastiera, una conga, un rullante e un piatto entrambi su supporto; a terra, su di un materassino, si trovano un tom, un flauto dolce, una coppia di maracas, un glockenspiel, due tamburelli di cui uno con sonagli, un triangolo, claves, nacchere.

In questa situazione, i tre pazienti di cui trattiamo hanno mostrato curiosità e interesse nei confronti della produzione sonora, dell'operatore e dell'ascolto. In particolare, C. è stato l'unico paziente che ha utilizzato le bacchette per percuotere il rullante; in generale, tutti e tre i piccoli pazienti hanno interagito più facilmente con strumenti idiofoni, oppure con la tastiera. È probabile che, data la gravità generale delle condizioni cliniche di base, per questi pazienti sia più facile interagire con un oggetto che produce suono appena viene toccato, piuttosto che servirsi di due oggetti dalla cui azione combinata risulti la produzione sonora, come nel caso del tamburo con bacchette. Dalla preferenza di ogni singolo paziente per la tastiera, si può trarre la seguente ipotesi (da verificare in corso d'opera): dato l'ambito di lavoro (età evolutiva), è possibile che la preferenza per i suoni melodico-armonici della tastiera sia da mettere in relazione con le qualità timbriche di questi suoni, qualità capaci di richiamare, più o meno direttamente, la voce umana in generale e quella materna in particolare; il suono vocale, inoltre, può essere anche sostenuto per una durata indefinita, costituendosi come un contenitore dalle pareti solide, una casa sonora senza brecce né crepe; la tastiera può riprodurre queste caratteristiche dinamiche nella dimensione tempo (la percezione di questa continuità è pos-

sibile grazie al tempo di durata del suono), anche se a livello timbrico la perdita armonica è ovvia. Altri pazienti del gruppo classe hanno mostrato una relazione col setting molto regressiva: forte investimento orale indifferenziato di oggetti vari, posture fetali di chiusura, tendenza alla passività; per questi pazienti, sarà quindi ipotizzabile un percorso individuale che provveda a creare e mantenere efficienti canali comunicativi che mettano queste persone in grado di realizzare un attivo interscambio con l'ambiente esterno.

L'intervento di Musicoterapia

Ognuno dei tre piccoli pazienti ha effettuato quattro sedute individuali, volte a sviluppare gli elementi comunicativi e relazionali emersi nell'esame di inquadramento non verbale, prima di effettuare la loro prima seduta di gruppo.

In particolare, A. ha mostrato sempre uno spontaneo piacere per la percezione degli stimoli sonori provenienti dall'operatore, manifestando ciò con sorrisi e vocalizzi; tende a non essere ancora attiva, ma è molto presente alla situazione; occasionalmente produce suoni vari, casuali, alla tastiera, mentre non le piace suonare strumenti percussivi, di cui però gradisce il suono; spesso batte le mani, richiedendo la prosecuzione dell'attività sonora, durante i silenzi.

B., pur prediligendo anche lui la tastiera, mostra una tendenza alla produzione sonora di tipo ritmico: spesso batte le mani sul passeggino ritmicamente, e fa lo stesso con la tastiera; a fronte di una gestualità che appare stereotipa nel suo ripetersi indefinitamente, B. sceglie però con molta determinazione gli oggetti su cui battere le mani: cerca molto decisamente la tastiera, e rifiuta con altrettanta decisione altri strumenti. Forse, è il paziente più ricettivo alla voce dell'operatore, con cui sorride e vocalizza.

C., pur prediligendo la produzione sonora alla tastiera, è disponibile anche ad esplorare e produrre suoni con altri strumenti a percussione,

come il rullante ed il piatto sospeso; è l'unico paziente che riesce ad utilizzare le bacchette; segue sempre l'operatore con lo sguardo, ed è sempre molto propositivo.

Per questi pazienti, nella attività di gruppo non vengono utilizzate tecniche e strumenti regressivi, ma si utilizza il suono per promuovere una attiva comunicazione con il mondo circostante; si tratta quindi di mezzi di rinforzo della struttura egoica, volti a fare acquisire una maggiore consapevolezza di sé in rapporto all'altro: un compagno che produce anch'esso dei suoni, ma anche – auspicabilmente – il proprio compagno di classe, al di fuori del contesto della musicoterapia. In questo senso, le sedute individuali sono servite a conquistare una buona relazione con il musicoterapista, per aprire il paziente alla disponibilità nei confronti dell'esterno; a questo punto – e solo a questo punto – sarà poi possibile unire questi piccoli pazienti in un gruppo, per sperimentare il suono come mezzo di comunicazione interpersonale in un contesto più allargato.

Vediamo adesso, dalla esperienza svolta, quali sono gli elementi che possono caratterizzare l'intervento di musicoterapia.

Io sono, io suono:

il suono di tre orologi diversi

Data la finalità generale dell'intervento (rinforzo dell'autopercezione) nonché il fatto che stiamo parlando di bambini, si è cercato di strutturare una situazione sonora relazionale che permettesse ai bambini di sperimentare un ambiente che rispondesse ai loro bisogni, una sorta di contenitore accogliente, e che, allo stesso tempo, gli permettesse di percepirsi come soggetti presenti a sé stessi, agli altri, e soggetti attivi nella situazione. Ad ogni bambino, nell'ultima seduta individuale, era stato proposto di svolgere l'incontro seguente con altri compagni.

Nella prima seduta di gruppo ogni paziente viene accolto con la voce, con il corpo, con un annun-

cio "parlato – cantato" relativo all'ingresso in stanza degli altri compagni (sono tutti in carrozzina; vengono perciò portati uno per volta: al suo ingresso, C. è il primo, ed è solo).

Quando anche gli altri sono entrati, il musicoterapista introduce il senso del gruppo con una canzone ripetuta tre volte (il numero dei pazienti), in cui ad ogni paziente si propone l'attività sonora in compagnia degli altri due compagni. Questa fase è molto importante per una buona gestione del lavoro di gruppo; bisogna far comprendere che si è all'inizio di una nuova fase che riguarda tutti e allo stesso tempo bisogna dare un segnale di continuità dell'esperienza. Gli elementi di continuità in questo caso sono l'operatore, e il setting, che è stato lasciato inalterato rispetto alle sedute individuali, ed è sempre stato uguale per tutti e tre. È importante sempre, in musicoterapia, cogliere l'aspetto del tempo biologico della persona: di quel tempo cioè che non è cronologico, ma è l'andamento temporale del corpo, del pensiero, la velocità e il tempo di elaborazione e reazione di ogni singola persona. Con i bambini in particolare, il rispetto dei loro tempi corporei permette la percezione della concretezza dell'ambiente, che si sente come rispondente a sé stessi: questi tre bambini, come si vede, hanno tre tempi biologici molto diversi, dei tempi diversi nell'essere attivi e nell'osservare ed ascoltare; generalmente non sono mai attivi contemporaneamente, ma c'è sempre qualcuno che suona e qualcuno che ascolta, pur se al primo incontro, il gruppo stabilisce già un rapporto di complementarità relazionale attraverso una complementarità sonora; integrato dalla figura dell'operatore, questo rievoca stadi di comunicazione molto primitivi, di dialogo, di "io ci sono, anche tu ci sei". L'operatore in particolare, rispondendo con tempi adeguati, invia un messaggio in una ipotetica relazione madre-bambino, di rispondenza puntuale ai bisogni di essere, essere nutriti, esistere, esistere in relazione all'altro: il significato sottostante a

questa operazione è infondere fiducia nell'ambiente, e motivare alla comunicazione sonora attraverso un senso di riuscita di sé come essere risuonante e perciò presente, capace di produrre effetti. Ecco che forse qui più che altrove, la relazione "io sono, io suono" è più importante.

Lo spazio

Il lavoro si è svolto a terra, dopo una prima fase in cui i primi scambi relazionali sonori avvenivano mentre ognuno rimaneva sulla propria carrozzina: si è permesso infatti ai pazienti di muoversi liberamente, o quantomeno di percepire il proprio corpo nell'attività senza il limite costrittivo dell'ausilio meccanico.

In realtà solo B. si muove molto all'interno del setting, per tutto il tempo, ma la ricchezza delle interazioni sonore che ne nascono mostra che, con il disabile motorio, talvolta la mancanza di movimento fisico osservabile non corrisponde ad una analoga mancanza di movimento di sensazioni, di emozioni, di intenzioni.

Conclusioni

Dalla esperienza trattata, possiamo rilevare alcuni aspetti che risultano estremamente importanti nell'intervento di musicoterapia con pazienti in età scolare: da una parte sono presenti tutti gli elementi comunicativi, sonoro-musicali e relazionali che caratterizzano anche un intervento con pazienti adulti: movimento, canto, suono, sono mezzi di comunicazione che caratterizzano l'essere umano di qualunque età.

Nel lavoro con i bambini si ritrovano gli stessi aspetti di quello con gli adulti perché, con i pazienti adulti, si va alla ricerca di modalità comunicative sonore primarie, possibilmente non verbali, quindi tipiche di stadi dello sviluppo anteriori rispetto all'età adulta; non sono i bambini ad assomigliare agli adulti, ma sono gli adulti che, se vogliono fruire a pieno delle possibilità comunicative del suono, devono tornare bambini.

- Benenzon, Rolando O.
La Nuova Musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1997.
- Benenzon, Rolando O.
Manuale di musicoterapia,
Borla, Roma, 1998.
- Boxill, E. Hillman
*Musicoterapia per bambini
disabili*, Omega, Milano, 1985.
- Nordoff, P., Robbins, C.
*Musicoterapia per bambini
handicappati*, Angeli, Milano,
1993 (3° ed.).
- Bowlby, J.
Attachment and Loss, I,
Hogart Press, London, 1969
(tr. it. *L'attaccamento alla
madre*, Boringhieri, Torino,
1972).
- Erikson, E. J.
Childhood and Society, W. W.
Norton, New York, 1963.
- Zimmerman, M.
*Musical Characteristics of
Children*, Music Educators
National Conference,
Washington, D. C., 1971.

I bambini con difficoltà comunicative devono invece essere aiutati a riattivare queste modalità a loro proprie, ma in senso progressivo e di rinforzo dell'io, di affermazione di sé nell'ambiente e autostima: ecco perché sono importanti tutti i segnali, corporei, sonori, verbali, non verbali, di conferma, di ri – sonanza di sé negli altri, con gli altri, attraverso gli altri, in una relazione contenitiva e protetta, ma non regressiva, tenendo conto dei tempi di ognuno, e facendo passare il messaggio di un tempo che è anche riedizione, ripetizione, che consente di attivare delle attese, creare punti di riferimento e instillare fiducia, e motivare alla esplorazione dell'ambiente e, con questo, degli altri, della vita attorno a sé.

* Relazione presentata al Convegno "La Musicoterapia nella riabilitazione per l'età evolutiva", Istituto S. Stefano di Porto Potenza Picena, Ottobre 2002.

Musicoterapia e psicomotricità: un'integrazione possibile*

The work reported in this article describes the clinical experience with a group of young children utilizing a treatment approach based on a synergistic rapport between the disciplines of music therapy and psychomotor or "developmental" therapy.

In the specific experience described these two disciplines were capable of integrating within a unified treatment approach. As a result each discipline was able to acknowledge the other as coexisting within a single frame of reference, each utilizing a single treatment methodology, as well as being able to work towards the achievement of shared goals and objectives in order to satisfy the needs and fulfil the wishes and desires of the subjects involved.

**Il lavoro
presentato
si riferisce
ad un'esperienza
di gruppo
condotta
con l'apporto
sinergico
della
musicoterapia
e della
psicomotricità**

Il lavoro presentato si riferisce ad un'esperienza di gruppo condotta con l'apporto sinergico della musicoterapia e della psicomotricità in un ciclo di incontri che si è svolto nell'arco di un anno scolastico.

L'aspetto principale che ha reso possibile l'integrazione è stato il desiderio di un confronto tra figure professionali di ambito diverso, la disponibilità a mettersi in gioco, la voglia di conoscere e riconoscere lo specifico di ciascuna disciplina. La costituzione del gruppo (formato da due bambini e da due terapisti) è stata facilitata dal fatto che i bambini interessati erano in trattamento riabilitativo da anni presso il Centro Ambulatoriale S. Stefano di Porto Potenza Picena.

Le motivazioni che ci hanno spinto verso tale approccio sono state principalmente le seguenti: dare la possibilità ai bambini di accedere a diverse modalità espressive e relazionali, stimolare in loro l'interesse verso nuovi contesti, ravvivare la motivazione ad interagire con l'ambiente esterno e incoraggiare la partecipazione attiva attraverso la proposta di nuove esperienze da elaborare ed utilizzare come mezzo di comunicazione.

Alcuni criteri che sottendono la musicoterapia e l'approccio psicomotorio sono in realtà condivisi

Quanto esposto e quanto seguirà nella presentazione del lavoro svolto sta a testimoniare come alcuni criteri che sottendono la musicoterapia e l'approccio

psicomotorio, siano in realtà (almeno nella nostra esperienza) condivisi, sia sotto il profilo teorico che clinico. Aspetti quali la reciprocità, l'ascolto condiviso, la disponibilità verso l'altro e verso l'ambiente, il tempo d'attesa, la turnazione, hanno costituito la base della metodologia adottata nel corso degli incontri.

I bambini inseriti nel gruppo sono stati due, l'uno di nove e l'altro di dieci anni; essi presentavano importanti problematiche affettivo-relazionali in un quadro di disturbo generalizzato dello sviluppo. Entrambi manifestavano, seppure in maniera diversa, comportamenti difensivi e di chiusura relazionale. I bambini erano già seguiti da tempo, individualmente, presso il Centro Ambulatoriale S. Stefano sia a livello psicomotorio che logopedico. L'équipe multidisciplinare, che li aveva in carico, era perciò in possesso di un'ampia documentazione riguardo alla diagnosi e alla valutazione di ciascun bambino.

L'esperienza è nata dall'idea di utilizzare la Comunicazione Non Verbale per agire sulle dinamiche affettivo-relazionali e sugli aspetti della comunicazione, problematiche emergenti e prioritarie per i due bambini, al fine di potenziarne le capacità espressive in termini di efficacia e di flessibilità nel rapporto con l'ambiente esterno. Gli obiettivi principali che ci siamo poste sono stati: ridurre i comportamenti difensivi e di chiusura relazionale, facilitare l'esplorazione senso-motoria dello spazio fisico e sonoro, stimolare l'iniziativa e l'espressione libera delle tensioni interne, favorire, per quanto possibile, l'elaborazione e la regolazione delle emozioni, promuovere l'integrazione del gruppo e la relazione interpersonale tra coetanei.

Il percorso è stato favorito dalla condivisione del modello di riferimento e della metodologia, incentrati sulla ricerca della relazione, come momento essen-

ziale ed imprescindibile di ogni possibile intervento, in un contesto caratterizzato da modalità espressive di tipo non verbale.

Il metodo dell'osservazione diretta partecipa ha informato fondamentalmente tutto il lavoro svolto. L'attenzione alle dinamiche relazionali che si sono sviluppate all'interno delle diverse sedute determinava un costante lavoro di sintonizzazione tra le terapisti e con i bambini.

La metodologia adottata prevedeva come momenti indispensabili l'osservazione dell'attività spontanea dei bambini, la valorizzazione delle potenzialità e delle capacità emerse, la disponibilità empatica e l'adattabilità delle terapisti alle variabili del contesto grupppale nell'intercambiabilità dei ruoli di conduttore/co-conduttore, sia per quanto riguarda lo svolgimento delle sedute che nell'individuazione dei diversi canali di comunicazione. Una fase di preparazione precedeva gli incontri, seguiti, poi, da momenti di confronto con stesura di verbali. La verifica del progetto prevedeva, inoltre, la programmazione di riunioni periodiche con l'intera équipe multidisciplinare.

Per quanto riguarda la scelta del luogo, insieme si è deciso di svolgere le sedute nel laboratorio di Musicoterapia, innanzitutto per la difficoltà di trasferire ogni volta gli strumenti musicali, poi per la posizione sicuramente più isolata e silenziosa di questa stanza, consentendo così di lavorare in una condizione di maggiore autonomia e riservatezza rispetto all'ambiente esterno.

Il setting, come strumento terapeutico, ha assunto un ruolo essenziale, sia per quanto riguarda la scelta degli strumenti musicali e dei materiali ludici che nella definizione e strutturazione dello

spazio. Alcuni esempi concreti: inizialmente ciascun bambino aveva individuato un proprio angolo nella stanza, molto distante l'uno dall'altro e assumendo una posizione di chiusura e d'isolamento, servendosi a questo scopo anche degli strumenti musicali e dell'oggetto sonoro. Utilizzando gli strumenti come mezzi relazionali per favorire un avvicinamento, sia fisico che affettivo, è stato possibile raggiungere con gradualità una disposizione a cerchio, seduti sul tappeto, dove si sono svolte le ultime sedute. Anche l'introduzione finalizzata di materiale ludico di diverso genere (stoffe, nastri, carta, pennarelli, ecc.) ha favorito l'espressione spontanea dei bambini, coinvolti in modo consono alle loro esigenze.

Ed è proprio a partire dall'osservazione dell'attività spontanea dei bambini che è stato possibile far emergere le potenzialità e le capacità da valorizzare. In base a quanto rilevato di volta in volta le proposte venivano modulate per rispondere ai bisogni dei bambini e nello stesso tempo per favorire l'evoluzione delle modalità relazionali in senso comunicativo. Ad esempio, le fughe verbali venivano sostenute e modificate con improvvisazioni sonore e motorie, focalizzando l'attenzione sugli aspetti simbolici per facilitare l'elaborazione e la trasformazione dei vissuti emotivi negativi espressi.

L'improvvisazione è stata la tecnica principale d'intervento sia come modalità di relazione nel corso delle sedute che come metodo di lavoro scelto dalle terapisti tra le quali si era consolidato un profondo senso di stima e di fiducia. Il percorso del gruppo si è sviluppato attraverso sessioni di improvvisazione libera e spontanea, seguite da fasi di improvvisazione guidata e di giochi strutturati. I due bambini hanno partecipato sempre attivamente con interesse sia per le nuove forme espressive esplorate che per l'esperienza affettivo-relazionale vissuta con libertà e piacevolezza, in uno stato progressivamente sempre più rilassato. Le risposte hanno evidenziato una significativa modificazione del comportamento da un uso

■ Aucouturier B. et al.
La pratica psicomotoria,
Armando, Roma, 1984.

■ Benenzon R. O.
Manuale di Musicoterapia,
Borla, Roma, 1992.

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

■ Bion W. R.
(1961), *Experiences in groups
and other papers*, Tavistock
Publications Ltd., London
(trad. it. Esperienze nei
gruppi, Armando,
Roma, 1971).

■ Borgogno E.
Educazione psicomotoria,
Omega, Torino, 1988.

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

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

■ Le Boulch J.
*Verso una scienza del
movimento umano*, Armando,
Roma, 1999.

■ Mastrangelo G.
*Manuale di Neuropsichiatria
dell'Età Evolutiva*, Il Pensiero
Scientifico Editore,
Roma, 1995.

■ Montessori M.
La mente del bambino,
Garzanti, Milano, 1999.

■ 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).

■ Vayer P., Maigre A.

Il corpo e l'ambiente, Armando, Roma, 1983.

■ Winnicott D. W.

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

difensivo degli oggetti e delle sonorità ad un utilizzo comunicativo degli stessi; lo spazio non investito in una situazione individuale di lontananza fisica si è trasformato in spazio conquistato in un assetto prevalentemente gruppale; infine la ricerca di un rapporto esclusivo con l'adulto è stata abbandonata a favore di una relazione interpersonale tra coetanei, con atteggiamenti di cooperazione, d'intesa e quasi di complicità. I segnali che evidenziavano questi cambiamenti interessavano, principalmente, la postura, la mimica e l'espressività del viso, la motricità, l'uso della voce e i comportamenti agiti con finalità comunicative.

Il bilancio di quest'esperienza per noi è stato positivo, innanzitutto perché ci ha consentito di accedere alle potenzialità e alle risorse di un setting ampliato a più forme espressive e comunicative; inoltre ci ha dato l'opportunità di conoscere e di valorizzare lo specifico terapeutico di ciascuna disciplina nel perseguimento di obiettivi comuni. Altri aspetti positivi sono stati: avere avuto la possibilità di condividere le responsabilità del lavoro, potendo effettuare così delle osservazioni più ricche di elementi significativi in un clima disteso e sereno; avere inoltre la possibilità di confrontarci sui vissuti emotivi e poterli elaborare ci ha aiutato a tollerare maggiormente le frustrazioni insite in un lavoro terapeutico.

Tra le difficoltà abbiamo voluto evidenziare la necessità di avere tempi adeguati per la preparazione e il confronto nell'attuazione del progetto, oltre all'esigenza di una continuità nella presenza dei bambini agli incontri, alternativamente assenti a volte, loro malgrado, per problemi di salute. È importante anche evidenziare che è dal bambino, dalle sue esigenze che trovano origine queste due discipline, la musicoterapia e la psicomotricità, che s'integrano perciò nel perseguimento di obiettivi comuni al fine di ricondursi a soddisfare i bisogni e i desideri di quello stesso bambino.

* Relazione presentata al Convegno "La Musicoterapia nella riabilitazione per l'età evolutiva", Istituto S. Stefano di Porto Potenza Picena, Ottobre 2002.

L'intervento di musicoterapia nella psicosi*

The paper describes a musictherapy intervention directed to psychotic patients in hospital. The musictherapy intervention is used in group following the Benenzon's pattern.

The treatment's purpose is to come in to contact with patient's regressive sides facilitating their expression and communication.

The musictherapist is approaching these childlike sides and by this happening and the play, he is slowly establishing a relationship with him.

Introduzione

Da ormai più di 10 anni, nel nostro DSM (ASL 3 Torino), in ambito sia ambulatoriale (Centro Diurno) che Ospedaliero (SPDC), la musicoterapia viene utilizzata con la tecnica dei gruppi secondo il modello Benenzon nel programma di cura dei pazienti psicotici.

Il paziente sofferente di psicosi, ed in particolare di schizofrenia, presenta alcune caratteristiche peculiari che ben vengono descritte da Bleuler come sintomi fondamentali. Pur senza dimenticare l'inscindibilità dell'individuo, che in musicoterapia come in ogni altro ambito terapeutico deve essere percepito come "persona", mi pare utile fare riferimento a questo criterio di classificazione per meglio descrivere gli ambiti di intervento e le tecniche utilizzate. Bleuler individua alcuni sintomi fondamentali, cioè caratteristici della schizofrenia (la dissociazione ideica, il deterioramento dell'affettività, l'ambivalenza, l'autismo ed i disturbi della volontà), che distingue dai cosiddetti sintomi "accessori" (disturbi percettivi, deliri, disturbi della personalità, catatonìa, disturbi della memoria). Tale corteo sintomatologico comporta, come diretta conseguenza, la perdita della capacità di comunicare con le parole. Il paziente si ritira in spazi regressivi al riparo da esperienze frustranti, rifugiandosi in uno spazio pre-oggettuale più gratificante. Questa è una delle caratteristiche più importanti per ciò che riguarda l'intervento musicoterapico, e su di essa poggia il fulcro del nostro intervento.

Da ormai più di 10 anni, nel nostro DSM (ASL 3 Torino), la musicoterapia viene utilizzata nel programma di cura dei pazienti psicotici.

Lo spazio che viene offerto al paziente durante la seduta di musicoterapia è uno spazio peculiare

Gli obiettivi

Partendo da queste considerazioni è possibile delineare alcuni obiettivi che possiamo perseguire con l'intervento musicoterapico.

Prendiamo innanzi tutto in considerazione una delle più importanti anomalie che questa psicosi comporta: la disgregazione dell'io. Un valido intervento deve tendere ad avviare la ricomposizione delle parti residue e frammentate. Questo è possibile attraverso un processo regressivo del terapeuta che, raggiungendo le parti regressive del paziente, ne recupera le possibilità di comunicazione. Attraverso un "passaggio" nella così detta zona intermedia descritta da Winnicot, si ristabilisce la relazione oggettuale e si avvia così la ricomposizione delle parti frammentate. In pratica, nel corso delle sedute, il musicoterapeuta si avvicina il più possibile e con garbo a queste parti "infantili", vi entra delicatamente in relazione ed attraverso l'accudimento, il gioco, instaura poco per volta una relazione più adulta (oggettuale). Questo percorso di crescita permette inoltre di "accompagnare" il paziente fuori da quel mondo autistico nel quale si era rifugiato. Il gruppo stesso funge da elemento terapeutico. La risonanza emotiva in esso presente, la conferma della propria identità (ad esempio attraverso la tecnica del rispecchiamento o sottolineando le proposte ritmiche e melodiche del soggetto), gli aspetti seduttivi che vengono spesso "giocati" in seduta, aiutano il paziente a sgretolare il guscio difensivo riscoprendo così la relazione. Il setting "contenitivo" facilita questi processi limitando l'angoscia del paziente, permettendo la progressiva riduzione delle difese. Le difese, le resistenze del paziente emergono con frequenza, soprattutto all'inizio del percorso. L'ambivalenza, presente in tutti noi, nello psicotico emerge in maniera evidente mettendo in luce conflitti irrisolti. Così il setting diviene luogo in

cui i conflitti si "giocano" su di un piano diverso: entrare/non-entrare, ascoltare/non-ascoltare, suonare/non-suonare... diventano tematiche costanti, difficoltà che possono

però essere contenute e rielaborate.

Considerare il paziente come persona creativa ed artistica fa sì che questa si possa esprimere liberamente, ritrovando così i propri ritmi interni ed, in ultima analisi, le proprie emozioni. Lo spazio che viene offerto al paziente durante la seduta di musicoterapia è uno spazio peculiare. Il paziente può permettersi di esternare il proprio dolore, la propria rabbia, la propria gioia. Può agire comportamenti altrove connotanti o decisamente repressi, quali l'urlare, il rotolarsi a terra, il danzare in maniera sfrenata ecc. Tali comportamenti in seduta non vengono vietati ed anzi talora incoraggiati. L'aspetto terapeutico rispetto al tono dell'umore è confortato sia da osservazioni da noi svolte attraverso scale di valutazione che mostravano un effetto normotimizzante della singola seduta di MT, sia da questionari da noi somministrati ai pazienti, che hanno evidenziato un netto miglioramento dello "stato d'animo" per un significativo numero di intervistati. (grafico n°1)

Grafico n°1- Stato d'animo

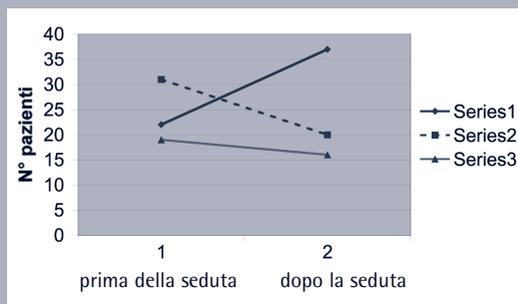


Grafico n° 1

Serie 1: pazienti che si sono dichiarati "allegri"

Serie 2: pazienti che si sono dichiarati "tristi"

Serie 3: pazienti che si sono dichiarati "indifferenti"

Dal grafico n°1 si nota un evidente effetto (dichiarato) positivo sul tono dell'umore "soggettivo" della seduta: mentre gli "indifferenti" non si sono ridotti in maniera significativa, emerge un miglioramento soggettivo di molti partecipanti (da 22 a 37) con parallela riduzione dei pazienti che si sono dichiarati "tristi" (da 31 a 20).

L'effetto positivo sul tono dell'umore è stato osservato anche nelle psicosi bipolari: durante la nostra esperienza abbiamo notato, dopo una singola seduta di musicoterapia, in pazienti in fase acuta, una progressiva normalizzazione timica. I soggetti in fase depressiva si sono, in molti casi, progressivamente attivati e rasserenati, potendo finalmente esternare il proprio malessere attraverso suoni cupi e ritmi lenti.

I soggetti in fase maniacale, dopo un'iniziale iper-affaccendamento durante il quale esperivano suoni e rumori, coinvolgendo altri pazienti nei loro vortici di danza e canto, si tranquillizzavano ed iniziavano poi a suonare in maniera più pacata, come un fiume che dopo il tumulto della piena si placa. (Grafico n° 2 – Grafico n°3)

Grafico 2. Comportamento psicomotorio

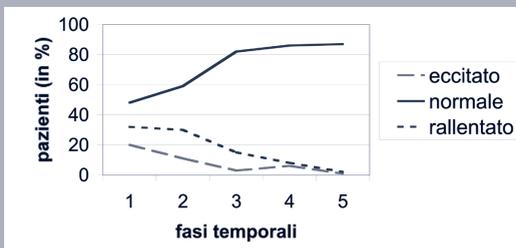
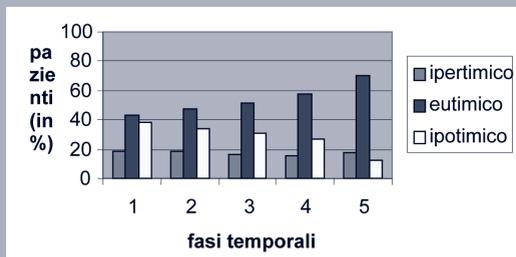


Grafico 3. Tono dell'umore



Il suono può essere così utilizzato anche come "grido liberatorio". La catarsi è un momento importantissimo in cui il setting diventa contenitore di ansia e di aggressività. Così la singola seduta permette una riduzione della tensione evidenziabile sia con la valutazione attraverso l'uso di scale, sia verbalizzata dagli stessi partecipanti alla seduta.

Grafico 4. Sensazione di tensione/rilassamento

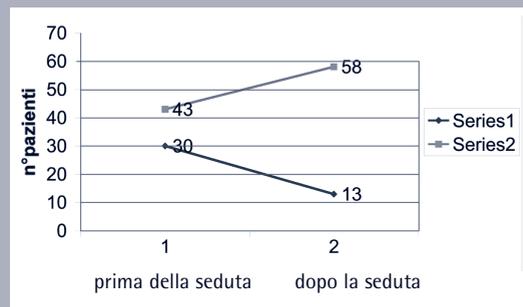


Grafico n°4

Serie 1: pazienti che si sono dichiarati tesi/contratti
 Serie 2: pazienti che si sono dichiarati rilassati

Nel grafico n°4 si nota che il numero di pazienti che all'inizio della seduta si erano dichiarati contratti /tesi si è ridotto (da 30 a 13) mentre, viceversa è aumentato il n° di pazienti che si è dichiarato "rilassato".

Un interessante aspetto della seduta di musicoterapia è il valore simbolico dei suoni e dei gesti. Ho notato che spesso il paziente psicotico utilizza lo strumento o il proprio corpo per comunicare vissuti, pensieri, emozioni attribuendo ai gesti ed alle produzioni sonore un valore simbolico. È come se si esprimesse con metafore, esattamente come accade nel linguaggio dei sogni secondo la teoria Jungiana. Si possono così osservare giochi in cui il paziente-RE incorona con un cimballo, il paziente-peccatore mima una processione, quello alla ricerca di un suo suono interno "apre" una

maracas per scoprirne il contenuto. Gli strumenti diventano totem, strumenti di lavoro, simboli sessuali e così via.

Il riuscire a leggere questi simboli, decodificarne i messaggi, diviene fondamentale per comprendere ciò che accade, cogliere le dinamiche all'interno dei gruppi, i meccanismi di transfert e controtransfert, andare cioè oltre il sintomo ed utilizzare così la relazione come strumento psicoterapeutico. Ovviamente questo connota la seduta di forti "tinte" psicoterapeutiche, che implicano una formazione non solamente di tipo riabilitativo ma necessariamente psicoanalitica.

Le tecniche

Al fine di raggiungere gli obiettivi sopra descritti, abbiamo utilizzato la tecnica dei gruppi di musicoterapia attiva secondo il modello di R. Benenzon. Durante le sedute si cercano di individuare i ritmi di base, i frammenti melodici, le sonorità proprie di ogni paziente, cercando di favorire l'ascolto di sé, poi dell'altro ed infine del gruppo.

Le proposte sonore vengono amplificate o smorzate, aiutando il soggetto a delimitare i confini del proprio agito.

Si interviene sul gruppo o sul singolo, supportandolo nella capacità di produrre proposte sonore, di sostenere il silenzio, di associare il suono con altre forme espressive quali la danza.

Infine si cerca di accompagnare il gruppo alla costituzione di un ISO grupale.

La seduta di gruppo con pazienti psicotici presenta alcune caratteristiche che tendono a ripetersi, e ciò soprattutto nei gruppi neo-formati e costituiti da pazienti in fase acuta e sub-acuta. È da notare tuttavia che alcune caratteristiche comuni si ritrovano anche nei gruppi con nevrotici.

1. Una prima fase "di studio", caratterizzata da resistenze, meccanismi difensivi. Durante questa fase emergono spesso ambivalenze. Il paziente talora è svalutativo rispetto alla pro-

posta di suonare, talora sospettoso o francamente oppositivo, pur manifestando una certa curiosità ed una disponibilità ad ascoltare.

2. Con la riduzione delle difese si inizia a prendere contatto col setting, con gli strumenti, e vengono prodotti i primi suoni. Il gruppo in questa fase è solitamente frammentato e le produzioni sono aleatorie. Ognuno è concentrato su di sé, sul riconoscersi.
3. Si inizia a riconoscere la presenza dell'altro. Iniziano dialoghi sonori, le "parti del gruppo" si parlano, proprio come se i vari "frammenti" iniziassero a ricomporsi
4. La catarsi, in cui vi è la massima produzione di suoni, e dove l'intensità cresce, è un momento fondamentale, perché permette la riduzione della tensione e dell'aggressività, riduce le difese nei singoli permettendo poi il passaggio alla fase successiva.
5. Il gruppo ora "si parla" con i suoni. Qualcuno resta assorbito dai propri, e ricerca la propria identità sonora, altri cercano ritmi ed armonie comuni. Emergono elementi della propria cultura, vi sono scambi di esperienze.
6. La conclusione avviene solitamente in maniera spontanea, con l'esaurirsi della produttività sonora.

Conclusioni

L'intervento musicoterapeutico nell'ambito delle psicosi, in conclusione, presenta delle caratteristiche che lo rendono peculiare, pur presentando punti in comune con l'intervento in altre patologie psichiatriche. Ciò comporterà quindi una formazione specifica, una conoscenza il più possibile approfondita della malattia, delle dinamiche che questa altera nell'ambito della relazione, ed una conoscenza più generale delle dinamiche di gruppo. L'eterogeneità dei quadri e le innumerevoli sfaccettature che i pazienti psicotici presentano, renderanno, inoltre necessario un approccio volto ad una osservazione attenta ed alla ricerca

continua, al fine di non ancorarsi ad un modello che dovrà perciò essere continuamente rimesso in discussione.

* Relazione presentata al Convegno "Le Applicazioni della Musicoterapia: ambiti di intervento e aspetti formativi", Conservatorio "Giuseppe Verdi", Torino, Novembre 2002.

■ Benenzon, Rolando O.
La Nuova Musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1997.

■ Benenzon, Rolando O.
Manuale di musicoterapia,
Borla, Roma, 1998.

■ Bion W. R.
(1961), *Experiences in groups
and other papers*, Tavistock
Publications Ltd., London
(trad. it. Esperienze nei
gruppi, Armando,
Roma, 1971).

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

■ Giberti F., Rossi R.
Manuale di Psichiatria,
Piccin, Padova, 1983.

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

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

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

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

Terapia sonoro-musicale nei pazienti in coma: esemplificazione tramite un caso clinico

In this paper the Authors advance some considerations concerning musical stimulation of coma patients.

They relate about methodology including the construction of musical sequences, the criteria of inclusion and exclusion of patients, the approach to the patient.

A clinical case is described with a discussion of the data observed.

Il coma si presenta come una alterazione della coscienza ad un livello che varia a seconda della gravità e in cui le funzioni neurovegetative sono più o meno conservate

Introduzione

Nel lavoro qui presentato, la stimolazione sonoro-musicale su pazienti in coma è stata concepita partendo da presupposti teorici nel campo della psicologia dinamica di linea adleriana e dalle teorie e dai lavori musicoterapici svolti da Benenzon. Il coma si presenta come una alterazione della coscienza (in campo psicologico la coscienza viene definita come "consapevolezza di sé e dell'ambiente") ad un livello che varia a seconda della gravità e in cui le funzioni neurovegetative sono più o meno conservate.

Tra gli assunti base che supportano l'intervento terapeutico si ricorda il concetto di plasticità del SNC (Sistema Nervoso Centrale). A seguito dei danni subiti il SNC, non potendo sostituire i neuroni che muoiono, attua una loro "riparazione", in modo che si producano nuove spine dendritiche e nuove sinapsi, permettendo perciò che il numero delle connessioni interneuronali rimanga sempre elevato. Un altro assunto sostiene che la capacità di attenzione del SNC dipende da diversi fattori, tra i quali le caratteristiche degli stimoli esterni cui è sottoposto. Inoltre il SNC tende ad elaborare con maggiore facilità uno stimolo sonoro-musicale rispetto a stimoli acustici non strutturati (rumore) o a stimoli verbali. Il SNC danneggiato avrà perciò maggiore vantaggio da una stimolazione attuata per il tramite di un linguaggio non-verbale qual'è per l'appunto la musica. Sembra inoltre che la stimolazione musicale migliori l'irrorazione ematica cerebrale.

La musicoterapia si pone come processo che accompagna tutte le fasi della degenza e della riabilitazione

Secondo Oppenheim-Gluckman si ipotizza che nella condizione di incoscienza (che non è necessariamente sinonimo di assenza di vita psichica) un paziente possa

essere molto vicino al proprio inconscio e, quindi, la sua attività psichica sia simile a quella onirica.

Obiettivi

Gli obiettivi proposti in questo studio sono rivolti a sviluppare una metodologia di intervento musicoterapico tale da fornire al paziente ed ai suoi familiari i mezzi più idonei per meglio sopportare la condizione di forte disagio causata dalla situazione clinica. In particolare si procede a: individuare una metodologia efficace; creare dei criteri di valutazione degli effetti; definire l'eligibilità del paziente; abbreviare il periodo della riabilitazione ed accelerare il tempo di guarigione; creare nuovi canali di comunicazione e migliorare quelli già esistenti fra paziente, équipe curante e famiglia; diminuire le dosi della terapia farmacologica.

Si può pensare di poter seguire il paziente dal suo ingresso in ospedale alla dimissione e alla fase di neuroriabilitazione. In quest'ottica, la musicoterapia si pone come processo che accompagna tutte le fasi della degenza e della riabilitazione.

L'assistenza viene svolta in un lavoro di équipe con discussione dei casi clinici e con particolare attenzione alla famiglia, agli aspetti relazionali-comunicazionali ed al paziente anche se si trova in stato di incoscienza.

Metodo di indagine

Affinché si possa stabilire un contatto con il paziente e perché questo possa risultare significativo si è stabilito di usare: 1) musica non nota a significato universale (CASSETTA UNIVERSALE); 2) musica conosciuta e gradita dal paziente (CASSETTA PERSONALE).

Con "significato universale" ci si riferisce a composizioni musicali strumentali, vocali e miste che rimandano a significati e simboli base della cultura occiden-

tale e alle sue più recenti e accettate contaminazioni con le altre culture presenti sul territorio.

Per definire i gusti musicali e culturali del paziente e raccogliere il materiale sonoro atto ad ottimizzare un modello di stimolazione personalizzato e mirato, viene richiesta la collaborazione di familiari e amici, ai quali si può anche chiedere di incidere le proprie voci mentre parlano tra di loro, ridono o cantano: è noto da tempo, in ambito pediatrico, l'effetto della voce materna sui neonati ed altrettanto conosciuto è l'effetto che una voce familiare o amica può avere su ciascuno di noi. Entra nella logica del "buon senso" che musiche eccessivamente ritmate e ansiogene non debbano comparire nella compilazione.

Affinché si possa decidere se il paziente sia o meno adatto alla stimolazione sonoro-musicale, è necessario che venga svolta preventivamente una valutazione clinica e neurologica, associata ad una osservazione "empatica" e ad esami strumentali: 1) elettroencefalogramma; 2) tomografia computerizzata; 3) potenziali evocati.

La ricerca si articolerà in sedute di somministrazione degli stimoli e registrazione delle attività fisiologiche di base. Per ogni paziente verrà creata una scheda di anamnesi sonoro-musicale. Si dovrà indagare il mondo sonoro-musicale del soggetto allo scopo di individuarne gli aspetti più significativi (l'identità sonoro-musicale che Benenzon definisce ISO) per la costruzione dello stimolo. Tra gli esami preventivi, i Potenziali Evocati verranno usati per stabilire se l'intervento sonoro-musicale avrà possibilità di essere percepito ed in quale misura ciò avvenga.

La terapia è rivolta fundamentalmente a soggetti

giovani con trauma cranico, ma non sono escluse altre patologie anche in età più avanzata. Il criterio di esclusione è legato alla presenza di edemi, ematomi, traumi aperti, interventi neurochirurgici. Si cercherà di ottenere uno stimolo che determini la maggior risposta del Sistema Nervoso Centrale, dove per maggior risposta si intende: una variazione quantitativa dei parametri osservati; un maggior numero di parametri che variano; una maggior ampiezza di interessamento di aree del SNC; una maggior durata nel tempo dell'effetto determinato ed osservato.

In uno studio sugli effetti della musicoterapia due sono gli aspetti tecnici che vanno curati con maggiore attenzione: le modalità di stimolazione e i metodi di raccolta dei dati.

Sarà bene creare la sequenza musicale in modo che il susseguirsi temporale dei brani risulti consequenziale e legato ad un progetto comunicativo. Il volume di tutti i brani dovrà essere normalizzato, per non creare differenze di percezione che possano risultare "aggressive" o ansiogene soltanto perché riprodotte ad intensità diverse. La riproduzione al letto del paziente avverrà con un lettore CD di alta qualità. Il volume di ascolto dovrà essere mantenuto costante ed essere adeguato alle capacità uditive del paziente, in modo che eventuali alterazioni dei parametri non siano da attribuirsi al disturbo indotto da un'intensità eccessiva.

La scelta della misurazione dei parametri vitali che potranno essere di maggiore utilità per la valutazione degli effetti è molto importante. In terapia intensiva, il paziente è continuamente monitorato dal punto di vista cardiocircolatorio e respiratorio. Comunemente al letto del paziente sono disponibili: tracciato elettrocardiografico, saturazione di O₂, numero di atti respiratori per minuto, pressione sistolica, diastolica e media, frequenza cardiaca.

Metodi di analisi statistica

Lo studio realizzato si avvale principalmente del-

l'indagine statistica grafica dei valori raccolti. Per ogni serie di valori medi calcolati è stato costruito un grafico in cui fossero evidenziati i *singoli valori* e la *regressione lineare relativa*. La regressione lineare è un'applicazione statistica che si può rivelare molto utile per individuare la tendenza di un parametro ad aumentare o diminuire, definendone la tendenza. Questo metodo è di particolare vantaggio per sessioni brevi di musicoterapia, in quanto meglio evidenzia i cambiamenti progressivi dello stato neurovegetativo. L'analisi statistica può essere eseguita mediante funzioni di confronto di gruppi di dati come il t-test e l'analisi della varianza (ANOVA).

1) Il t-test permette di verificare se la differenza tra due gruppi è maggiore di quella attribuibile al caso. 2) ANOVA misura il significato statistico delle variazioni di ciascun gruppo considerato confrontando i gradi di variabilità. In particolare, ANOVA è un test parametrico che compara l'effetto di un singolo fattore sulla media di uno o più gruppi.

Valutazione degli effetti

Il valore dei dati raccolti è rappresentato dalle caratteristiche dinamiche delle condizioni neurovegetative del candidato durante la stimolazione sonora rispetto a precedenti controlli di non ascolto. Ogni variazione indotta dalla musica potrà essere monitorata e registrata con i valori di riferimento. Il confronto, inoltre, potrà rivelare se la variazione è statisticamente significativa. Nello studio effettuato si è proposta l'analisi dei parametri sia nella situazione di controllo (periodo precedente all'ascolto), sia durante l'ascolto di musica universale e di musica nota.

La comparazione proposta ha l'obiettivo di individuare le variazioni relative allo stato basale del paziente (controllo) rispetto all'ascolto e di indagare se la musica nota può suscitare effetti qualitativamente e quantitativamente differenti rispetto alla musica universale. Il confronto dei periodi di controllo, inoltre, può essere di aiuto per

eliminare differenze attribuibili al caso, mentre i controlli randomizzati nell'arco delle 24 ore forniscono ai controlli un peso statistico maggiore. La durata dei periodi registrati sia di ascolto che di non ascolto è di 30 minuti.

Caso clinico

Presentiamo ad esemplificazione uno dei casi di intervento musicoterapico effettuato presso la Divisione di Rianimazione Universitaria dell'Ospedale Molinette di Torino.

Si tratta di un ragazzo di 21 anni, ricoverato in Rianimazione nel 2000 a seguito di un trauma cranico importante causato da incidente automobilistico. All'ingresso al Pronto Soccorso si presentava con arresto cardiaco ed ipossia cerebrale.

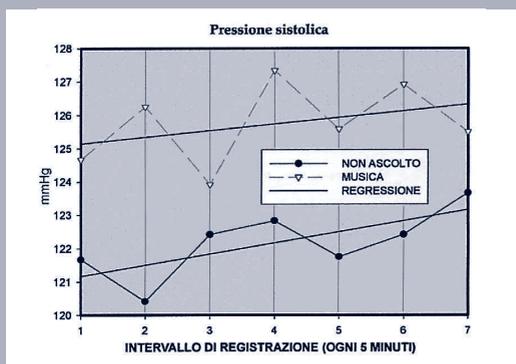
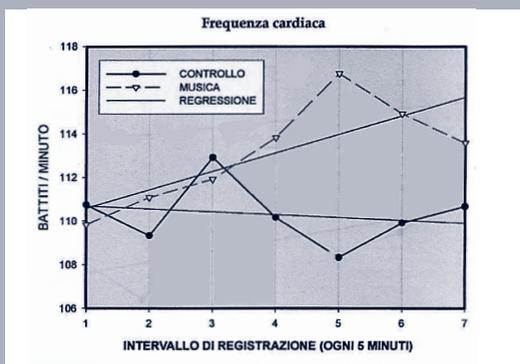
La diagnosi all'ingresso nel Reparto di Anestesia e Rianimazione era di trauma cranico con Glasgow Coma Scale =3. Sono state praticate TAC Massiccio Facciale, TAC Cerebrale e TAC Colonna Vertebrale, dalle quali non si apprezzavano lesioni ossee di natura traumatica né la presenza di edemi ed ematomi. L'esame dell'EEG presentava un tracciato con periodi in cui era evidente un'attività di fondo espressione di importanti alterazioni elettriche diffuse. L'esame dei Potenziali Evocati è risultato più significativo. Si è proceduto a studiare le risposte a breve latenza. Si è potuto constatare che se le risposte a destra erano

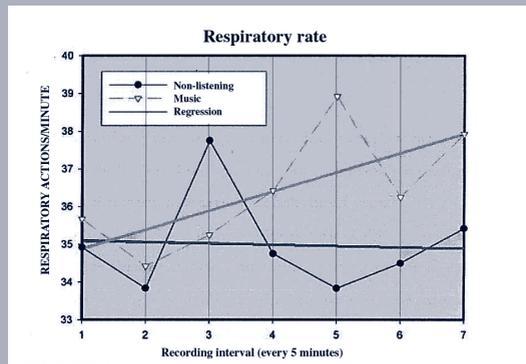
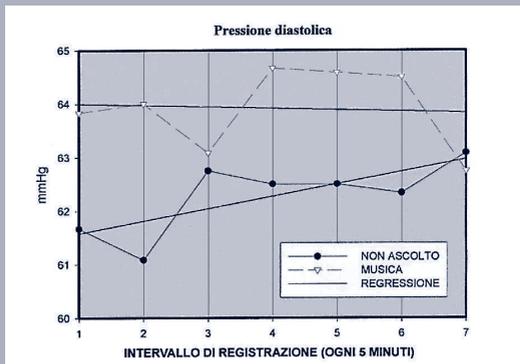
nella norma, a sinistra erano discretamente irregolari. Dai risultati ottenuti si evinceva che il paziente avesse i requisiti necessari per potersi sottoporre a stimolazione musicoterapica.

Dall'incontro con i familiari si è evidenziato che il soggetto non ha una cultura musicale specifica e non suona nessuno strumento. Gli piace il rock della sua generazione (tra i nomi: Ligabue, Queen, Cranberries) e non dimostra di essere attratto da altri generi musicali. Alle scuole medie suonava il flauto, ma sembra che ciò non gli procurasse un particolare piacere. L'ambiente sonoro-musicale in cui è vissuto non è risultato essere molto ricco e particolarmente caratterizzato, o comunque il paziente non ha mai espresso sensazioni, vissuti od emozioni legate a questo tipo di stimoli.

Dal colloquio è emersa la necessità di contattare qualche suo amico per cercare di arrivare ad uno stimolo sonoro-musicale più vicino ai suoi reali gusti. La compilazione personalizzata è stata perciò realizzata con qualche difficoltà e con tempi piuttosto lunghi. La stimolazione sonoro-musicale per vari motivi, legati soprattutto alle sue condizioni ed alle esigenze ospedaliere, è iniziata circa un mese dopo l'ingresso in Reparto e sono stati effettuati 12 ascolti utilizzando la sola CASSETTA UNIVERSALE. Non è mai stata somministrata la CASSETTA PERSONALE in quanto il paziente è stato nel frattempo trasferito in reparto per lungodegenza.

Analisi dei dati raccolti (grafici) ASCOLTO vs. NON ASCOLTO





Conclusioni

Nel caso clinico presentato si può comunque evidenziare che gli indici dei parametri fisiologici misurati durante l'ascolto della musica si situano a valori superiori rispetto a quelli registrati nella fase di non ascolto, anche se tale differenza non appare significativa.

Il numero di registrazioni è stato limitato rispetto ad altri casi in quanto il paziente si è precocemente stabilizzato nelle sue funzioni vitali ed è stato trasferito in un Reparto di lungodegenza.

Anche in assenza di un significativo miglioramento clinico, si può osservare che si verifica una diversità fra gli ascolti e i non ascolti. Questo conferma quanto evidenziato anche in altri casi seguiti con la stessa metodologia.

In primo luogo si può affermare che l'ascolto della musica non modifica quantitativamente in modo significativo i parametri misurati e, quindi, non presenta controindicazioni ad un suo uso in ambito clinico. Tuttavia, sono presenti delle variazioni che indicherebbero una risposta del Sistema Nervoso Centrale, pur lesa, ad una stimolazione esterna e, quindi, una sua capacità di recepire ed, in qualche modo, di elaborare lo stimolo.

Il lavoro svolto con questo paziente ha sostanzialmente permesso di aggiungere e verificare dati significativi ad un protocollo di musicoterapia

che già stava seguendo criteri e metodi utilizzati nei precedenti studi, identificando accorgimenti e nuove possibilità di intervento da proiettare nelle ricerche future.

Il coinvolgimento della coscienza come processo biologico, l'interazione di processi neurali complessi nella percezione uditiva, gli aspetti psicologici, estetici e semantici della musica delineano le numerose prospettive di ricerca in questo campo. La preparazione di una metodologia di lavoro ha dovuto tenere conto di tutti questi aspetti per definire in modo unitario gli obiettivi che ci si propongono. I risultati ottenuti devono essere valutati nell'ottica di uno studio pilota in cui, in primo luogo, si vuole dimostrare la possibilità di approcciarsi al coma attraverso la musica con strumenti scientifici di indagine e analisi. Come già discusso, l'enorme variabilità tra le differenti condizioni cliniche dei pazienti in esame rende necessario il proseguimento dello studio nel futuro, adottando i mezzi e i metodi che sono stati identificati. Un risultato inequivocabile è stato quello di rendere attiva la partecipazione dei familiari alla stimolazione sonora dei pazienti. Questo dato identifica la possibilità di avvicinare i parenti dei ricoverati in Rianimazione al lavoro del personale medico, situazione che non sempre è possibile a causa delle rigorose necessità di una Terapia Intensiva.

In conclusione si può affermare che nell'attuale fase dello studio bisogna indagare descrittivamente i singoli casi clinici prima di giungere ad analisi statistiche. La stimolazione sonoro-musicale dimostra una sua efficacia le cui valenze terapeutiche rimangono ancora da approfondire. L'applicazione della musicoterapia a pazienti in coma sembra rappresentare un importante settore clinico da verificare con più ampie casistiche la cui raccolta si urta alle difficoltà rappresentate da una certa resistenza in ambito medico ad ampliare protocolli diagnostici piuttosto "custodialistici", rassicuratori per il clinico, mentre, come solitamente chiedono le famiglie, si può fare qualcosa di più, almeno nella direzione di migliorare la "qualità della vita" del paziente.

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

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

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

■ Shemagonov A.D., Sidorenko V.N.
Can the medical resonance therapy music affect autonomous innervation of cerebral arteries?, *Integrated Physiological Behavioral Sciences* 35 (3): 218-223, 2000.

■ Scarso G., De Bacco C., Emanuelli G.
Assistenza psicoterapeutica a familiari di soggetti traumatizzati cranici, *Il Saggiario*, 7: 118-119, 2000.

■ Scarso G., Ezzu A.
La composizione musicale a significato universale. Considerazioni cliniche, *Musica Et Terapia*, 7: 16-21, 2003.

■ Scarso G., Rossi A., Mascia L., Urciuoli R.
La musica nella terapia del coma, Minerva Medica, Torino, 2003.

■ Urciuoli R., Scarso G., Rovera G.G., Emanuelli G., Livigni S., Salza P., De Bacco C.
Sound-musical stimulation of comatose patients: theoretical basis for a research program, *Intensive Care Medicine* n°25: 422-425, 1999

Musicoterapia preventiva e profilassi della gravidanza e del puerperio*

Prenatal music therapy concerns a precious moment in the life of all of us, an antique and natural moment, being the origin of our life itself. Now more than ever, this discipline needs experts, experts who can maintain the birth event, with everything leading up to it and following after it, on melodious lines, to stop it from turning into anxiety, stress, depression, imbalance, as so very often occurs. So it is necessary to enhance the value of a specialist training course in this precise area of music therapy aimed at searching for our own musical ISO connected to prenatal experiences.

La "Culla Musicale" applica la musicoterapia preventiva come sostegno alla maternità seguendo le mamme e i loro futuri bambini durante la gravidanza, e nel postpartum per tutta la prima infanzia.

Durante la gravidanza abbiamo due persone che crescono insieme condividendo attese e significati: abbiamo una donna che si sta trasformando in madre ed un individuo che si sta modellando come figlio.

Accanto ad una gravidanza fisiologica, in cui la madre contiene il figlio, e il padre e tutto l'ambiente circostante contengono a loro volta la madre dando vita ad un evento di relazione equilibrata e armoniosa, troviamo molto spesso anche:

- gravidanze a rischio;
- gravidanze indesiderate;
- gravidanze assistite.

In tutti questi casi esiste il rischio concreto che la relazione si configuri in modo disarmonico: qui la musicoterapia è veramente strumento privilegiato di prevenzione.

Durante tutta la gravidanza le future madri ricevono numerose attenzioni:

- l'assistenza e il sostegno medico (ginecologo, ostetrica, angiologo, dietologo...);
- la possibilità di frequentare molti corsi pre

La "Culla Musicale" applica la musicoterapia preventiva seguendo le mamme e i loro futuri bambini durante la gravidanza e nel postpartum

La gravidanza risulta priva di quel mistero che fin dall'antichità ha accompagnato il sorgere di ogni vita

parto di vario genere (musicoterapia, nuoto, ginnastica, etc.);

- il conforto della lettura di libri e riviste specifiche.

Anche la pubblicità è molto attenta a questa fascia di consumatrici proponendo loro però modelli molto spesso irraggiungibili e sottolineando dell'evento stesso solo alcuni aspetti: il corpo perfetto, la pancia piccola e poco ingombrante, gli abiti all'ultima moda, una alimentazione corretta, il futuro parto felice e privo di ansie... Mancano informazioni e conoscenze specifiche, scientifiche, sulle profonde trasformazioni che accompagnano questo evento nella vita psichica ed emotiva di una donna e mancano informazioni scientifiche anche sulle capacità e sulle competenze fetali, sul ruolo unico ed imprescindibile della relazione, cosciente o meno, che si instaura tra una mamma e il suo bambino in quei 9 mesi. Tutto o quasi si limita a considerare la donna come un semplice contenitore evidenziandone solo le apparenze esterne; inoltre si condiziona il benessere del bambino esclusivamente al benessere materno senza considerare il feto un individuo autonomo capace di vivere emozioni e sentimenti a volte anche diversi da quelli della sua mamma. La madre anziché prepararsi all'incontro con il suo bambino ne sente solo la presenza dentro di sé e ne aspetta "passivamente" la nascita.

La gravidanza è vissuta come una fase transitoria di scarsa importanza e, oggi, risulta priva di quel mistero che fin dall'antichità ha accompagnato il sorgere di ogni vita.

Ruolo della musicoterapia è anche, e soprattutto, quello di aiutare le future mamme a:

- conoscere se stesse facendo emergere tutti i vissuti e le aspettative legate all'idea di quel bambino (che per ora è solo immaginario) che si sta formando in loro e grazie a loro;

- conoscere il bambino nei diversi momenti del suo sviluppo e, soprattutto, saperlo riconoscere nelle diverse ore della giornata attraverso le sue risposte alle

sollecitazioni vocali e ritmico-sonore;

- condividere col figlio esperienze musicali (nel senso più ampio del termine) di qualità, imparando ad annotarne anche i vissuti emotivi (propri e altrui);
- coinvolgere il papà in questa esperienza che sembra rimanere di esclusiva pertinenza materna.

Altra importante funzione della musicoterapia consiste nel rendere consapevoli le mamme:

- che sono un unico ed insostituibile strumento di trasmissione di emozioni e di vissuti, insegnando loro ad utilizzare il linguaggio musicale come canale di comunicazione privilegiato con il nascituro;
- che sono loro le sole autrici del "miracolo della nascita" facendole riappropriare di tutte quelle competenze che la medicalizzazione estrema di un evento così naturale ha poco a poco sgretolato.

La musicoterapia offre alla mamma e al suo bambino orizzonti unici:

1. la possibilità di scoprire se stessi;
2. provare emozioni in situazioni di profonda empatia;
3. conoscersi reciprocamente per ritrovarsi dopo la nascita;
4. avviare un dialogo naturale e pertanto concreto e reale.

Questa disciplina, nuova, che si occupa di un momento prezioso della vita di ciascuno di noi, momento antico e naturale quanto l'origine della nostra vita stessa, ha oggi bisogno più che mai di operatori esperti capaci di mantenere questo evento su linee melodiose per evitare, come trop-

po spesso avviene, che si trasformi in ansia, stress, depressione, squilibrio, che potrebbero anche, in casi estremi, generare le gravi situazioni patologiche relative agli episodi che sono stati messi recentemente in grande evidenza dai media.

Occorre pertanto prendere in seria considerazione e valorizzare un percorso formativo in ambito musicoterapico rivolto alla:

- scoperta del proprio vissuto musicale anche in relazione alla nascita;
- ricerca del proprio ISO musicale legato alle esperienze prenatali.

Dal punto di vista musicale rivolto:

- all'approfondimento delle competenze musicali;
- alla pratica improvvisativa vocale e strumentale.

Contemporaneamente deve essere approfondito anche lo studio della gravidanza nei suoi aspetti:

- fisiologico;
- psicologico;
- socio-culturale;
- familiare.

E per quanto riguarda il feto, deve essere seguito attentamente il suo sviluppo:

- morfologico;
- psicologico;
- psichico;

senza tralasciare lo sviluppo delle sue competenze senso-motorie, cognitive (memoria, apprendimento, intelligenza, consapevolezza) e i suoi vissuti emotivi ed affettivi che lo caratterizzano come essere unico ed irripetibile perché unica, irripetibile ed insostituibile è la relazione con la propria madre.

Questa relazione, questo dialogo, come un duetto, nel quale si inserisce anche un papà per diventare un trio, è più evidente dopo la nascita ma ormai noi, come molti altri studiosi, tendiamo a considerare il parto non più come punto di arrivo ma come un ponte, un passaggio che dovrebbe consentire l'unione di esperienze tra "un prima e un dopo".

Il parto è anche una separazione che implica un

profondo senso di perdita di qualcosa di sé. Ci vuole del tempo per riappropriarsi della propria immagine corporea e psicologica.

Durante questo periodo la madre ha bisogno in modo particolare di essere assistita e confortata.

A questo riguardo, le tecniche di musicoterapia post partum si rivelano efficaci:

- nella presa di coscienza dei nuovi ritmi a cui madre e neonato si devono adattare;
- nell'offrire mezzi di comunicazione adatti a creare una interazione madre/bambino fluida e partecipe;
- nel ristabilire un'adeguata percezione corporea (per la mamma);
- nel trovare spazio e tempo per sé in un momento in cui ci si deve dedicare totalmente al figlio.

Esistono pochissime realtà che si occupano della coppia madre-bambino dopo la nascita e, più in generale, del gruppo familiare composto da padre-madre e figlio, una triade che di frequente entra in crisi per mancanza di dialogo o per incapacità a sintonizzarsi affettivamente con la conseguente difficoltà a ritrovare un ritmo comunicativo e relazionale.

Anche la depressione post partum, sempre più spesso, da fisiologica diventa patologica.

La madre si sente incompetente nell'allevare il figlio, che di solito è anche il primo neonato che prende in braccio.

È dunque proprio in un momento così delicato e difficile come quello del puerperio che le neomamme hanno bisogno di essere sostenute da persone esperte che si prendano cura di loro e che sappiano offrire supporto emotivo e pratico.

In questo modo le madri potranno sentirsi a loro volta preparate ed efficienti nell'occuparsi del loro bambino e disposte a trasformare il processo di attaccamento in vera e propria vita di relazione.

Non sempre si ama il neonato a prima vista: al sentimento di tenerezza si accompagna spesso il timore della propria inadeguatezza rispetto al

nuovo ruolo che genera un senso di fragilità e di preoccupazione per le responsabilità future. Diventare genitori significa anche ritrovare i propri genitori: in questo periodo la nuova coppia genitoriale potrebbe manifestare rivendicazioni d'amore non ricevute in passato, potrebbe trasferire sul bambino frustrazioni, rancori, e risentimenti che hanno origine nella propria relazioni infantile con i genitori.

Felicità incondizionata invece si ha quando nasce un bimbo che ha la fortuna di rappresentare la realizzazione del sogno più caro ai suoi genitori: il sesso, le fattezze, il carattere che loro avevano idealizzato. Tutto allora risulta più facile: ogni momento dello sviluppo conferma il progetto dei genitori.

L'insorgere della depressione post partum, la mancanza di punti di riferimento e i problemi relativi alla propria storia familiare possono dare origine a disturbi di relazione: la vita quotidiana col bambino è basata su interazioni ricorrenti, che si susseguono ora dopo ora (allattare, mettere a letto, cambiare pannolini, fare il bagno, giocare, regolare il livello di attività...).

Un neonato richiede cure e attenzioni continue e urgenti, la maggior parte delle quali non sarà senza problemi, né si svolgerà in modo prevedibile. Queste interazioni continue possono trasformarsi in aree problematiche sia per il bambino che per il genitore.

Compito del musicoterapista è anche quello di riconoscere queste fragilità e di trovare una soluzione adatta alla situazione specifica.

Il musicoterapista può svolgere anche un importante ruolo di sostegno nelle nascite a rischio e, in particolare nei casi relativi a:

- nati pretermine;
- bambini portatori di handicap;
- stress prolungati (lutti, separazioni...);
- depressione postpartum patologica.

Queste situazioni rendono critici certi comportamenti normalmente spontanei tra madre e bam-

bino: l'allattamento al seno, i contatti e la sincronia nella relazione, gli scambi affettivi.

Non dimentichiamo che i comportamenti della madre sono influenzati anche da fattori come: la modalità del parto, il tipo di cure prestatele già a partire dalla gravidanza, la presenza o l'assenza del padre, il sostegno della famiglia di origine.

Da parte sua il bambino, anche se appena nato, è già pronto a sentire, a memorizzare, a ricevere informazioni dal suo ambiente, grazie allo sviluppo fisico ed emotivo cominciato nella vita intrauterina.

Il neonato e il bambino molto piccolo sono individui straordinariamente complessi, ma è di estrema importanza la reciprocità della relazione, il sapere entrare in sintonia e comunicare con lui.

È infatti attraverso il contatto corporeo, visivo e acustico con la madre che il bambino stabilisce i primi contatti col mondo.

Un bambino quindi per essere e diventare competente ha bisogno di una madre serena, distesa, partecipe, che sappia cogliere e dare significato a tutte le sue esperienze.

B. Cramer parla di programmi innati del neonato (funzioni, competenze uditive e visive, capacità sociali).

Quanto più una madre e un padre saranno consapevoli delle competenze del loro bambino, tanto più profonda e ricca sarà la loro esperienza di diventare genitori.

La musicoterapia post partum assolve a tutte queste esigenze: prepara ad osservare e ascoltare il proprio bambino, aiuta la neomamma ad apprendere e a seguire il suo sviluppo e il suo carattere attraverso l'esperienza, permette di accrescere la conoscenza dei suoi ritmi e dei suoi bisogni.

La musicoterapia consente al genitore di aumentare la sua fiducia e di sviluppare la sua creatività nell'interpretare e risolvere i problemi del bambino. Tutto questo realizza "emotivamente" la coppia genitoriale e il bambino, valorizzandone le capacità e le competenze.

■ B. Cramer

Segreti di donne, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996

■ E. Harbinet, M.C. Busnel

L'alba dei sensi, Casa Editrice Cantagalli, Parigi, 1995

■ L. M. Lorenzetti

Fetologia, neonatologia e musicoterapia, PCC Assisi.

■ G. Soldera

Conoscere il carattere del bambino prima che nasca, Bonomi Editore, Pavia, 1995

Occuparsi di questo periodo della vita dell'uomo vuol dire andare all'origine dell'esperienza dei suoni: come sperimenta su di sé i suoni un neonato?

Che differenza c'è tra un suono conosciuto e uno sconosciuto?

Quali sono i ritmi, i suoni, i movimenti che caratterizzano la relazione madre-bambino?

Quali i comportamenti non verbali e le interazioni linguistico-sonore?

Come mamma e bambino si adattano ai reciproci ritmi?

Prima di intraprendere un percorso di musicoterapia post partum è dunque fondamentale conoscere:

- tutto quello che accade prima della nascita e al momento del parto;
- le competenze del neonato e quindi il suo sviluppo senso-motorio, affettivo e cognitivo;
- la teoria dell'attaccamento e la strutturazione della relazione madre-bambino;
- gli studi e i risultati delle ricerche degli ultimi decenni sull'osservazione del neonato;
- i cambiamenti psicologici e sociali che vive la coppia genitoriale;

oltre a possedere tutte le necessarie, competenze musicali e musicoterapiche.

* Relazione presentata al Convegno "Le Applicazioni della Musicoterapia: ambiti di intervento e aspetti formativi", Conservatorio "Giuseppe Verdi", Torino, Novembre 2002.

Musicoterapia e disturbi comunicativo-relazionali in età evolutiva

The paper examines the sound/musical competence of a normal talented child from an evolutionary, communicational and relational point of view proposing a comparison to the analogous competence of an autistic subject. Through a theoretically based reflection supported by a considerable clinical praxis the Author arrives to evidence the specificity of the music therapeutic treatment compared to the above-mentioned cases.

Introduzione

Al fine d'introdurre il presente contributo sottoponiamo all'attenzione del lettore due differenti situazioni di fruizione dell'ascolto musicale legate ad altrettanti episodi di vita di due bambini. La prima contestualizzata ad un ambito di "normalità", la seconda relativa ad un ambito che presenta aspetti patologici.

Situazione 1

Giovanni è un bambino di due anni che nel corso di una piacevole serata trascorsa in famiglia ascolta alcuni brani musicali selezionati dai genitori. La coppia è piacevolmente adagiata sul divano di casa e il bambino è seduto sul tappeto intento a costruire una torre con le costruzioni. La sequenza d'ascolto musicale prevede ora il brano "On earth as it is in even" tratto dalla colonna sonora del film "Mission" composta da Ennio Morricone. La struttura del brano presenta una prima sezione corale alla quale si associa gradualmente un ritmo incalzante a sostegno di una seconda sezione corale che si unisce alla prima. È un brano di notevole effetto all'interno del quale spicca la celebre melodia eseguita dall'oboe. Improvvisamente Giovanni interrompe il gioco con le costruzioni, dirige lo sguardo verso lo stereo di casa, si alza, si avvicina all'impianto ed inizia a danzare muovendosi ritmicamente sulle

L'esperienza
sonoro/musicale
accompagna
l'essere umano
per tutta
la durata
del periodo
gestazionale

Per i soggetti autistici il fenomeno sonoro/musicale mantiene per lo più caratteri di concretezza

punte dei piedi, scandendo la pulsazione ritmica con le braccia e successivamente producendo le sillabe "Ta-ta, ta-ta-ta-ta", sincronizzate in maniera

molto precisa sul ritmo del brano ascoltato. Il bambino sorride e guarda i genitori stupiti che sostengono con il battito delle mani l'espressione coreutica del piccolo, il quale gratificato dall'attenzione ricevuta enfatizza i movimenti fino a cadere.

Situazione 2

Roberto ha sei anni e si trova all'interno di una stanza in compagnia di un adulto conosciuto. Il bambino è seduto, intento a manipolare alcuni oggetti che colloca in maniera molto ordinata l'uno sopra all'altro costruendo una serie di torri in equilibrio precario. L'adulto propone l'ascolto del brano di Ennio Morricone. Roberto volge lo sguardo verso l'impianto stereofonico, si avvicina ad esso, rimane in ascolto per alcuni momenti, si alza ed inizia a danzare saltellando sulle punte dei piedi ritmicamente, sincronizzando i movimenti delle braccia sul ritmo del brano ascoltato. Dopo alcuni secondi Roberto associa al movimento le sillabe "Cia-cia, cia-cia-cia-cia". Il bambino sorride, guarda l'adulto si avvicina a lui e lo invita a danzare. La differenza tra questo contesto e quello illustrato in precedenza è da ricercare nella differenza di età cronologica e nel fatto che Roberto, rispetto a Giovanni si trova nel vivo di una seduta di musicoterapia ed è diagnosticato come "Autistico".

- Cosa accade nell'esperienza d'ascolto dei due bambini?
- Cosa è la musica per un bambino autistico? Ovvero cosa egli percepisce dell'esperienza musicale?
- Quali sono le modalità espressive prevalenti di

questi bambini rispetto al mondo dei suoni?

- In che modo le competenze sonoro/musicali espresse (spesso descritte in letteratura come "segni" della

malattia) possono favorire l'apertura di canali comunicativi non-verbali e l'instaurazione di una relazione significativa?

Cercheremo, nel corso di questa relazione di chiarire questi aspetti sia sulla base di una riflessione teorica relativa allo sviluppo musicale "normale" del bambino, sia sulla base della nostra esperienza nel trattamento della suddetta patologia.

Il bambino e la musica: aspetti evolutivi, comunicativi e relazionali dell'esperienza

L'esperienza sonoro/musicale accompagna l'essere umano dal momento del concepimento per tutta la durata del periodo gestazionale. Il feto vive la dimensione sonora intrauterina attraverso la percezione delle sonorità corporee prodotte dalla madre (voce, battito cardiaco, rumori peristaltici, respirazione, ecc...) ed ambientali, filtrate dal liquido amniotico e dalle pareti molli delle cavità addominali. Tale esperienza è vissuta in un primo momento attraverso una percezione di tipo tattile-pressorio su tutta la superficie corporea del feto e, dopo il 6°-7° mese di gravidanza con lo sviluppo dell'apparato uditivo, anche per via acustica. Gli studi sulla percezione fetale evidenziano come il futuro bambino instauri con l'ambiente-madre un rapporto precocemente dialogico, che assume il valore di un'esperienza affettiva grazie al piacere che genera nella coppia madre-feto, modulato sulle variazioni percettive ed emotive esperite dalla madre e vissute dal feto attraverso l'espressione di incremento e/o decremento dell'attività motoria (Milani-Comparetti 1984, Tajani 1999). Queste attivazioni sono modulate su parametri sonoro-ritmico-motori e si rivelano tal-

mente intense e talvolta coordinate da spingere alcuni autori a parlare di "danza del feto" (Lorenzetti 1984).

Al momento della nascita l'ingresso nel "nostro mondo" di una nuova ed originale presenza è annunciato dall'emissione di un grido vitale che fonda le sue radici in una essenzialità di tipo fisico-corporea con l'attivazione dell'apparato di respirazione e degli stessi organi che in futuro consentiranno l'articolazione delle parole. Il grido vitale si configura in maniera chiara come esperienza espressiva primordiale post-natale di carattere sonoro e identifica precocemente le peculiarità timbriche ed intonative del "nuovo" essere umano. Il suono della voce dell'infante ben presto assume un valore comunicativo per l'ambiente circostante e in particolare per la figura materna. In questa fase dello sviluppo i parametri intonativi e di intensità si rivelano essere quelli maggiormente significativi per una iniziale attribuzione di senso. Il grido allora diviene rapidamente nei primi mesi di vita la manifestazione di uno stato d'animo (pensiamo ad esempio al grido di collera e delusione del bambino che viene posato nella culla dopo essere stato coccolato). In tal modo i gridi/pianti divengono l'espressione volontaria di una protesta come risposta alla mancanza del soddisfacimento di uno o più bisogni da parte del mondo circostante, assumendo una sorta di funzione simbolica elementare. Questa manifestazione espressiva inoltre, secondo Edith Lecourt (1991), sembra essere il solo strumento di potere del bambino piccolo rispetto all'ambiente; il potere di attrazione esercitato dall'infante attraverso le sue prime espressioni vocali sembra compensare, almeno in parte, la massiccia impotenza fisica che egli stesso si trova ad affrontare. L'emissione del grido si dimostra già dalla nascita un mezzo molto potente per indurre la madre ad agire per nutrire, soddisfare, confortare il suo piccolo. Alcune ricerche rivolte all'analisi delle precoci interazioni madre-bambi-

no (Bowlby e altri 1957) evidenziano come le primitive espressioni mimiche di sorriso siano da interpretare come reazioni agli stimoli provenienti dalla persona umana con particolare attenzione rivolta alla voce. Un bambino già alla quarta settimana di vita sorride più regolarmente, quando sente la voce materna, rispetto a quando ode un'altra voce. Il canale vocale si configura quindi come un importante veicolo di comunicazione di natura sonora e ricopre una notevole importanza nella facilitazione all'apprendimento e nella strutturazione del futuro linguaggio. D'altra parte è possibile osservare come da parte della figura materna e del nucleo familiare si venga a conformare una sorta di linguaggio calibrato sulle espressioni, i timbri, le dinamiche d'intensità e di intonazione proprie dei bambini. Tale linguaggio, prevalentemente di carattere intuitivo, viene definito con i termini inglesi di "baby-talk" o "motherese" (traducibili con la perifrasi "linguaggio che si parla ai bambini"), ed appare finalizzato a facilitare la comunicazione e a favorire l'accesso all'acquisizione del linguaggio vero e proprio. Riteniamo sia utile al fine di una maggiore coerenza esplicativa aprire una parentesi per illustrare con precisione quali sono le modalità peculiari attraverso le quali tale forma di comunicazione si manifesta in quanto essa rivela la forte presenza di parametri propri dell'esperienza musicale.

Come già accennato notevole importanza va attribuita al ruolo ricoperto dalla voce materna nel corso delle prime esperienze di comunicazione vissute dal neonato ai fini della veicolazione e della comprensione dei messaggi inviati. Il fattore intonativo sembra, secondo recenti studi (Stern 1982-83, Fernald 1989) rivestire un ruolo determinante. Con la precisazione desunta dalla lettura degli scritti di Jakobson che sottolineano la presenza di particolari idiomi utilizzati dalle madri per rivolgersi ai loro piccoli pressoché in tutte le lingue del mondo, procediamo con la

descrizione delle loro caratteristiche principali. Le analisi accurate condotte da diversi ricercatori relativamente alle strutture prosodiche del "baby-talk" hanno evidenziato l'esistenza di alcuni elementi significativi ricorrenti:

- l'utilizzo di un registro acuto della voce;
- la presenza di profili intonativi modificati in forma ed ampiezza rispetto alla normale comunicazione tra adulti;
- l'uso di grandi escursioni di registro all'interno di ogni singola espressione parlata e vocale;
- la brevità di ogni espressione parlata e vocale;
- la presenza di frequenti pause tra un'emissione e l'altra.

Relativamente agli aspetti strutturali le ricerche riferiscono della presenza di:

- patterns intonativi ben definiti;
- uso di frequenti ripetizioni di stesse unità linguistiche e prosodiche (con questi termini ci si riferisce ai suoni vocali di ogni genere: verbali, non-verbali, onomatopée, esclamazioni, ecc...);
- presenza di una precisa scansione ritmica delle sequenze vocali che porta ad una scansione quasi regolare delle eventuali sillabe nell'ambito di più unità vocali.

In particolare la scansione ritmica sembra ricoprire un ruolo determinante per l'individuazione, da parte del piccolo ascoltatore, di un numero maggiore di informazioni sullo stimolo vocale e/o verbale. Il carattere ridondante che il "baby-talk" viene ad esprimere può aiutare l'infante a riconoscere patterns uditivi in una esperienza essenziale per lo sviluppo della percezione del linguaggio. Tramite queste continue "sottolineature acustiche" vengono definiti gli elementi che possono arrivare, verso la fine del primo anno di vita, a suggerire al bambino, che affina le proprie competenze di risposta in relazione agli stimoli, anche la natura sintattica e semantica del discorso. La funzione del "baby-talk" sembra ricoprire principalmente tre livelli: quello attentivo, quello sociale-affettivo, quello linguistico. A questi

livelli funzionali corrispondono precisi profili intonativi che sottendono specifici scopi della madre: ad esempio il profilo ascendente sembra finalizzato al richiamo dell'attenzione, quello sinusoidale e a "campana" appaiono finalizzati a mantenere l'attenzione e a determinare risposte positive. Analogamente anche il bambino, in età molto precoce, attraverso l'espressione vocale variamente combinata in relazione alle situazioni di gioia, sconforto, dolore, piacere, sorpresa, ecc..., sembra voler informare l'ambiente del proprio processo adattivo. L'importanza del rapporto con la figura materna è sottolineato anche da autori di matrice psicoanalitica (per una rassegna si rimanda a Manarolo 1996) i quali evidenziano come attraverso un processo di ascolto e continua attribuzione di senso da parte della madre si pervenga nei primi mesi di vita alla definizione di uno spazio all'interno del quale si può "parlare" e soprattutto "ascoltare". Questo spazio dialogico si struttura su competenze sonoro/ritmiche che il neonato sembra possedere fin dalla nascita, le quali trovano rispondenza negli atteggiamenti materni: "il bebè nei primi giorni di vita accorda il ritmo dei suoi movimenti al ritmo della voce materna, sembra preferire le sillabe formate ai suoni non sillabici, riconosce la voce della madre, sa se la madre parla con lui". Tali interazioni iniziali che avvengono attraverso lo scambio di segnali vocali, ma anche mimici, posturali e gestuali sono permesse, come già detto, dall'attivazione di competenze innate. Il neonato appare fin dalla nascita cosciente della realtà, dotato di un'intenzionalità comunicativa e di un primitivo nucleo del Sé (da intendere come primitivo nucleo di individualità). Le competenze alle quali abbiamo accennato costituiscono secondo Trevarthen (1990) il "sistema regolatore centrale della comunicazione" il quale agisce come base innata per l'apprendimento di una più elaborata coscienza di sé in rapporto agli altri oltre che di una competenza linguistica più ricca e più carica

di significato. In riferimento alle tematiche affrontate precedentemente relative alla relazione madre-bambino sottolineiamo come per attuare e sostenere tale rapporto sia indispensabile la presenza di una compartecipazione degli stati affettivi emergenti nel corso dell'interazione stessa. Le componenti affettive sono da considerare imprescindibili accanto a quelle cognitive e ricoprono un ruolo fondamentale per una evoluzione personologica integrata (Postacchini 1997). Su questi aspetti è possibile introdurre il concetto di sintonizzazione proposto da Stern (1984) il quale si riferisce all'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso senza tuttavia imitarne l'esatta espressione comportamentale. L'autore afferma che se potessimo dimostrare la condivisione degli affetti attraverso semplici imitazioni produrremmo solo un susseguirsi di imitazioni meccaniche di carattere anaffettivo. Il processo di sintonizzazione (che inizia a manifestarsi a partire dal 9° mese) possiede invece i seguenti aspetti:

- Dà l'impressione che vi sia un qualche tipo di imitazione (la madre non ripete un comportamento manifesto del bambino, tuttavia risponde a lui con un comportamento che per certi aspetti viene fatto collimare);
- Questa operazione è in gran parte transmodale, ovvero il canale o la modalità espressiva usata dalla madre per accompagnare il proprio comportamento a quello del suo piccolo è diverso dal canale o dalla modalità usata dal bambino (ad esempio: un movimento del corpo del bambino collima con delle vocalizzazioni della madre);
- L'oggetto della corrispondenza ottenuta non si riferisce quindi alla realtà comportamentale osservabile ed oggettivabile, ma ne riflette uno stato d'animo.

Nel corso delle sintonizzazioni, si possono rilevare secondo Stern le seguenti principali dimensioni:

- Intensità: ad esempio il volume di una vocalizzazione della madre può corrispondere alla forza di un improvviso movimento del braccio del bambino;
- Sincronizzazione: ad esempio il movimento della testa della madre è sincrono con una vocalizzazione del bambino;
- Durata: ad esempio il tempo del comportamento della madre è lo stesso di quello del bambino;
- Forma: ad esempio la madre applica al movimento in su e in giù della sua testa la forma verticale del bambino che solleva e abbassa il braccio;
- Numero: quante volte è ripetuto lo stesso atteggiamento.

Il processo di sintonizzazione avviene, secondo l'autore, grazie all'esistenza di percezioni amodali le quali consistono nel tradurre una informazione che raggiunge il bambino attraverso una determinata modalità sensoriale in una informazione relativa ad un'altra modalità: per esempio ad un segnale vocale del bambino la madre può rispondere sintonizzandosi ad esso con un comportamento motorio-mimico corrispondente al vocale (secondo i parametri elencati) ma trasferito al motorio. In questo modo avvengono le prime forme di rappresentazione e vengono integrate le diverse esperienze. Il processo di sintonizzazione caratterizzato dalla presenza di un notevole grado di attenzione e intuitività avviene al di fuori di ogni consapevolezza e porta ad una stabilizzazione delle componenti integrative e simboliche della comunicazione. Tale concetto inoltre mette in rilievo in maniera chiara l'esistenza di modalità sinestesiche nella comunicazione non-verbale stessa (Postacchini 1993). La sintonizzazione pertanto riplasmando i comportamenti attraverso l'uso dell'analogia e della metafora ricopre un ruolo importante all'interno di un percorso evolutivo che porta all'uso dei codici simbolici ponendosi come elemento intermedio e di passaggio dalla concretezza alla acquisizione e

all'utilizzo di modalità comunicative di tipo simbolico. Come evidenzia Postacchini tutte le qualità del musicale sono coinvolte nel processo comunicativo tra madre e bambino all'interno di un percorso che va dal sensoriale al mentale e che, attraverso l'affettivo, percorre e sottende il discorso musicale. Tale articolazione è "ricostruibile a partire dalle percezioni amodali, attraverso quelle modali fino ai circuiti rappresentativi, simbolici e per certi aspetti estetici di un vero e proprio discorso musicale".

Per quanto concerne gli aspetti relativi all'attività di esplorazione del mondo sonoro sperimentata dal bambino riportiamo alcune indicazioni desunte da studi di matrice piagetiana fornite da Lucchetti, Bertolino e Tafuri (1991, 1985). A partire dai primi mesi di vita il bambino manifesta un notevole interesse per i suoni ed i rumori, siano essi provenienti dall'esterno che prodotti dai propri gesti e movimenti. Proprio il movimento, la scoperta dello spazio attraverso il gattonamento e successivamente con l'acquisizione della deambulazione favoriscono le scoperte sonore del bambino. Le condotte elementari che provocano eventi sonori alle quali il piccolo ricorre prevalentemente sono legate al battere, allo scuotere, al lanciare, allo strisciare gli oggetti e ovviamente come abbiamo visto sono legate all'utilizzo del canale vocale. Nel corso di questo processo di conoscenza ambientale il bambino attua due processi fondamentali per l'acquisizione di nuove competenze: ripete e varia le azioni modulandole in rapporto agli spazi e agli oggetti (strumenti musicali). Queste esplorazioni nei loro aspetti di "atti elementari coordinati da una finalità" (Delalande, 1985) si sviluppano a partire da un'esperienza di tipo senso-motorio che soddisfa concretamente il piacere di intervenire sul mondo esterno modificandolo. Tutti gli elementi riportati in queste righe riguardano lo sviluppo "normale" del bambino fino ai diciotto mesi d'età, nei prossimi paragrafi tenteremo di definire le quali-

tà peculiari dell'esperienza sonoro/musicale per il soggetto autistico e la specificità dell'approccio musicoterapico a tale patologia valutando le implicazioni presenti all'interno del rapporto paziente-musicoterapista.

Il soggetto autistico e la musica

Il fenomeno sonoro/musicale per questi soggetti mantiene per lo più caratteri di concretezza legati al tipo di stimolazione uditiva, ma anche visiva, tattile, gustativa e di movimento che gli oggetti sonori offrono. Tali caratteri si mantengono altresì nel rapporto con l'ascolto musicale (consideriamo ascolto non solo la somministrazione di sequenze preregistrate, ma anche le proposte d'improvvisazione strumentale del musicoterapista alle quali il soggetto risponde attivandosi su canali espressivi diversi) anche se, come abbiamo evidenziato nell'introduzione di questo lavoro, in alcuni casi la fruizione della musica può determinare un'attivazione espressiva, talvolta modulata adeguatamente, all'interno della quale emerge una competenza discriminativa (probabilmente inconsapevole) rispetto ai parametri sonoro/musicali più evidenti: intensità, durata, ritmo.

Sulla base delle considerazioni sopra esposte emerge come l'esperienza sonoro/musicale possa costituire per il soggetto autistico un'occasione per esperire una dimensione che oscilla tra due poli diametralmente opposti con varie sfumature di percorso: quello legato alla proposta di momenti regressogeni e quello legato alla possibile strutturazione di situazioni significative a livello comunicativo-relazionale. Per l'attuazione del piano riabilitativo col disabile relazionale grave partiamo dal presupposto di base che il repertorio espressivo-comunicativo manifestato non sia altro che la formalizzazione esasperata e protratta nel tempo di condotte comportamentali del tutto normali. Come sottolinea Timbergen (1989) nella sua disamina dei comportamenti stereotipati del soggetto autistico, la differenza tra nor-

malità e patologia è da ricercare nel grado con cui i comportamenti patologici si manifestano. In questo senso, e per il nostro campo d'applicazione le produzioni e le reazioni agli stimoli sonoro/musicali dell'autistico forniscono lo spunto per la strutturazione dell'intervento musicoterapico. Il grido, lo schiocco di lingua, il vocalizzo intonato, la produzione di frammenti melodico-ritmici anche complessi, la ritmicità delle produzioni stereotipe, l'esplorazione ambientale effettuata tramite ripetuti tocchi con le dita (condotte caratterizzate da un'evidente presenza di ritmicità), ma anche l'utilizzo talvolta originale e poco appropriato dello strumento musicale (smontaggio degli strumenti, lancio delle varie componenti, esplorazioni orali, ricerca di particolari sonorità decisamente lontane da quelle previste dal costruttore e dalle caratteristiche acustiche dello strumento) rappresentano probabilmente il risultato di questa formalizzazione e divengono uno spunto costituendo il materiale al quale attingere per la strutturazione dell'intervento riabilitativo. Considerando ogni caso di autismo come una storia unica ed originale, come sottolinea Giovanni Lanzi (2000), la valorizzazione dei caratteri distintivi sonoro/musicali che costituiscono l'identità sonora del soggetto favorisce l'apertura di canali comunicativi modulati sui parametri della comunicazione non-verbale (Benenzon 2000). Tale apertura deve essere calibrata all'interno della relazione che si instaura tra paziente e musicoterapista il quale ha il delicato compito di ricercare e selezionare attraverso il proprio filtro percettivo e la propria sensibilità empatica gli elementi maggiormente carichi di potenzialità isomorfe rispetto all'espressività globale del soggetto trattato. La ricerca dell'isomorfismo va estesa a tutti i parametri della comunicazione non-verbale: lo studio della prossemica, degli aspetti mimico-gestuali, delle tendenze espressive prevalenti. Il lavoro centrato su questo tipo di ricerca presuppone una cono-

scenza approfondita dei processi di comunicazione non-verbale, una consapevolezza del proprio stato emotivo e una competenza raffinata nell'individuare i materiali, strumenti musicali e/o proposte d'ascolto, da sottoporre al paziente. Le produzioni del soggetto saranno quindi organizzate, ampliate, riconosciute come potenzialmente evolutive oppure come cariche di contenuti patologici sterili e ripetitivi, valorizzate o destrutturate in relazione dell'obiettivo e alle strategie prefissate, in ragione di un approccio che sarà sempre oscillante tra la "comunione interpersonale" e "il tentativo di modificare e correggere comportamenti disturbati".

L'approccio musicoterapico al soggetto autistico

Nell'ambito dei gravi disturbi della comunicazione di tipo autistico (disturbi spesso associati ad un ritardo mentale) la musicoterapia costituisce un intervento specifico in virtù della lettura in chiave sonoro/musicale che è possibile compiere della fenomenologia autistica, per via delle competenze sonoro/musicali spesso rilevabili e in ragione dei processi espressivi, comunicativi e relazionali che essa permette di attivare intervenendo su tali aspetti. All'interno di questi quadri psicopatologici è di frequente osservazione una particolare interazione con l'elemento ritmico e con quello sonoro/musicale: si può trattare di un'intensa risposta psicomotoria a determinati ascolti, di spontanee e originali produzioni sonore, di competenze imitative su di un piano ritmico e melodico, di attività motorie più o meno stereotipe scandite ritmicamente. Per certi aspetti possiamo ritenere tali comportamenti l'espressione distorta di competenze innate finalizzate alla comunicazione (Trevarthen 1990) le quali perdurano per tutto il corso della vita e sopravvivono in soggetti affetti da processi involutivi o da handicap intellettivi. In una prospettiva musicoterapica è interessante osservare come gli elementi che fondano tali competenze costi-

- **Benenzon R.**
Manuale di musicoterapia,
Borla, Roma, 1984.
- **Benenzon R.**
Il modello Benenzon
nell'approccio al soggetto
autistico, *Musica et Terapia*,
luglio 2000, pp. 29-36.
- **Gardner H.**
Formae Mentis, Feltrinelli,
Milano, 1995.
- **Manarolo G.**
L'angelo della musica,
Omega, Torino, 1996.
- **Manarolo G., Demaestri F.**
Il trattamento musicoterapico
di soggetti autistici, *Musica
et Terapia*, Luglio 2000, pp
15-22.
- **Moretti G.**
Basi neurologiche strutturali
e funzionali della dimensione
musicale. In Giovanna Mutti
(a cura di) *Musicoterapia
Realtà e futuro*, atti V
Congresso Mondiale di
Musicoterapia, Omega, Torino,
1988.
- **Postacchini P.L., Ricciotti
A., Borghesi M.**
Lineamenti di musicoterapia,
Carocci, Urbino, 1997.
- **Stern D.**
*Il mondo interpersonale del
bambino*, Boringhieri, Torino,
1987.
- **Tafari J.**
*Didattica della musica e
percezione musicale*,
Zanichelli, Bologna, 1988.

tuiscono anche gli aspetti strutturali e qualitativi dell'esperienza musicale: le variazioni d'intensità, altezza timbro, durata e ritmo sono tipiche di qualsiasi comunicazione primordiale e sono anche, seppur articolate in raffinate costruzioni simboliche, proprie dell'arte musicale. D'altra parte anche Giorgio Moretti ci ricorda che la dimensione ritmico-melodica è parte integrante delle dotazioni di base dell'individuo e Gardner definisce la musica come una competenza intellettuale che si sviluppa su base innata. In questo senso possiamo considerare la musicoterapia come una metodica che va ad agire in modo isomorfo su competenze primitive ed innate al fine di attivarle, qualificarle, potenziarle. Considerando il comportamento autistico come l'espressione di un disturbo quali-quantitativo della competenza a comunicare (disturbo di varia e complessa eziologia), l'approccio musicoterapico può essere ritenuto specifico nella misura in cui va a sollecitare, organizzare e qualificare proprio tali competenze nei loro aspetti elementari e basilari utilizzando codici e modalità analoghe. In altre parole l'elemento ritmico e quello sonoro/musicale ci consentono di contattare il soggetto autistico ad un livello che gli è proprio (negli elementi di sensorialità, motricità, movimento), livello caratterizzato da competenze espressive e comunicative elementari e spesso distorte da processi psicopatologici. Attraverso una costante "rilettura" in chiave "musicale" del comportamento del soggetto l'approccio musicoterapico propone alla persona una continua interrelazione che attribuisce senso e significato alle sue manifestazioni. In questo senso l'incontro con la potenziale gratificazione sensoriale ed "estetica" indotta dal musicale, l'isomorfismo che il musicale mantiene con le primitive modalità espressive e comunicative può facilitare un contatto sensoriale ed emotivo, può attivare un punto d'incontro. Come afferma Zappella "propone al bambino il rapporto con un'altra mente

che si pone in sintonia con lui e gli restituisce in forma modificata il messaggio che esso manda... questo contatto può consentire lo sviluppo di un certo grado di reciprocità sociale".

■ Tinbergen N.,
Tinbergen E.
Bambini autistici, Adelphi,
Milano, 1989.

■ 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.

■ Zappella M.
Autismo infantile, Carocci,
Urbino, 1998.

■ La musica nella terapia del coma

Giuseppe Scarso; Andrea Rossi; Luciana Mascia; Rosa Urciuoli, Edizioni Minerva Medica, Torino, 2003

Nella sua forma sintetica, ma che ha il dono di essere sempre chiara ed esaustiva, il libro uscito per la Minerva Medica, riesce nell'intento di illustrare lo studio, in corso da circa sei anni all'Ospedale San Giovanni Battista di Torino (Le Molinette), riguardante la stimolazione sonoro-musicale su pazienti in coma. Si tratta di un intervento svolto nel Reparto di Terapia Intensiva in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze, sezione di Psichiatria dell'Università di Torino, che si avvale, in particolare per gli aspetti teorici riguardanti il modello musicoterapico, della collaborazione del Prof. Rolando Benenzon dell'Università di Buenos Aires.

La stimolazione sonoro-musicale che il Prof. Scarso e lo staff operante alle Molinette mette in atto, rientra nella strategia di una ricerca che rappresenta un progetto pilota per poter sviluppare un protocollo efficace, le metodiche più utili e le modalità di misurazione degli effetti che la musica può produrre in persone in stato di coma acuto. Nel testo trovano spazio capitoli sugli aspetti clinici del coma, considerazioni più generali sulla neurofisiologia dell'ascolto, sulla psicologia e sulla coscienza, questo ad evidenziare il carattere interdisciplinare del tema trattato. Dopo l'esposizione del metodo adottato, viene presentato un caso clinico, analizzato sin dall'ingresso del paziente nel Reparto di Rianimazione e seguito man mano nelle varie fasi: l'ascolto della sequenza musicale a carattere universale, l'ascolto della sequenza personalizzata realizzata seguendo le indicazioni dei parenti, l'analisi e la valutazione dei dati emersi.

Gli Autori tengono ad avvertirci che la ricerca (non conclusa e certamente lontana da quei "risvegli" miracolosi cui certo giornalismo ci ha pericolosamente abituati), deve essere inserita in

un indirizzo di sperimentazione che aveva ed ha sempre più bisogno di solide impostazioni metodologiche.

Un testo, questo, nato dalla collaborazione di due realtà cliniche spesso distanti, come la Rianimazione e la Psichiatria, che ha il pregio di poter essere considerato, oltre ad un documento dello stato attuale della ricerca in atto, uno stimolo e una indicazione di lavoro per la comunità scientifica nell'ottica di ricerche future.

Alberto Ezzu

■ Esperienza musicale e musicoterapia

Giacomo Gaggero, Edizioni Mimesis, Milano, 2003

Questo lavoro intende fornire sinteticamente un primo quadro di riferimento teorico volto a chiarire alcuni nuclei tematici di fondo riguardanti la relazione tra esperienza musicale e musicoterapia. Come illustra Leslie Bunt nella sua presentazione, tale ricerca nasce dall'incontro tra la prospettiva musicoterapica aperta nel Regno Unito da Juliette Alvin e sviluppata anche attraverso il lavoro di formazione svolto sia in patria che in Italia dallo stesso Bunt e dai suoi collaboratori, con l'orientamento di ricerca ad indirizzo fenomenologico-esistenziale.

L'autore, che è uno dei collaboratori di Bunt, attraverso questo libro intende sottolineare la particolare sintonia di tale indirizzo con detto approccio musicoterapico.

L'ascolto di sé e dell'Altro, il contatto empatico, il concetto di interpretazione, l'esperienza esistenziale dell'angoscia, che sono alcuni dei temi classici della filosofia, psicologia e psicopatologia ad orientamento fenomenologico-esistenziale, vengono dunque trattati in relazione all'esperienza musicale e musicoterapica.

Nel modello di musicoterapia richiamato, l'esperienza musicale viene posta al centro del proces-

so di cambiamento terapeutico (della "cura"); riflettere su tale dimensione d'esperienza comporta da una parte il rischio di cadere in una sorta di riduttivismo per cui le forme in cui l'espressività musicale si esprime rischiano di risolversi in un "nient'altro che", in una serie di eventi comunicativi "traducibili" in significati determinati, dall'altra, in virtù di una pretesa "ineffabilità" di tale dimensione esperienziale, il rischio è quello di "non dir nulla", azzerando così le possibilità di elaborazione, in termini di "senso", dell'esperienza stessa.

Gaggero propone dunque di esplorare una linea di ricerca che consenta di rapportarsi all'esperienza musicale in modo non riduttivo e, al tempo stesso, non accessorio.

I concetti di Stile e Narrazione, Senso e Significato, si rivelano, in tale prospettiva, utili ausili di un processo interpretativo volto più a "comprendere" che a "spiegare".

Interessante, anche per le sue implicazioni cliniche e per quelle relative alla strutturazione del setting, il capitolo dedicato ai rapporti tra musicoterapia e temporalità.

Di significativo rilievo inoltre, come nota anche Bunt, la presentazione di un organico "modello di lettura multiprospettico" della seduta di musicoterapia che può fornire utili spunti di approfondimento anche nel lavoro di supervisione.

Il libro offre, in ultima analisi, una breve (115 pagine comprese la Presentazione di Bunt e la Bibliografia) ma densa proposta, che tocca temi ineludibili per chi si occupi professionalmente di musicoterapia.

La presenza di un Glossario ed il ricco apparato di note forniscono inoltre al lettore un utile supporto. Ci auguriamo che tale linea di ricerca venga ulteriormente perseguita e che le prospettive indicate da questo lavoro possano vedere quanto prima ulteriori approfondimenti e sviluppi.

Ferruccio Demaestri

■ Movimento Autentico

Mary Starks Whitehouse, Janet Adler e Joan Chodorow, edizioni Cosmopolis, Torino, 2003.

La pubblicazione di questo libro in italiano è un evento molto atteso non soltanto da coloro che praticano Movimento Autentico, per i quali costituisce un punto di riferimento, ma anche dai professionisti della Danza/movimento terapia perché contribuisce a chiarire questioni basilari per questa disciplina. Gli scritti di Mary Whitehouse, Janet Adler e Joan Chodorow offrono una visione fondamentale sulla possibilità di aprire un tipo d'ascolto corporeo che, attraverso lo sviluppo del potenziale creativo del suo movimento espressivo, possa contribuire al risanamento della vecchia scissione psiche-soma.

Questo libro ha il fascino di un'avventura. Le parole delle autrici mostrano come dalla sorgente dell'amore degli inizi emerge un processo fecondo di scoperte, illuminato dall'intuizione e fortemente ancorato nell'esperienza. Si assiste alla crescita graduale di una pratica, tanto salda e articolata che oggi si è diramata in più di un orientamento. Il tutto sostenuto da un corpus teorico, che si è andato evolvendo dall'incontro tra scoperte empiriche e cultura dell'epoca ancora ricco, ci sembra, di potenzialità, estendibili a diversi campi, oltre a quello specifico delle discipline del corpo e della creatività. Il processo è ancora in corso; nel 1993 è stato fondato l'Authentic Movement Institute in Oakland, California, con l'obiettivo di portare avanti la ricerca e offrire training rivolti a terapeuti, artisti ed educatori; Janet Adler ha pubblicato nel 2002 un nuovo libro "Offering from The Conscious Body" nel quale spiega la sua concezione della disciplina, mentre in Italia è stato pubblicato nel 1998 "Danza terapia e psicologia del profondo, l'uso psicoterapeutico del movimento" di Joan Chodorow. Inoltre negli Stati Uniti è di prossima pubblicazione "Active Imagination: healing from

within" della stessa Chorodow.

Il Movimento Autentico è oggi una pratica, una disciplina, regolata da specifici parametri, utilizzata come strumento per la crescita psicologica e della creatività, che si è sviluppata anche come via di consapevolezza spirituale. Gli scritti di ognuna delle autrici riflettono storie, personalità e riferimenti teorici diversi ma il filo di congiunzione è quello dell'esperienza. Il Movimento Autentico, ha come obiettivo la scoperta e lo sviluppo del proprio testimone interiore, in altre parole quella parte di noi capace di "contemplare" il proprio vissuto. La specificità del Movimento Autentico è nel cercare quest'obiettivo rivolgendo l'attenzione recettiva verso il proprio flusso cinestesico, sensoriale ed emozionale nel lasciare fluire, ad occhi chiusi, il proprio movimento spontaneo e autoguidato. La capacità recettiva, "la disposizione a fare esperienza del proprio essere, come modo di creare uno spazio per l'arrivo di notizie dal proprio Sé", cresce nel rimanere completamente nel qui ed ora dell'azione espressiva, nata dagli impulsi profondi presenti nel corpo. Il corpo e la forma del movimento costituiscono il principio ordinatore che riceve e "scolpisce l'energia, offrendo un contenitore chiaro".

Janet Adler in particolare ha rilevato la centrale importanza della relazione tra chi si muove (il mover) e chi lo osserva (il testimone) come spazio primario grazie al quale è possibile integrare l'esperienza. Il testimone esterno "contempla" non soltanto quello che vede ma anche la sua propria esperienza, la sua danza interiore, le vibrazioni del proprio corpo nel momento dell'osservare. Il vedere e l'essere visti, ma anche la restituzione del vissuto, sono momenti fondamentali della pratica. La condivisione, attraverso la parola o attraverso i linguaggi del movimento, apre nuovi spazi poetici nella psiche del singolo e del collettivo e arricchisce non soltanto l'esperienza intrapsichica, ma anche le relazioni interpersonali, favorite dal graduale riconoscimento dei meccanismi proiettivi

che oscurano la percezione di sé e degli altri.

Il Movimento Autentico è arrivato in Italia nel 1991, per iniziativa di Rosa Maria Govoni, con i primi due gruppi tenuti da Janet Adler in Toscana, in collaborazione con Tina Stromsted ed erano stati preceduti da quelli iniziati da Joan Chorodow in Svizzera poco tempo prima. I due gruppi che seguirono gli insegnamenti di Janet Adler per nove anni in Italia e, successivamente, per altri due in Grecia, avevano caratteristiche molto particolari. Erano composti in maggioranza da danza/movimento terapeute e da psicoterapeute junghiane provenienti da diversi paesi d'Europa. Uno dei due gruppi era composto di sole donne e nell'altro la presenza maschile era comunque ridotta; si comunicava in inglese, ma non era questa la lingua madre della maggioranza. Per molte di loro, la terra di origine era diversa da quella di residenza, fatto che, forse, non costituisce un dettaglio trascurabile.

Un'approfondita conoscenza del linguaggio del movimento era quello che accomunava quanti hanno fatto parte di questi gruppi, e questo è stato l'elemento che ha permesso di andare oltre le barriere linguistiche e culturali. Il solido contenitore di questi gruppi si materializzava in un grande cerchio di testimoni, che delimitavano uno spazio del tutto particolare nel quale avveniva il rito del movimento.

Sarebbe interessante, in questa epoca di globalizzazione, una storia più approfondita di questi gruppi sopranazionali, ma esula dalla possibilità di questa piccola introduzione, basti dire che essi sono stati i serbatoi dai quali sono emerse le persone che oggi conducono gruppi di Movimento Autentico in Italia e Europa. Insegnano prevalentemente la disciplina del Movimento Autentico, così come la intende Janet Adler, o la applicano nei loro setting privati di danza/movimento terapia. Mantengono inoltre la propria pratica in piccoli gruppi nelle loro città e si ricongiungono ad altri ritrovandosi annualmente in diversi luoghi

d'Europa. I cerchi di Movimento Autentico si intersecano, si ricompongono, si separano, si allargano come le onde prodotte da un sasso lanciato sull'acqua.

Le danza/movimento terapeute italiane, tutte appartenenti all'Art Therapy Italiana, che hanno avuto la fortuna di accedere a questo insegnamento sono: Antonella Adoriso, Silvia Antonini, Teresa Escobar, Maria Luisa Merlo, Antonella Monteleone, Leonella Partelli, Marcia Plevin, Piera Pieraccini, Roberta Sorti, Anna Weatherhogg, Anna Zanolli, chi scrive. Maria Elena Garcia, e la stessa Rosa Maria Govoni, direttrice del Dipartimento di danza/movimento terapia della suddetta scuola, condividono un modo di concepire il proprio lavoro clinico particolarmente vicino ai principi del Movimento Autentico, in quanto proveniente dalla stessa matrice culturale.

Questo approccio privilegia le modalità non verbali per costruire la relazione terapeutica, base sicura sulla quale è possibile consolidare un processo trasformativo. Di conseguenza considera di vitale importanza la presenza del terapeuta, e cioè non soltanto quello che esso fa ma anche il suo modo di essere nella relazione; la capacità di mantenere un costante dialogo con il suo mondo interno e con quello dell'altro. In quest'ottica ogni proposta creativa, ogni esperienza di movimento offerta dal terapeuta deve nascere dalla coscienza dei bisogni del paziente e del momento del processo terapeutico in corso. I vissuti controtrasferali, in particolare il controtrasfert somatico, sono considerati un canale fondamentale per ricevere informazioni sul livello di sviluppo affettivo del paziente e sulla sua organizzazione egoica, essenziale per trovare adeguate risposte terapeutiche.

Lo sviluppo, attraverso il Movimento Autentico, della coscienza recettiva, di un testimone interno capace di osservare la propria esperienza in presenza di un altro, favorisce l'integrazione dei processi mentali e i vissuti corporei del terapeuta e

facilita la scelta di risposte non verbali adeguate. Inoltre la pratica del Movimento Autentico accresce la disposizione a vivere l'esperienza controtrasferale, che richiede al terapeuta l'apertura di uno spazio interiore nel quale possa scorrere ed essere contenuto il flusso emotivo del paziente.

Certe rigidzze nell'apparato delle proprie difese, certe caratteristiche di personalità, perfino il nostro ordinario stato di coscienza possono creare in noi l'incapacità di entrare in risonanza con certi aspetti del paziente. La pratica del Movimento Autentico costituisce un modo sistematico di lasciare fluire liberamente la nostra sensibilità, di mantenere aperto l'ascolto verso i più sottili cambiamenti somatici, e di scoprire così forme di coscienza intuitiva, ampliata, necessaria per permettere la comunicazione tra inconscio e inconscio. In particolare costituisce un modo di sollecitare la profonda recettività necessaria per vivere il controtrasfert somatico; concetto questo, che attinge alla psicologia junghiana e che P. Lewis definisce come un flusso diretto tra gli inconsci somatici dei membri della relazione terapeutica, costituito da vibrazioni energetiche, ritmi e sottili movimenti corporei, in molte occasioni l'unica via che ci permette di avvicinarci a vissuti così intensi, estremi o incomprensibili come quelli dei pazienti più gravi.

Il gruppo che si è originariamente formato con Janet Adler continua quindi la pratica in maniera autogestita, non soltanto per la propria crescita personale o per affinare la capacità di testimoniare il movimento del paziente, ma anche per mantenere aperta la disponibilità a vivere il controtrasfert e per modulare la propria presenza terapeutica. Con questo stesso obiettivo oggi il Movimento Autentico, insegnato da Tina Stromsted e Patrizia Pallaro, è stato incorporato nel training di danza/movimento terapia dell'Associazione Art Therapy Italiana.

Maria Elena Garcia
(dall'introduzione al testo)

■ V Congresso Nazionale di Musicoterapia ConFIAM

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

Rimini, 3 - 5 ottobre 2003, Bellaria Igea Marina

Presentazione del congresso

La musicoterapia italiana sta crescendo, in termini politici, in termini organizzativi, in termini di contenuti. Si assiste all'ampliamento dei campi d'applicazione e alla contemporanea trasformazione delle tecniche sotto l'influenza dei contesti. Ma tutto ciò pone un quesito alla musicoterapia stessa: tutte queste iniziative sono supportate da evidenze scientifiche? Questa è la ragione che ha portato l'A.P.I.M. ad organizzare il V Congresso Nazionale ConFIAM (Confederazione Italiana Associazioni di Musicoterapia) sul tema della ricerca, difficile ma fondamentale per l'evoluzione culturale di una professione che sta perseguendo l'obiettivo del riconoscimento giuridico.

Comitato Scientifico

Borghesi Massimo, coordinatore C.S.; Manarolo Gerardo, Presidente ConFIAM; Postacchini Pier Luigi, Bonanomi Claudio, Mancini Marzia, Ricciotti Andrea, Demaestri Ferruccio, Barbagallo Anna Maria, Direttivo APIM; Garotti Pier Luigi, Università di Bologna, Commissione Ricerca ConFIAM; Scarso Giuseppe, Università Torino, Commissione Ricerca ConFIAM; Raglio Alfredo, Ferrara Carmen, Commissione Ricerca ConFIAM Maurizio Spaccacocchi, Conservatorio di Pesaro, Università di Urbino; Ferdinando Suvini, Presidente Associazione Italiana di Musicoterapia.

Segreteria Organizzativa

Borghesi Massimo, 338/7746947 - massimoborghesi@libero.it

Mancini Marzia, 0541/730117 - cerquamancini.mrz@virgilio.it

Programma

venerdì 3, mattino: arrivi - registrazioni

venerdì 3, pomeriggio: metodologia della ricerca musicoterapica; chairman A. Raglio (Cremona)

- Apertura lavori; Gerardo Manarolo (Genova) - Massimo Borghesi (Rimini)
- Relazione magistrale; Metodologia della ricerca nelle artiterapie; prof. P. E. Ricci Bitti, Dipartimento di Psicologia, AISCNV, (Bologna)
- Scheda rapida di valutazione in mt per la presa in carico del paziente; Cristiana Picconi, Federica Polcaro, Raffaella Coluzzi (Roma)
- Musicoterapia e demenze senili: monitoraggio e verifica del trattamento terapeutico condotto presso l'istituto ospedaliero di sospiro; Fiorenzo Puerari, Maria Chiara Ubezio, Daniele Villani, (Cremona)
- La clessidra sonora - metodologia di una ricerca di gruppo in musicoterapia; Mauro Sarcinella, Luca Pozzi, Sergio Mutalipassi, Monica Moroni, Monica Consonni, Roberto Bolelli, Luisa Mattazzi (Milano, Torino, Cesena, Terni, RSM, Rimini, Bologna)
- Aspetti etici nella ricerca musicoterapica; Joke Bradt, Montclair State University, (NJ, USA)
- Un progetto di osservazione in musicoterapia: la fenomenologia del confine; Carlo Saraceni, Federica Lenci (Roma)

sabato 4, mattino: gli oggetti della ricerca: tasti e testi; chairman Ferdinando Suvini (Firenze)

- relazione magistrale; Condotte musicali: neofilia e neofobia; Maurizio Spaccacocchi, (Conservatorio di Pesaro, Università di Urbino)
- Analisi del musicale nelle cure palliative; Adriano Primadei (Firenze)
- Progetto 'peter pan': per la prevenzione dell'abuso e del maltrattamento sui minori del quartiere tribunali - Castellamare; Maria Santonocito, Patrizia Parentela, Flora Inzerillo
- Uno studio sull'applicazione della musicoterapia all'interno di percorsi di preparazione alla nascita; Raffaella Coluzzi, Michela Franco (Lazio)

- Musicoterapia e relazione corporea: armonie e disarmonie nel disagio motorio; Bruno Foti (Udine)

sabato 4, pomeriggio: gli oggetti della ricerca: contesti; chairman P.L. Postacchini (Bologna)

- relazione magistrale; Setting altrove; Maria Elena Garcia (Roma)
- Un progetto pilota di musicoterapia in acqua con pazienti psichiatrici ospiti in comunità terapeutica; Abrescia Paola, D'Ulisse Maria Emerenziana, Gagliardo Giuseppe, Stefania Calapai, Cristina Imperatori (Roma)
- Attività musicoterapica in struttura per pazienti anziani; Bellavigna Roberto (Parma)
- La ricerca musicoterapica applicata alle origini della relazione madre / bambino nella fase pre e post natale; Alessandra Auditore e Pasini Francesca (Genova)
- Musicoterapia e coma: un progetto pilota secondo la metodologia Benenzon; M. Emerenziana D'Ulisse, Cristiana Picconi, Federica Polcaro (Lazio)
- Coinvolgimento musicale e gestione del dolore Joke Bradt Montclair State University, (NJ, USA)

domenica 5, mattino: analisi e verifica dei risultati; chairman P.L. Garotti (Ravenna)

- relazione magistrale; Comunicare progetti di ricerca musicoterapici; Joke Bradt Montclair State University, (NJ, USA)
- Ricerca teorico-metodologica su uno strumento di analisi del setting grupppale musicoterapico; Florenza Inzerillo, Maria Santonocito (Palermo)
- L'intervento musicoterapico con i gravi disturbi della comunicazione e della relazione: criteri di analisi del materiale sonoro/musicale; Angelo Colletti, Fiorenzo Puerari (Milano, Alessandria, Cremona)
- Una possibilità di verifica in musicoterapia attraverso il contributo della teoria dei sistemi non lineari; Cornara Silvia (Lecco)
- Esiti e valutazione di un trattamento musico-

terapico con pazienti affetti da ritardo mentale; Scaratti L., Scala D., Comensoli E., Monchierri S. (Brescia)

- Dibattito e Conclusioni; Gerardo Manarolo (Genova) - Massimo Borghesi (Rimini)

domenica 5, pomeriggio: partenze

Note informative

È stato richiesto l'esonero dal servizio per il personale docente della scuola pubblica; sono stati richiesti crediti formativi sanità

Tariffe

Per chi si iscrive al congresso dopo il 31/08/03 sono applicabili le seguenti tariffe:

- pacchetto 4 stelle: pensione completa Euro 250; mezza pensione Euro 240
- pacchetto 3 stelle: pensione completa Euro 230; mezza pensione Euro 225
- supplemento singola: 4 stelle Euro 8,00; 3 stelle Euro 7,00
- pacchetto sola iscrizione: Euro 90,00

Ogni pacchetto dà diritto a partecipare ai lavori congressuali, ricevere una copia degli atti, avere libero accesso ai coffee break e ricevere attestato di partecipazione

Prenotazioni

La partecipazione al congresso e la prenotazione alberghiera dovranno essere fatte presso la Segreteria Organizzativa:

Marzia Mancini, tel/fax 0541 / 730117

email: cerquamancini.mrz@virgilio.it

a seguito del versamento dell'importo dovuto sul c/c 1531,1400,5608

Banca Popolare di Novara / Genova Sede specificando la causale:

"VERSAMENTO SOCIO SOSTENITORE; ADESIONE 5° CONGRESSO CONFIAM"; specificare nella causale anche il pacchetto scelto.

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

■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

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

■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

Il senso estetico e la sofferenza psichica: accostamento stridente o scommessa terapeutica? (E. Giordano) • *L'inventiva del terapeuta come fattore di terapia* (G. Montinari) • *La formazione in ambito musicoterapico: lineamenti per un progetto di*

modello formativo (P.L. Postacchini, M. Mancini, G. Manarolo, C. Bonanomi) • *Il suono e l'anima: la divina analogia* (M. Jacoviello) • *Considerazioni su: dialogo sonoro, espressione corporea ed esecuzione musicale* (R. Barbarino, A. Artuso, E. Pegoraro) • *Aspetti metodologici, empatia e sintonizzazione nell'esperienza musicoterapeutica* (A. Raglio) • *Esperienze di musicoterapia: nascita e sviluppo di una comunicazione sonora con soggetti portatori di handicap* (C. Bonanomi)

■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

Armonizzare sintonizzandosi (P.L. Postacchini) • *Dalla percezione uditiva al concetto musicale* (O. Schindler, M. Gilardone, I. Venero, 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. Venero, E. Banco, O. Schindler) • *La stimolazione sonoro-musicale di pazienti in coma* (G. Scarso, G. Emanuelli, P. Salza, C. De Bacco) • *La creatività musicale* (M. Romagnoli) • *Musicoterapia e processi di personalizzazione nella Psicoterapia di un caso di autismo* (L. Degasperi) • *La recettività musicale nei pazienti psichiatrici: un'ipotesi di studio* (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Remotti) • *Musica e Psicosi: un percorso Musicoterapico con un gruppo di pazienti* (A. Campioto, R. Peconio).

■ Volume V, Numero 1, Gennaio 1997

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

■ Volume V, Numero 2, Giugno 1997

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

■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

Le spine del cactus (C. Lugo) • *L'improvvisazione nella musica, in psicoterapia, in musicoterapia* (P. L. Postacchini) • *L'improvvisazione in psicoterapia* (A. Ricciotti) • *L'improvvisazione nella*

pratica musicoterapica (M. Borghesi) • La tastiera elettrica fra educazione e riabilitazione: analisi di un caso (Pier Giorgio Oriani) • Ritmo come forma autogenerata e fantasia di fusione (G. Del Puente, S. Remotti) • Aspetti teorici e applicativi della musicoterapia in psichiatria (F. Moser, G. M. Rossi, I. Toso).

■ Volume VI, Numero 2, Luglio 1998

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

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

E se la musica fosse... (M. 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. Delicata) • 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. Zambino) • 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 possi-

bile (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 Psicosociale 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)

■ Numero 7, Gennaio 2003

La percezione sonoro/musicale (G. Del Puente, F. Fiscella, S. Valente) • L'ascolto Musicale (G. Manarolo) • La composizione musicale a significato universale. Considerazioni cliniche (G. Scarso, A. Ezzu) • Validità del training musicoterapico in pazienti in stato vegetativo persistente: studio su tre casi clinici (C. Laurentaci, G. Megna) • L'approccio musicoterapico con un bambino affetto da grave epilessia. Il caso di Leonardo (L. Torre) • Co-creare dinamiche e spazi di relazione e comunicazione attraverso la musicoterapia (M. M. Coppa, F. Santoni, C. M. Vigo) • L'evoluzione musicale in Musicoterapia (B. Foti, I. Ordiner, E. D'Agostini, D. Bertoni) • L'intervento musicoterapico nelle fasi di recupero dopo il coma (R. Meschini)

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.

