

musica et **terapia**

numero

14

direttore editoriale

Gerardo Manarolo

comitato di redazione

Claudio Bonanomi

Massimo Borghesi

Ferruccio Demaestri

Bruno Foti

Alfredo Raglio

Andrea Ricciotti

Ferdinando Suvini

segreteria di redazione

Ferruccio Demaestri

comitato scientifico

Rolando O. Benenzon

Università San Salvador,

Buenos Aires, Argentina

Michele Biasutti

Università di Padova

Leslie Bunt

Università di Bristol,

Gran Bretagna

Umberta Carmeo

Direttore Medico

Anffas, Genova

Giovanni Del Puente

Sez. di Musicoterapia, Dip. di Scienze Psichiatriche

Università di Genova

Denis Gaita

Psichiatra, Psicoanalista, Milano

Franco Giberti

Psichiatra, Psicoanalista,

Università di 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

Cosmopolis s.n.c.

Corso Peschiera 320
10139 Torino
011 710209

L'abbonamento a
Musica Et Terapia è di
Euro 18,00 (2 numeri).

L'importo può essere
versato sul c.c.p. 47371257

intestato a
Cosmopolis s.n.c.,
specificando la causale
di versamento e
l'anno di riferimento

progetto grafico

Harta Design, Genova

Paola Grassi

Roberto Rossini

pag 1
Editoriale

pag 2
**Il cervello nell'esecuzione e nell'ascolto
della Musica**
Michele Biasutti

pag 14
**Interazione, relazione e storia:
ragionamenti di musicoterapia e supervisione**
Fabio Albano

pag 28
**Il suono e la mente: un'esperienza
di conduzione di gruppo in psichiatria**
Giuseppe D'Erba, Raul Quinzi

pag 34
**La condivisione degli stati della mente:
una possibile lettura dell'interazione
musicoterapica nella grave disabilità**
Sabrina Borlengo, Gerardo Manarolo, Guido Marconcini,
Lorenzo Tamagnone

pag 41
**Un'esperienza di musicoterapia presso
l'Hospice della azienda istituti ospitalieri
di Cremona**
Laura Gamba

pag 46
**La musica come strategia terapeutica
nel trattamento delle demenze**
Alfredo Raglio

pag 54
Recensioni

pag 58
Notiziario

pag 60
**Articoli pubblicati
sui numeri precedenti**

Il numero 14 di Musica et Terapia si apre con il significativo contributo di Michele Biasutti che prosegue e approfondisce la disamina già avviata da Gianni Nuti (Musica et Terapia n. 13) delle più recenti acquisizioni neuroscientifiche in tema di fruizione ed espressione musicale. A seguire l'articolo di Fabio Albano ci propone un originale modello di analisi della comunicazione sonoro/musicale che caratterizza la musicoterapia attiva. Utilizzando la concettualizzazione di Alan Fogel viene ribadito come l'azione individuale, in un contesto di musicoterapia attiva, sia il risultato di un processo comunicativo; l'analisi delle sedute non si rivolgerà pertanto ai singoli comportamenti individuali quanto al processo relazionale che si va a delineare all'interno della coppia musicoterapista-paziente. I contributi successivi si spostano su di un piano clinico ed esperienziale. Giuseppe D'Erba e Raul Quinzi, infermieri professionali presso il Dipartimento di Salute Mentale, Ambito 3-Asl 3 Genova, presentano un interessante esperienza di gruppo, che coniuga tecniche attive e recettive, rivolta a pazienti psichiatrici in cura presso il Servizio Territoriale.

Sabrina Borlengo, Gerardo Manarolo, Guido Marconcini, Lorenzo Tamagnone descrivono l'approccio musicoterapico rivolto a pazienti affetti da plurihandicaps e da deficit psicotellektivi gravi e gravissimi impiegando le categorie concettuali che caratterizzano l'approccio neurobiologico di Donald Siegel. Laura Gamba, infine, descrive una significativa esperienza condotta presso l'Hospice dell'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona.

Musica et Terapia si conclude con le preziose precisazioni di ordine teorico-metodologico che Alfredo Raglio delinea descrivendo l'approccio musicoterapico nei confronti della Malattia di Alzheimer e delle Demenze senili in genere.

Il cervello nell'esecuzione e nell'ascolto della Musica*

The paper concerns the recent research in the field of cognitive neuroscience of music, considering the relationships between music cognition and cortical areas. The literature was analyzed examining two main musical abilities: listening and performing. Concerning listening, the research evidenced a different use of the hemispheres with local versus global strategies. Other studies on the processing of pitch demonstrated the importance of specific areas. In melodic cognition there is an association between left posterior hemisphere and right hemisphere regions. In the analysis of time is more relevant the left dominant hemisphere. Concerning the performance of music, some research analyzed the level of coactivation of motor and cognitive areas, founding a net of connections instead of the involvement of simple functions. Finally, the models of brain functioning are considered and proposed some implications for education.

La ricerca nel campo delle neuroscienze della musica si è sviluppata notevolmente negli ultimi anni, in considerazione del maggiore interesse dei ricercatori e dell'evoluzione degli strumenti tecnologici

Introduzione

La ricerca nel campo delle neuroscienze della musica si è sviluppata notevolmente negli ultimi anni, in considerazione del maggiore interesse dei ricercatori e dell'evoluzione degli strumenti tecnologici. Si tratta di un settore ampio e composito per le molteplici tecniche sperimentali utilizzate e i diversi aspetti oggetto di studio (Flohr e Hodges, 2002). Riguardo alle tecniche, i potenziali evocati (ERP), il magnetoencefalogramma (MEG), l'elettroencefalogramma (EEG), la SQUID, la risonanza magnetica (MRI), la risonanza magnetica funzionale (fMRI), la tomografia ad emissione di positroni (PET) e la stimolazione magnetica transcranica (TMS) consentono di ottenere dati significativi e di visualizzare le parti attive del cervello durante l'elaborazione degli stimoli musicali. Riguardo agli aspetti oggetto di analisi, le ricerche mettono in relazione due dimensioni

L'ascolto e la produzione musicale interessano molteplici funzioni cognitive

complesse, - l'articolazione del cervello e la molteplicità di comportamenti musicali - per studiare le relazioni tra funzioni cognitive e aree cerebrali, conside-

rando nello specifico lo sviluppo neurochimico e la plasticità neuroanatomica.

Zatorre (2005) ritiene la musica una stimolazione importante per il cervello, poiché comportamenti quali l'ascolto e la produzione musicale interessano molteplici funzioni cognitive: ad esempio, l'intonare una semplice nota coinvolge diversi meccanismi uditivi, tra cui - solo per citarne alcuni - l'attenzione, la memorizzazione, il confronto, la programmazione, il coordinamento motorio e l'integrazione senso-motoria. Si tratta di una facoltà complessa e multiprospettica, le cui funzioni cognitive consistono di più componenti. Uno dei problemi è trovare le tecniche appropriate per identificare e descrivere tali componenti, verificando come esse sono distribuite in differenti processi cognitivi, come si rapportano, se sono pertinenti all'elaborazione di singoli compiti e se sono uniche della musica o utilizzate e condivise da più domini.

Diverse ricerche considerano l'importanza di aree localizzate per l'analisi del segnale. Si tratta di un settore che ha evidenziato rapporti diretti tra aree corticali e processi, dimostrando che non sono possibili semplificazioni, ad esempio esaminando un solo emisfero nell'elaborazione cognitiva. Le tendenze attuali considerano l'apprendimento in termini di processazione complessa delle informazioni, sottolineando la consistenza dell'interazione tra le zone corticali.

Riguardo alle variabili di ordine musicale, si rileva che esistono molteplici comportamenti come le attività compositive, esecutive e di ascolto che sottendono processi specifici e hanno differenze qualitative (Biasutti, 2003). Le attività compositive comportano un approccio creativo nell'uso di

conoscenze formali e di una grammatica, sintetizzando questi elementi in base all'esperienza personale.

Nell'esecuzione musicale vi è il sincronismo tra

capacità di discriminazione e abilità motorie nella messa in pratica di meccanismi riproduttivi, nei quali l'artista matura una interpretazione del messaggio del compositore in base a elementi storici e culturali. Nell'ascolto, sono considerati i processi che consentono di decodificare e comprendere la musica (Deutsch, 1999; Serafine, 1988; Sloboda, 1985). Si tratta di abilità in stretta correlazione, poiché un esecutore e un compositore devono possedere delle capacità di ascolto per operare. Le abilità compositive, così come gli effetti della musicoterapia, non sono ancora stati oggetto di studio accurato nel campo delle neuroscienze, mentre hanno ricevuto maggiore attenzione le abilità di ascolto e di esecuzione, settori di ricerca che verranno analizzati di seguito.

Alcune domande guida alle quali si cerca di dare risposta nel presente scritto sono: c'è una specializzazione degli emisferi cerebrali e una localizzazione per singoli processi cognitivi? Quali sono le differenze tra musicisti e non-musicisti a livello cerebrale? Come lo sviluppo di specifiche abilità (ad esempio l'esecuzione) influenza il cervello? Ci sono condivisioni nelle funzioni tra aree cerebrali? Su che principi si basano i modelli che spiegano il funzionamento della mente umana?

Il cervello nell'ascolto della musica

Le informazioni acustiche, dopo essere trasdote in impulsi neurali dall'orecchio interno, raggiungono la corteccia uditiva, che contiene distinte subregioni importanti per la decodifica e la rappresentazione di varie funzioni del suono complesso. Le informazioni dalla corteccia uditiva interagiscono con molte altre zone del cervello,

particolarmente con il lobo frontale, per la formazione della memoria e l'interpretazione, e con la regione orbito-frontale per la valutazione delle emozioni. Diversi studi hanno analizzato la rilevanza di singole aree corticali all'ascolto della musica, in relazione a specifici processi attivati. Secondo Gruhn e Rauscher (2002) vi sono dei differenti livelli di attivazione di specifiche zone corticali in relazione al tipo di apprendimento musicale (informale vs. formale). Le persone che sono in grado di suonare uno strumento o cantare con un'istruzione informale sviluppano principalmente delle conoscenze procedurali, considerabili come una modalità globale di elaborazione, che avviene attraverso l'integrazione di associazioni visuo-spaziali. Tali processi corrispondono ad un'attivazione dei lobi frontale destro e bilaterale parieto-occipitale. I soggetti che hanno invece avuto un'istruzione formale trasmessa principalmente attraverso informazioni verbali, mostrano un incremento di attività nelle regioni frontali temporali sinistre nelle quali avvengono processi più analitici. Entrambi gli emisferi collaborano strettamente nell'elaborazione della musica, ma ci potrebbe essere un'asimmetria in relazione alle strategie praticate durante l'ascolto come quelle globali rispetto a quelle locali.

In una ricerca con soggetti affetti da lesioni cerebrali, Peretz (1990) ha evidenziato che la pratica di strategie locali o globali comporta un differente coinvolgimento degli emisferi: l'emisfero sinistro è dominante quando sono praticati processi di analisi del segnale musicale, ad esempio considerando aspetti di singole note e distanze tonali, mentre l'emisfero destro è interessato maggiormente se le strategie sono generali e considerano ad esempio il contorno melodico.

Diversi studi considerano la rilevanza di singole aree corticali nell'esecuzione di abilità specifiche. Si tratta di ricerche che utilizzano stimoli parcellizzati, proponendo accordi o intervalli isolati piuttosto che sequenze musicali complete. Il pro-

blema è stabilire se i risultati ottenuti sono estendibili a contesti più ampi e abbiano validità generale, poiché alcuni studi hanno evidenziato che l'elaborazione di stimoli parziali - come le scale musicali - attiva zone temporali mediane bilaterali maggiormente nella parte destra, mentre l'esecuzione di brani veri e propri - come ad esempio un corale di J. S. Bach - interessa in maniera qualitativamente diverse zone corticali, coinvolgendo le aree temporali bilateralmente ad un livello superiore, medio e inferiore, in misura maggiore nell'emisfero destro (Parson, 2003).

Secondo Pantev, Engelien, Candia e Elbert (2003) l'utilizzo di stimoli come le onde sinusoidali rispetto ai suoni musicali, non attiva nei musicisti rappresentazioni corticali allargate a livello somatosensorio e uditivo.

Riguardo all'elaborazione temporale degli eventi musicali, diversi studi evidenziano la rilevanza dell'emisfero dominante sinistro sia con stimoli uditivi semplici e analisi rapide del segnale, sia con sequenze musicali complesse.

Riguardo alla percezione della frequenza, esistono principalmente due teorie: la prima prevede una dimensione tonotipica, determinata dalla rilevanza di singole zone corticali nell'elaborazione delle informazioni, la seconda assegna invece importanza alla codifica temporale.

In uno studio condotto con 45 soggetti, Liégeois-Chauvel, Giraud, Badier, Marquis, Chauvel (2003) hanno rilevato che la percezione dell'altezza tonale avviene principalmente nell'emisfero destro, il quale è organizzato secondo mappe spettrali tonotipiche con separazione evidente rispetto agli stimoli elaborati: le frequenze basse sono processate nelle zone laterali, mentre le frequenze alte hanno una localizzazione mediana. Nell'emisfero sinistro questa organizzazione tonotipica è meno evidente, poiché vi sono diverse regioni coinvolte nell'elaborazione di un ambito di frequenze.

Riguardo alla processazione di sequenze melodiche, Patel (2003) ha rilevato una forte associazio-

ne funzionale tra l'emisfero posteriore sinistro e le regioni dell'emisfero destro, a dimostrazione dell'integrazione di modelli locali e globali di percezione della frequenza.

Secondo Zatorre (2003) l'elaborazione neuronale delle informazioni sulla frequenza è separabile rispetto ad altre funzioni percettive, e questa abilità coinvolge principalmente la corteccia uditiva destra. L'elaborazione di stimoli tonali complessi come melodie, avviene invece in aree corticali di ordine superiore, con interazioni con la corteccia frontale a richiamare funzioni di memoria tonale per la codifica dei modelli. La rilevanza della corteccia uditiva dell'emisfero destro sembra funzionale all'elaborazione di segnali con banda sottile come quelli tonali, piuttosto che quelli rapidi a banda più ampia che caratterizzano il linguaggio (Zatorre, Belin, Penhune, 2002).

Langner (1998) ha operato una sintesi delle teorie della dimensione tonotipica e dell'importanza della codifica temporale, suggerendo che le informazioni temporali possono essere codificate ai livelli subcorticali in termini di spike sincronizzate con la periodicità del segnale acustico, e trasformate poi in informazioni spaziali sotto forma di mappe tonotipiche nella corteccia uditiva.

Il cervello nell'esecuzione della musica

Diverse ricerche hanno studiato l'attivazione di aree corticali in concomitanza di attività esecutive, evidenziando l'importanza e l'interazione di aree motorie e di aree cognitive.

In una ricerca condotta con 15 musicisti, Pascual-Leone, Dand, Cohen, Braskil-Neto, Cammarota e Hallet (1995) hanno rilevato che le zone corticali di controllo motorio delle dita avevano un incremento quando erano assegnati compiti esecutivi al pianoforte, sia pratici sullo strumento, che a livello mentale.

Elbert, Pantev, Wienbruch, Rockstrub e Taub (1995) hanno condotto una ricerca chiedendo a due gruppi di soggetti - uno di nove esecutori di

strumento ad arco e uno di sei non musicisti - di muovere le dita della loro mano sinistra mentre erano prese delle misure del livello di MEG. Lo scopo dello studio era di ottenere informazioni riguardo a come le capacità di esecuzione musicale producono delle modificazioni a livello cerebrale. I dati ottenuti hanno evidenziato uno sviluppo maggiore nei musicisti rispetto ai non musicisti della corteccia somatosensoria primaria destra, una regione deputata al controllo delle articolazioni della mano sinistra, arto che è particolarmente sollecitato nella tecnica esecutiva dai violinisti. I risultati sono stati più evidenti per i musicisti che studiavano da più tempo lo strumento.

In una ricerca successiva, Pantev, Oostenveld, Engellen, Ross, Roberts e Hoke (1998) hanno ottenuto risultati analoghi, rilevando una correlazione tra età d'inizio dello studio dello strumento e ampiezza delle zone corticali: i soggetti che avevano iniziato precocemente a suonare avevano un maggiore sviluppo di alcune aree del cervello, effetto particolarmente significativo nei musicisti che avevano iniziato la pratica strumentale prima dei nove anni.

Bangert, Parlitz e Altenmüller (1999) hanno studiato l'influenza del suonare uno strumento musicale nell'esecuzione di comportamenti anche non musicali. In una ricerca sul campo, gli autori hanno realizzato due sessioni sperimentali e hanno sottoposto alle prove alcuni pianisti. La prima sessione prevedeva solamente compiti uditivi e avveniva dopo una sessione di esecuzione musicale, mentre la seconda contemplava un lavoro motorio senza coinvolgimento di stimoli uditivi. Nella prima condizione i soggetti hanno dimostrato una buona coattivazione della corteccia sensomotoria, e nella seconda un'attivazione delle regioni fronto-temporali, rilevando un'interazione tra la capacità esecutiva e la presenza di modelli di attività corticale. Piuttosto che il coinvolgimento di semplici funzioni, gli autori riten-

gono che nei compiti studiati vi sia stata l'attivazione di un'ampia rete di connessioni.

Modelli teorici e funzionamento della mente umana

L'interazione tra l'articolazione del cervello e la molteplicità di stimoli sonori che circondano l'uomo suggerisce la rilevanza di modelli complessi per la definizione di come lavora la mente umana. Le ricerche analizzate forniscono indicazioni sulla rilevanza di singole aree corticali e sono di supporto alla precisazione di modelli generali.

Griffiths (2001, 2003) ha spiegato il funzionamento del cervello in riferimento all'elaborazione di segnali acustici complessi, basandosi sull'interpretazione di dati provenienti da diverse ricerche condotte con pazienti con lesioni corticali con tecniche quali la PET, la fMRI e la MEG. Secondo l'autore, gli stimoli sono decodificati in base a processi che seguono un'organizzazione gerarchica: le aree interessate variano secondo il tipo di elaborazione attuata. Il percorso di analisi comprende la corteccia uditiva primaria, adibita alla elaborazione delle caratteristiche spettrali dei singoli suoni, e la rete temporo-frontale bilaterale, denominata struttura temporale di alto livello, che decodifica le sequenze di suoni. Le caratteristiche di note singole (intensità, frequenza e attacco) avvengono nella parte sovrastante e includono le cortecce uditive, mentre le sequenze di ordine superiore (singole caratteristiche in funzione dell'evoluzione temporale) sono analizzate tramite reti distribuite nel lobo temporale e nel lobo frontale distinte dalle cortecce uditive.

Un altro problema è stabilire il rapporto e il grado di indipendenza tra abilità musicali e abilità sottostanti altri domini della cognizione. A riguardo, può essere d'interesse discutere la rilevanza di modelli del funzionamento mentale come quello delle intelligenze multiple postulato da Gardner (1985, 1999). In particolare, l'autore ritiene che gli esseri umani sono dotati di diverse intelligen-

ze, caratterizzate da un buon grado di autonomia e specificità. Questo modello è stato sviluppato considerando i dati di ricerche condotte nel campo delle neuroscienze, le quali hanno evidenziato che un danno emisferico localizzato in una determinata area compromette solo le capacità di eseguire compiti specifici di quella regione, mentre non ha influenza sull'esecuzione di altri compiti relativi ad altre aree cerebrali rimaste illese. Inoltre, patologie come l'autismo si caratterizzano per la presenza di capacità specifiche, come abilità logico matematiche, anche ad un grado notevole di sviluppo, mentre altre, come quelle comunicative, sono deficitarie. Questi elementi sono di supporto alla teoria che l'intelligenza non è unica ma multipla, contraddistinta da diversi aspetti autonomi tra loro. L'autore ritiene che alcune delle caratteristiche fondamentali delle intelligenze siano l'identificazione di sequenze di operazioni precise e la presenza di un sistema di codifica, ritenuto un sistema di significati creato culturalmente che trasmette informazioni relativamente ad un campo specifico come ad esempio un sistema numerico, le note musicali o l'alfabeto. Le intelligenze definite in base a questi principi sono otto: intelligenza linguistica, logico matematica, musicale, spaziale, cinestesica corporea, intrapersonale, interpersonale, e naturalistica. L'intelligenza linguistica include l'uso del linguaggio e abilità come il leggere, lo scrivere, il parlare e l'ascoltare. L'intelligenza logico matematica sottende abilità come il mettere in relazione oggetti, definire astrazioni, fare calcoli e risolvere problemi. L'intelligenza musicale comprende le capacità di decodificare le parti salienti di un brano con l'ascolto, ad esempio cogliendo gli aspetti melodici e ritmici, le capacità di suonare uno strumento e di creare musica. L'intelligenza spaziale è la capacità di percepire il mondo visivo nei vari aspetti, traendo conoscenza da questa dimensione. L'intelligenza cinestesica corporea è la capacità di controllare e coordi-

nare in maniera armoniosa i movimenti degli arti e del corpo. L'intelligenza intrapersonale è l'abilità di riconoscere il proprio sé praticando comportamenti adattivi, e di manifestare una coscienza dei propri stati d'animo e delle proprie intenzioni. L'intelligenza interpersonale consiste nella capacità di mettersi in relazione interpretando gli stati d'animo e le dimensioni mentali delle persone con le quali ci si sta rapportando, attraverso elementi come la comunicazione verbale e non verbale e la capacità empatica. L'intelligenza naturalistica è definita come la capacità di riconoscere e classificare gli oggetti naturali. Si tratta di sistemi tipici della specie umana, che dimostrano una differenziazione in relazione ai singoli: tutte le persone possiedono le varie intelligenze con diversi profili individuali. È d'interesse esaminare se nelle tipologie di intelligenze le funzioni sono completamente indipendenti o condivise, e se vi sono dei corrispettivi funzionali a livello neuronale, come postulato in alcuni modelli di lavoro della mente umana.

Modelli modulari

In musica può essere discussa la validità del modello della modularità delle funzioni cognitive formulato da Fodor (2000), che ha come presupposti le concezioni funzionaliste, che assimilano la mente ad un elaboratore elettronico. L'autore considera i fenomeni mentali principalmente secondo dimensioni quantitative e misurabili, escludendo dalle sue teorizzazioni gli stati qualitativi e soggettivi come le sensazioni, le percezioni, le emozioni. Fodor ritiene che il funzionamento della mente sia organizzato secondo un'architettura definita, che sottende una teoria computazionale della mente. I processi cognitivi sono caratterizzati da una elaborazione di tipo sequenziale per dare conto del processo di trasformazione dei segnali in rappresentazioni. Tale paradigma si pone in antitesi al modello connessionista che considera invece uno svolgimento del lavoro delle reti neurali secondo modalità distribuite. Secondo

Fodor vi è una specializzazione del cervello: ad esempio la processazione del linguaggio e della musica avvengono in zone distinte che operano autonomamente. L'analisi dei segnali d'ingresso (input) è assegnata a strutture verticali denominate moduli che hanno il compito di mediare tra il segnale d'uscita (output) degli organi sensoriali e i sistemi centrali deputati alle elaborazioni più complesse.

Secondo Fodor (1983) i sistemi sono caratterizzati dai seguenti elementi:

- 1) specificità del dominio, intesa come specializzazione: i moduli hanno la capacità di operare solo rispetto a determinate tipologie di segnali in ingresso;
- 2) trattazione autonoma dell'informazione, poiché i moduli non hanno la necessità di riferirsi ad altri sistemi psicologici per operare;
- 3) obbligatorietà dell'elaborazione, poiché i moduli processano i dati attenendosi alle specificazioni;
- 4) rapidità di svolgimento delle operazioni, poiché i dati sono trattati autonomamente;
- 5) superficialità e semplicità dei dati in uscita;
- 6) accessibilità limitata rispetto a informazioni pertinenti;
- 7) caratteristiche ontogenetiche in relazione alle dinamiche di sviluppo;
- 8) architettura neuronale determinata.

Si tratta di elementi che rivestono una notevole importanza nella definizione della modularità del sistema. La trattazione autonoma dell'informazione si basa su un'indipendenza e una specificità del modulo. Un sistema modulare è caratterizzato dall'essere computazionalmente autonomo: esso segue strategie di calcolo prefissate e non modificabili, piuttosto che scambiare informazioni con le strutture centrali, o con gli altri moduli. In tal modo, i sistemi sono in grado di operare rapidamente e senza dispendio di tempo per valutare le diverse possibilità esecutive. I moduli sono determinati geneticamente: ciascuno di essi

si occupa di un dominio specifico ed è collocato in una regione specifica del cervello.

Il modello modulare potrebbe essere valido soprattutto per i sistemi periferici, che hanno il compito di elaborare l'informazione in modo da renderla accessibile ai sistemi centrali, mentre più difficilmente potrebbe trovare riscontro e fornire spiegazioni sul funzionamento della mente nella sua globalità. L'articolazione e la complessità dei sistemi centrali rendono necessario uno scambio reciproco di informazioni, e non sarebbero pertanto compatibili con un'organizzazione strutturata per moduli.

Un modello modulare per la cognizione musicale

Peretz e Coltheart (2003) propongono un'applicazione del modello di Fodor al campo della cognizione musicale, sostenendo che esistono diversi moduli per la processazione del segnale acustico e almeno due sistemi distinti, uno per il linguaggio e uno per la musica. Questa deduzione deriva dall'interpretazione dei dati delle ricerche condotte con pazienti con gravi lesioni cerebrali che comprendono normalmente la musica, ma non sono invece in grado di riconoscere il linguaggio parlato. Il caso del compositore sovietico Vissarion Shebalin è emblematico: egli ha avuto delle lesioni estese alle regioni del linguaggio nell'emisfero sinistro che gli hanno provocato la perdita dell'uso della lingua, ma non delle funzioni musicali, che sono rimaste inalterate.

In base a questi dati, diversi studiosi ritengono che l'emisfero sinistro sia deputato all'elaborazione delle informazioni relative al linguaggio, mentre quello destro alla musica. Le aree neuronali interessate a questi due processi non sono sovrapposte, ma verosimilmente ricorrono a meccanismi con una differente specializzazione della corteccia uditiva nei due emisferi. Il linguaggio richiede una trattazione veloce delle informazioni nell'arco di sviluppo temporale, mentre la musica è caratterizzata da un'evoluzione più

lenta. Questi elementi indicherebbero la presenza di differenti parametri per i due sistemi paralleli. A questo livello non è importante studiare in quale cervello la musica è analizzata, ma le varie sub-componenti che contribuiscono alle funzioni musicali.

In figura 1 è schematizzato un modello rappresentativo dell'architettura funzionale dell'elaborazione del segnale acustico. Si tratta di un modello sviluppato tenendo conto delle ricerche condotte con pazienti con lesioni cerebrali. Nella figura 1 ogni riquadro rappresenta una specifica componente d'elaborazione del segnale che contribuisce al funzionamento del sistema complessivo. Le frecce rappresentano le vie di flusso delle informazioni o di comunicazione tra elementi. Un'anomalia neurologica può provocare danni ad una parte e deteriorare l'elaborazione o interferire con il flusso delle informazioni fra due funzioni.

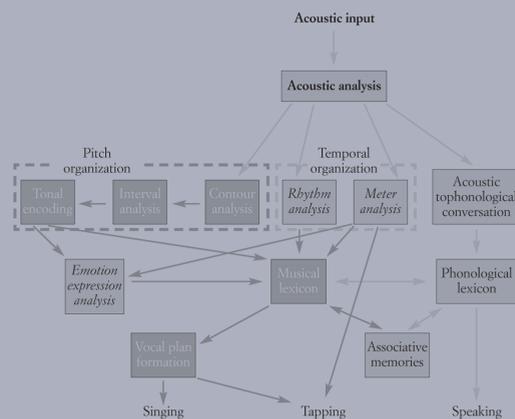


Figura 1. Modello modulare per l'elaborazione degli eventi acustici (tratto da Peretz e Coltheart 2003).

Un modulo può essere composto da sotto sistemi più piccoli coordinati con i moduli. Ad esempio, il modulo del linguaggio comprende componenti inerenti alle caratteristiche fonetiche e lessicali. Un esempio di componenti specifiche della musica sono il lessico musicale (musical lexicon), la

formazione del piano vocale (vocal plan formation) e, per il modulo "pitch organization", la codifica tonale della frequenza (tonal encoding of pitch), l'analisi degli intervalli musicali (interval analysis) e del contorno melodico (contour analysis). Si tratta di elementi caratteristici dell'elaborazione dei segnali musicali, che non sono condivisi con altri moduli.

Per le tre componenti in corsivo - analisi del ritmo, analisi della metrica e analisi delle espressioni emotive - allo stato attuale non è stata definita l'attinenza con la musica e l'eventuale condivisione con altri moduli.

Nello specifico il modello di figura 1 riceve tutti i segnali acustici in ingresso (acoustic input) considerandoli una sorgente unica. Si attua una prima forma di analisi grossolana, anche su dati di altra natura oltre alla musica. In seguito il segnale arriva a tutti i moduli per l'analisi specifica: se si tratta di una canzone con testo linguistico, le componenti verbali sono processate dalle strutture deputate all'analisi del linguaggio e da quelle musicali. Non c'è una selezione e uno smistamento del segnale in base a caratteristiche intrinseche: tutte le informazioni contenute nel segnale sono inviate a tutti i moduli. L'attivazione dei moduli di analisi musicale o linguistica dipende dagli aspetti del segnale in ingresso e dalla sintonizzazione del modulo stesso piuttosto che da una richiesta di attivazione a monte. I moduli svolgono compiti specifici e rispondono alle sollecitazioni solo se sono deputati all'estrazione delle caratteristiche per le quali sono sollecitati. Ad esempio, la retina non risponde alle stimolazioni di onde sonore, così come la coclea non reagisce ai raggi luminosi.

I moduli musicali di ingresso sono organizzati parallelamente e hanno sottosistemi indipendenti riguardanti funzioni specifiche, come il contenuto relativo all'altezza (contorno melodico, funzioni tonali e successivamente gli intervalli dell'altezza) e il contenuto temporale (organizzazio-

■ **Altenmüller E. O.**
"How many music centres are in the brain?", in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*. Oxford: Oxford University Press (346-353), 2003.

■ **Bamberger J.**
The mind behind the musical era: how children develop musical intelligence. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.

■ **Bangert M. W., Parlitz D., Altenmüller E.**
Neuronal correlates of the pianists' "inner ear". International Conference on Musical Imagery, Oslo Norway, 1999.

■ **Biasutti M.**
Psicopedagogia della musica, Cleup, Padova, 2003.

■ **Brust J. C. M.**
"Music and the neurologist: a historical perspective", in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (181-191), Oxford, 2003.

■ **Deutsch D.**
The psychology of music, Academic Press, New York, 1999.

■ **Elbert T., Pantev C., Wienbruch C., Rockstrub B. Taub E.**
Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players, *Science*, 270, 305-307, 1995.

■ **Flohr J. W., Hodges D. A.**
"The neurobiology of music cognition and learning", in R. Colwell, C. Richardson (a cura di), *The new handbook of research on music teaching and learning*, Oxford University Press (445-460), Oxford, 2002.

- Fodor J. A.
The Modularity of Mind.
Cambridge, MA: MIT press
(Trad. it. 1998, *La mente
modulare. Saggio di
psicologia delle facoltà*, Il
Mulino, Bologna, 1983).
- Fodor J. A.
*The Mind Doesn't Work That
Way*. Cambridge, MA: MIT
press (Trad. it. 2001, *La mente
non funziona così. La portata
e i limiti della psicologia
computazionale*. Roma-Bari:
Laterza), 2001.
- Gardner H.
*Frames of mind: the theory
of multiple intelligences*,
Basic Books, New York, 1985.
- Gardner H.
*Intelligence reframed:
Multiple intelligences for the
twenty-first century*, Basic
Books, New York, 1999.
- Griffiths T. D.
"The neural processing of
complex sounds", in R. J.
Zatorre, e I. Peretz, (a cura di),
*The biological foundations of
music*, *Annals of the New
York Academy of Sciences*,
volume 930: 133-142; New
York Academy of Sciences,
New York, 2001.
- Griffiths T. D.
"The neural processing of
complex sounds", in I. Peretz,
R. J. Zatorre (a cura di), *The
cognitive neuroscience of
music*. Oxford University Press,
Oxford, 2003.
- Gruhn W, Rauscher F.
"Music and neuroscience", in
R. Colwell, C. Richardson (a
cura di), *The new handbook
of research on music
teaching and learning*,
Oxford University Press (991-
1008), Oxford, 2002.

ne metrica e struttura ritmica). L'analisi ritmica riguarda la segmentazione di sequenze in gruppi temporali sulla base della durata, senza tenere conto della periodicità, mentre l'analisi metrica estrae gli elementi in base alla regolarità temporale tenendo conto dei tempi forti e deboli. I moduli di analisi melodica e temporale inviano i loro risultati alle componenti di analisi del lessico musicale (musical lexicon) e di analisi di espressione delle emozioni (emotion expression analysis). Il lessico musicale consente di confrontare il materiale in ingresso con una banca dati contenente tutte le melodie conosciute dalla persona. Il segnale in uscita dipende dal compito richiesto: se si tratta di cantare una canzone, la linea melodica è associata alle parole e indirizzata in una via idonea alla produzione vocale (vocal plan formation). Se si tratta invece di altri compiti, come pronunciare il titolo del brano, è necessario cercare i dati in memoria attraverso il blocco "associative memories".

Le componenti di espressione emotiva (emotion expression analysis) sono analizzate parallelamente e in maniera indipendente rispetto ai processi di memoria. Si tratta di processi che consentono di provare emozione dall'ascolto della musica in base a specifiche caratteristiche musicali come il modo (maggiore o minore) o la velocità del brano (lenta o veloce) fornite dalle analisi della melodia e del tempo. A questo livello non è ancora chiaro se l'analisi delle espressioni emotive riguarda più processi o è specifica della musica. In definitiva, anche se spiega solo una parte dei processi che si attivano con l'ascolto della musica, il modello evidenziato da Peretz e Coltheart (2003) è interessante perché descrive un'architettura funzionale e le diverse componenti, specificando le vie di flusso delle informazioni tra i moduli. Si tratta di un approccio diverso rispetto ai modelli cognitivi tradizionali, poiché vi è il tentativo di dare conto di ciò che avviene anche in termini neurofisiologici, considerando la struttura

e le funzioni di singole parti del cervello. Rimangono da chiarire il coordinamento e la gerarchia tra i processi e i sistemi e se effettivamente si può parlare di due sistemi distinti per l'elaborazione degli stimoli acustici (uno per il linguaggio e uno per la musica) o se esistono condizioni nelle singole funzioni tra moduli con la possibilità di attivazione di meccanismi di transfer.

Implicazioni per l'educazione

Come nota riassuntiva può essere di rilievo evidenziare alcuni elementi significativi emersi dalle ricerche. In base all'analisi della letteratura presentata precedentemente, si possono trarre alcune implicazioni per l'educazione.

Diversi studiosi hanno evidenziato che le capacità di percepire la musica sono presenti negli esseri umani in età molto precoce, rendendo possibile i riconoscimenti anche difficili del segnale, come l'identificazione della voce materna o la discriminazione di ritmi. I bambini operano un ascolto selettivo degli eventi sonori, soffermandosi solo su alcuni elementi ritenuti importanti. Si tratta di meccanismi congruenti con le caratteristiche del sistema percettivo, che seleziona gli elementi più significativi per dare spiegazioni e rappresentazioni della realtà circostante. L'età evolutiva è fondamentale per lo sviluppo del cervello, che in questa fascia d'età è molto duttile.

In base all'analisi della letteratura Gruhn e Rauscher (2002) evidenziano delle relazioni dirette tra sviluppo del cervello e apprendimento: un ambiente ricco di stimolazioni può modificare la struttura fisiologica e operativa del cervello, producendo cambiamenti dello spessore corticale, delle dimensioni del corpo delle cellule, della grandezza delle aree di contatto sinaptico, un aumento delle spine dei dendriti, un incremento del numero delle sinapsi per neurone, dello spessore del corpo calloso, dei neuroni dell'ippocampo e della grandezza del planum temporale sinistro. Utilizzando le tecniche di visualizzazione del

■ Langner G.

"Neuronal periodicity coding and pitch effects", in P. W. Poon, J. F. Brugge (a cura di), *Central auditory processing and neural modeling*, Plenum (31-41), New York, 1998.

■ Liégeois-Chauvel C., Giraud K., Badier J. M., Marquis P., Chauvel P.

"Intercerebral evoked potentials in pitch perception reveal a functional asymmetry of human auditory cortex" in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (152-167), Oxford, 2003.

■ Pantev C., Engelien A., Candia V., Elbert T.

"Representational cortex in musicians", in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (382-395), Oxford, 2003.

■ Pantev C., Oostenveld R., Engellien A., Ross B., Roberts L. E., Hoke M.

Increased auditory cortical representation in musicians, *Nature*, 392, 811-814, 1998.

■ Parson L. M.

"Exploring the functional neuroanatomy of music performance", in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (247-268), Oxford, 2003.

■ Pascual-Leone A., Dand N., Cohen L., Braskil-Neto J., Cammarota A., Hallett M.

Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of fine motor skills, *Journal of Neurophysiology*, 74 (3), 1037-1045, 1995.

■ Patel A. D.

"A new approach to the cognitive neuroscience of melody", in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (325-345), Oxford, 2003.

■ Peretz I.

(1990), Processing of local and global musical information by unilateral brain damaged patients, *Brain*, 113, 1185-1205.

■ Peretz I., Coltheart M.

(2003) Modularity of music processing, *Nature Neuroscience*, 6, 688-691.

■ Rauscherker J. P.

(2003), "Functional organization and plasticity of auditory cortex", in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (357-365), Oxford.

■ Serafine M. L.

Music as cognition, Columbia University Press, New York, 1985.

■ Sloboda J. A.

The musical mind. The cognitive psychology of music, Oxford University Press, Oxford. (Trad. it. 1988, *La mente musicale. Psicologia cognitivista della musica*, Il Mulino, Bologna, 1985).

■ Zatorre R. J.

(2003), "Neural specializations for tonal processing". in I. Peretz, R. J. Zatorre (a cura di), *The cognitive neuroscience of music*, Oxford University Press (231-246), Oxford.

cervello, diverse ricerche hanno documentato questi cambiamenti, così come differenze tra musicisti e non musicisti. Il cervello è scolpito dalle esperienze musicali: le molteplici stimolazioni provocano l'attivazione dei sistemi neurali con percorsi originali, determinando una variabilità nella struttura del cervello. Le abilità musicali sono sviluppate in base ai diversi stimoli provenienti dall'ambiente e all'istruzione formale. Tali elementi hanno un'alta variabilità interna nelle modalità di attivazione dei percorsi e delle reti di interconnessione neuronale: ogni persona ha un proprio modo di ragionare e di interpretare la realtà che corrisponde ad un profilo individuale di intelligenza.

Altenmüller (2003) ritiene che esista una notevole variabilità interpersonale: quando si cerca di isolare moduli di elaborazione, ad esempio per il contorno melodico, la varianza nei substrati interessati è enorme. L'attivazione corticale durante l'elaborazione del segnale musicale genera l'apprendimento biografico uditivo, che consiste nelle esperienze sonore accumulate nel tempo.

Rauscherker (2003) evidenzia la plasticità del cervello e la sua capacità di auto organizzarsi in relazione agli stimoli musicali, determinando strutture flessibili con una capacità adattiva di riorganizzazione e di modificazione dell'architettura funzionale durante tutta la vita.

Anche la pratica strumentale ha una notevole importanza sviluppando specifiche zone motorie che sono più rilevanti se lo studio dello strumento è iniziato precocemente. Esistono anche delle differenze nella grandezza tra zone motorie in relazione allo strumento suonato e alla manualità ad esso collegata. Lo studio cambia la struttura del sistema nervoso ampliando il volume, ma più grande non è necessariamente meglio: i cambiamenti generati dall'apprendimento della musica sono specifici e coinvolgono determinati processi. Tale sviluppo può essere anche settoriale e determinarsi a spese di altre funzioni.

Riguardo alla specializzazione emisferica nell'elaborazione delle informazioni musicali, diversi studi hanno evidenziato l'influenza dell'educazione musicale sulla lateralizzazione del cervello, rilevando che ogni processo non riguarda esclusivamente un emisfero, ma coinvolge a vari livelli ambedue gli emisferi con una specializzazione asimmetrica, riguardo ai fattori e ai processi attivati.

Secondo Brust (2003) l'elaborazione del segnale musicale è multimodale e distribuita in entrambi gli emisferi, in accordo con i dati forniti dalle ricerche sulle malattie neurologiche.

In conclusione, la musica coinvolge differenti livelli di codifica delle conoscenze, attivando un'elaborazione complessa delle informazioni, nella quale vi è un'interazione tra aree cerebrali. La cognizione musicale è stata poi considerata negli aspetti modulari, che potrebbero avere un corrispettivo a livello neurologico. Secondo una prospettiva neurofisiologica, l'apprendimento potrebbe essere inteso come un movimento da un tipo di rappresentazione corticale ad un altro, con il coinvolgimento di differenti strati subcorticali e la trasformazione delle modalità di analisi del segnale da un livello corticale ad uno integrato tra livello corticale e subcorticale. Secondo Bamberger (1991) la qualità del pensiero musicale dipende dalla capacità di stabilire reti e connessioni sempre più complesse e articolate che coinvolgono molteplici livelli.

* Tratto da Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Zatorre R. J.
(2005), Music, the food of neuroscience?, *Nature*, 434, 312-315.

■ Zatorre R. J., Belin P., Penhune V.B.
(2002), Structure and function of auditory cortex: music and speech, *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 37-46

Interazione, relazione e storia: ragionamenti di musicoterapia e supervisione

This study deals with a series of considerations about the communication process in music therapy focussing on dyadic musical interaction and its historical development. The music therapist-patients dyad is observed as a musical communication system in constant evolution. Author refers to the theoretical model proposed by Alan Fogel where the communication is conceived as a dynamic relational system and reflect upon the influence of relational and historical concepts in music therapy perspective. The purpose of this work represents a contribution to the musical studies of relational communicative process in music therapy.

**Lo studio
dei fenomeni
e dei sistemi
comunicativi
ha da sempre
interessato
i ricercatori
d'ogni campo
e settore.
Alcuni di questi
temi, oggetto
di una ricerca,
mi hanno aperto
una nuova
prospettiva
del processo
di musicoterapia**

Lo studio dei fenomeni e dei sistemi comunicativi ha da sempre interessato i ricercatori d'ogni campo e settore. Alcuni di questi temi, oggetto di una ricerca (Albano, Artale, Berdondini, 2002; Grassilli, 2003; Bonfiglioli, 2006), mi hanno aperto una nuova prospettiva del processo di musicoterapia. È mia intenzione presentare, in quest'occasione, alcune considerazioni maturate negli ultimi anni da tale esperienza.

Con l'intenzione di preparare uno strumento d'osservazione utile a studiare l'interazione in musicoterapia, nelle prime esperienze d'analisi di gruppo di sedute individuali non riuscivamo a restituire una descrizione del processo di comunicazione sonora o musicale in termini relazionali che soddisfacesse le nostre istanze. Le difficoltà riscontrate portarono lentamente il gruppo a sciogliersi e, nel proseguire la ricerca di un dispositivo che mi aiutasse a raggiungere tale scopo, l'attenzione restava rivolta a quanto pubblicato nel campo della psicologia dello sviluppo. Cercavo chiarimenti tra gli studi dedicati alla descrizione dei processi alla base dell'interazione madre-bambino e, in particolare, nel periodo pre-verbale dello sviluppo infantile. Le relative ricerche sull'interazione, infatti, oltre a descrivere l'origine

Il modo in cui avevo affrontato l'analisi delle sedute era frutto di una concezione dualista

delle capacità relazionali, fornivano importanti indicazioni sui modelli di comunicazione non verbale che continuano ad operare, in modo simile, durante

l'arco dell'esistenza e, dal punto di vista della musicoterapia, tutto questo era interessante per le evidenti analogie tra la descrizione della comunicazione pre-verbale e quella musicale (Stern, 1985) e per le implicazioni tra prima comunicazione infantile e musicalità (Trevarthen, 1999-2000).

Avevo studiato con Gino Stefani la competenza musicale (1991) e le sue implicazioni nell'essere in relazione, approfondito la musicoterapia prevalentemente con Pierluigi Postacchini e Mauro Scardovelli (Albano, 1994-'95) ed ero storicamente influenzato dalle considerazioni di questi ultimi che, se pur con diversi approcci, integravano le scoperte provenienti dall'infant research agli studi sulla musicoterapia.

Postacchini, nel delineare la sua concezione della musicoterapia, riconosceva nei fenomeni descritti da Stern come "sintonizzazioni" (1985), un ruolo importante nella formulazione del progetto di lavoro sull'handicap. "La sintonizzazione consiste nell'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso senza, tuttavia, imitarne l'esatta espressione comportamentale" (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 1997). Gli Autori concepivano il lavoro sulle sintonizzazioni, all'interno di un complesso impianto di riferimenti, come una tecnica attraverso la quale favorire, per mezzo del parametro sonoro-musicale, lo sviluppo di un sé sufficientemente integrato.

Scardovelli (1988), fin dalle prime elaborazioni del Dialogo sonoro, considerava fondamentale l'approccio interattivo-cognitivista alle prime fasi dello sviluppo infantile (Schaffer, 1977). "Allora fu come una rivelazione", affermava in un artico-

lo, "molte domande, molti dubbi finalmente trovavano una risposta plausibile e convincente. Si comprendeva, finalmente, perché un certo modo di lavorare

con i bambini poteva funzionare, e perché altre modalità erano destinate al fallimento. La cosa sorprendente è che tale approccio, nato in un contesto di osservazione naturale del comportamento interattivo madre-bambino, potesse adattarsi così bene a descrivere una situazione abbastanza diversa, e cioè la particolare interazione tra musicoterapeuta e bambino che avveniva in seduta, attraverso l'utilizzo dei suoni e della musica".

L'elaborazione dei progetti formativi di entrambi, al di là delle molteplici differenze, lasciava emergere un comune lavoro sulle sintonizzazioni. Questi modi di vedere si focalizzavano sull'aspetto emotivo della comunicazione intersoggettiva e sui parametri sonoro-musicali, tuttavia la sintonizzazione era concepita come un'azione individuale che si potrebbe esemplificare con quest'atteggiamento: il musicoterapeuta si sintonizza. Emergeva così un'attenzione unilaterale attribuita al processo di sintonizzazione.

Successivamente, grazie alla lettura di un articolo di Alan Fogel (2000), mi accorsi che il modo in cui avevo affrontato l'analisi delle sedute era frutto di una concezione dualista della comunicazione sonoro-musicale e che tale visione cortocircuitava con le spiegazioni in termini relazionali. Negli studi sull'interazione in musicoterapia accennati precedentemente, infatti, la dimensione relazionale veniva in realtà scomposta, durante l'analisi, in processi individuali, spostando l'attenzione dall'unità relazionale. Inizavo ad avere nuove domande che non ero riuscito a risolvere in quel gruppo di lavoro e che negli anni della mia formazione non avevo ancora maturato.

Dopo la condivisione di questi dubbi con un gruppo di studenti e valutate le perplessità emerse nel corso di una lezione, si fece strada l'idea di iniziare un nuovo studio fondato sulle ipotesi avanzate da Fogel applicate in musicoterapia. Inoltre, avevo cominciato da pochi anni a supervisionare i tirocini degli studenti di musicoterapia e avvertivo un'ulteriore motivazione per la definizione di uno strumento coerente alle ipotesi relazionali, che sostenesse il lavoro d'osservazione e d'elaborazione dei materiali audiovisivi portati dagli allievi.

Tornando ora all'Autore, Fogel (1993), questi partiva dalle osservazioni delle interazioni madre-bambino e utilizzava il termine comunicazione co-regolata per indicare un "continuo dischiudersi dell'azione individuale che è suscettibile di essere continuamente modificata dalle azioni, in continuo mutamento del partner. Una caratteristica della comunicazione co-regolata era l'emergere di azioni congiunte e innovative" (Fogel, 2000). Così, mentre nei modelli a stati discreti l'informazione era scambiata tra gli individui, nei modelli di comunicazione a processo continuo il comportamento individuale era considerato fondamentalmente relazionale e assumeva la sua forma caratteristica grazie al coinvolgimento con gli altri: l'azione individuale era il risultato del processo di comunicazione. Le parole scorrevano in rapporto a immagini di sedute di musicoterapia, in modo particolare se richiamavo alla mente episodi di improvvisazione musicale clinica.

Coerentemente a quanto esposto, Fogel aveva creato un sistema di decodifica in tempo reale della relazione madre-bambino per studiarne l'interazione. L'articolo conteneva la descrizione di una serie di categorie che individuavano forme di processi comunicativi qualitativamente differenti: da periodi di comunicazione co-regolata caratterizzati dalla creazione dell'azione reciproca e innovativa a una mancanza di comunicazione osservabile tra i partner. Le categorie indicate dal

Relational Coding System erano chiamate *simmetrica*, *asimmetrica*, *unilaterale*, *non coinvolta*, *interrotta*. L'applicazione del sistema di Alan Fogel ad alcune sessioni di musicoterapia avrebbe permesso, così, di studiare la comunicazione sonoro-musicale musicoterapista-paziente in una prospettiva relazionale.

Avevo già avuto modo di considerare che, nel suonare insieme, le azioni si combinavano tra loro in modo tale da rendere quasi impossibile distinguere le mosse individuali o i turni. Le categorie potevano permettere di identificare determinate interazioni sonoro-musicali per alcuni periodi come, ad esempio, nel caso d'improvvisazioni cliniche, in cui le azioni sonoro-musicali di ogni partner di musicoterapia influenzavano quelle dell'altro, facendo emergere azioni sonoro-musicali continuamente coordinate e costituite da contributi e iniziative creative reciproche. Questa forma d'interazione musicale della diade poteva rientrare in quella che Fogel definiva categoria simmetrica.

Prima di continuare i ragionamenti, intorno a quanto appena esposto, desidero aggiungere che l'uso di termini come *simmetrica* e *asimmetrica*, che troveremo d'ora in poi, non sono riferiti a quella fisiologica differenza di funzioni che caratterizza ogni relazione terapeutica, ma alla qualità della comunicazione sonoro-musicale: esprime l'aspetto di co-regolazione comunicativa. Lo schema comunicativo musicale è tenuto reciprocamente nel tempo: la decisione di quale partner conduce o prende l'iniziativa nella comunicazione, indice tradizionale della partecipazione o del ruolo del partner, fa parte di un costrutto individuale, o a stati discreti. Se si considera, quindi, la comunicazione sonoro-musicale come un flusso continuo di reciproci aggiustamenti di azioni, è teoricamente inattuabile attribuire ad un solo partner l'iniziativa comunicativa.

Questo quindi chiarisce la possibile coesistenza di

una qualità *asimmetrica* all'interno di una cornice terapeutica, stabilita da differenze di ruolo, responsabilità e modalità di coinvolgimento, assieme ad un'altra *simmetrica* e paritaria (Liotti 1994, Albano 1994-'95) della comunicazione definita tale dalla continua coordinazione e dai contributi e dalle iniziative creative reciproche dei partner. Queste note, inoltre, trovano supporto in quelle fatte da Daniel J. Siegel (1999) a proposito dei concetti di allineamento e risonanza nei processi di sintonizzazione affettiva.

Riprendendo il filo del discorso, lasciato a proposito delle categorie d'interazione, la *forma interattiva simmetrica di tipo sonoro-musicale* della diade si definisce come una forma di comunicazione co-regolata in quanto "consiste nella partecipazione attiva e continua di entrambi i partner ed è caratterizzata da reciproca creatività e da schemi di azione congiunta" (Fogel, 2000). Tale forma comunicativa si riscontra durante un'improvvisazione sonora o musicale, nell'elaborazione di una canzone o di un brano musicale quando, ad esempio in quest'ultimo caso, i componenti suonano insieme, all'unisono, ripetendo diverse volte le note della melodia; musicoterapista e paziente sono coordinati, si aggiustano reciprocamente sui profili temporali, energetici, melodici, timbrici, sostenendosi con comportamenti di tipo spaziale (avvicinarsi, toccarsi), cinesico (cenni del capo, movimenti del busto, indicare con le mani), con espressioni del volto (sguardi, sorrisi), con brevi commenti vocali e innovando, nel corso del flusso d'azioni, l'andamento dinamico, timbrico, della velocità, l'atmosfera emotiva del brano, eccetera.

Emerge in questo modo la qualità fondamentale creativa della comunicazione sonora o musicale in musicoterapia che ben dispone tale intervento terapeutico all'interno delle terapie relazionali e creative, in cui la capacità innovativa diviene una proprietà della comunicazione sonoro-musicale utile a rendere più vitale il sistema musicale diadico. Mi collego a quest'ultimo con-

cetto per dire che per sistema musicale diadico, intendo l'identità sonora (Benenzon, 1981) di una determinata diade. Così come s'ipotizza la composizione di un'identità sonora gruppale, come unità complessa, allo stesso modo si può pensare alla costituzione di un'identità sonora diadica. Questo presupposto può aggiungersi a quanto già conosciuto circa i principi ISO descritti da Benenzon (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 1997).

Un'altra forma di comunicazione co-regolata trattata è quell'*asimmetrica*. *Nella configurazione interattiva asimmetrica di tipo sonoro-musicale*, soltanto un partner è musicalmente in azione, mentre l'altro resta in ascolto, non interviene, mostra interesse e attenzione compartecipata all'avvenimento tanto da influenzare positivamente la variazione, l'espressione o l'elaborazione del tema sonoro-musicale del primo, ma l'innovazione non è più creata reciprocamente. Questa forma si verifica durante una seduta quando la coppia è assorbita in un determinato lavoro e un solo partner innova la comunicazione musicale. Mi viene in mente la descrizione di una sessione di musicoterapia durante la quale, ad un tratto, mentre musicoterapista e paziente parlano della canzone 'se telefonando', e della cantante italiana Mina (forma d'interazione simmetrica), la paziente cerca di ricostruire alla chitarra la sequenza armonica del brano aiutandosi con il canto. Mentre suona alla ricerca degli accordi, di tanto in tanto, alza la testa dal manico, guarda e sorride al musicoterapista per poi continuare la ricerca. In questo tempo, il musicoterapista attento alla sua esplorazione, le rivolge lo sguardo con attenzione e ascolta con interesse senza intervenire.

È interessante, a riguardo, quanto rilevato da Vitali (2004) a proposito dell'improvvisazione musicale libera nella citazione del chitarrista, recentemente scomparso, Derek Bailey (1988) il quale afferma che "l'effetto dell'approvazione o disapprovazione da parte del pubblico è imme-

diato; e poiché il creatore di musica lo subisce nel momento cruciale della produzione, il pubblico finisce per condizionare non solo l'esecuzione ma anche la scelta del materiale da impiegare". Vitali conferma l'idea che il ruolo di ascoltatore, anche se non interviene direttamente nella produzione, è in qualche modo quello di co-autore in un'improvvisazione musicale.

Nell'esempio di forma interattiva *asimmetrica* riportato, il musicoterapista è in una posizione d'ascolto mentre la paziente è il principale elaboratore dell'azione musicale, ma sono descrivibili anche situazioni dove accade diversamente. Le posizioni sono intercambiabili, questo può accadere anche nei momenti di comunicazione sonoro o musicale *simmetrica* dove il musicoterapista o il paziente è generatore di azioni musicali più innovative nel processo comunicativo mentre l'altro interviene musicalmente andando dietro le azioni musicali del primo.

Si è anticipato che il sistema di decodifica relazionale individua insiemi di azioni aggregate secondo diverse caratteristiche del processo comunicativo, a partire da periodi di comunicazione co-regolata, caratterizzati dalla creazione dell'azione reciproca e innovativa, fino ad arrivare ad una mancanza di comunicazione osservabile tra i partner. Proseguendo in questa direzione, quindi, la *configurazione interattiva unilaterale di tipo sonoro-musicale* si differenzia dalle altre per una mancanza di reciproca coordinazione e innovazione, e per non avere in comune un'attività sonoro-musicale cosa che riguarda invece l'*asimmetrica*: la comunicazione non è più co-regolata. Uno dei due componenti è, infatti, impegnato nell'elaborazione di materiale sonoro o musicale ma non è influenzato, né infastidito, dalla presenza dell'altro che può cercare di intervenire musicalmente oppure ascoltare cercando di partecipare mentre il primo continua, imperturbato, nella sua produzione musicale. Un esempio di questa forma comunicativa può esse-

re quello in cui un musicoterapista, mentre il paziente è impegnato a eseguire scale ascendenti e discendenti allo xilofono, interviene intonando frasi inerenti all'attività dell'altro, oppure ascolta con attenzione le sue evoluzioni, senza che queste modalità, però, comportino conseguenti azioni musicali, spaziali, cinesiche, o un sollecitato contatto visivo, una reciproca coordinazione, attenzione, un'attività condivisa da parte dell'altro.

La quarta forma d'interazione diadica di tipo sonoro-musicale è definita non coinvolta e delimita periodi in cui musicoterapista e paziente sono impegnati in innovazioni musicali ma, a differenza della simmetrica, ciascuno dei due suona indipendentemente da quello che produce l'altro. L'attenzione di ciascun componente è completamente rivolta verso l'articolazione della propria produzione sonora o musicale e quindi c'è innovazione esclusiva e non c'è coordinazione. Anche in questo caso nessuno dei due sembra infastidito o preoccupato dalla presenza o dalla produzione dell'altro. Per esemplificare questa figurazione comunicativa aiuta pensare a quei momenti in cui paziente e musicoterapista sono impegnati rispettivamente a preparare qualcosa da suonare insieme: uno si sta esercitando alla tastiera mentre l'altro accorda la chitarra. Fra i due non c'è coordinazione musicale, innovazione reciproca o attenzione condivisa ma esiste e resta aperta, reciprocamente, l'opportunità di partecipare. *La quinta configurazione prevede una rottura della comunicazione* e quest'ultima perde quel carattere consensuale che caratterizza tutte le altre morfologie descritte fin ora. In questi frammenti il tentativo del musicoterapista o del paziente di stabilire un'innovazione reciproca interrompe il flusso d'azioni, effettuando una forzatura sull'altro che manifesta contrarietà, disagio, si allontana, si chiude, esce. Un esempio può essere descritto in questo modo: un musicoterapista, mentre il paziente sta ripetendo un ostinato rit-

mico al pianoforte, vuole suonare e contemporaneamente tenere un contatto visivo con quest'ultimo che, impassibile, continua nella sua azione musicale (forma interattiva sonoro musicale unilaterale). A questo punto il musicoterapista interviene più energicamente, spingendosi con la testa tra il paziente e la tastiera del pianoforte, con l'intenzione di fare, insieme, qualcosa di nuovo, e il paziente si chiude ritraendosi dal piano, con le braccia intrecciate, in silenzio, girando la testa dall'altra parte. In questo caso è possibile parlare della categoria interruzione.

Va specificato, comunque, che una momentanea dirompenza, inevitabile nell'ambito di una relazione terapeutica, può creare una tensione che "porta alla negoziazione creativa di nuove forme di comunicazione. I problemi comunicativi emergono quando le rotture non sono riparate prontamente" (Fogel, 2000) allora possono instaurarsi stati negativi di vergogna e umiliazione che diventano seri ostacoli alla comunicazione interpersonale (Siegel, 1999).

Ciascuna delle configurazioni diadiche descritte n'esclude vicendevolmente un'altra di diverso tipo. Ogni forma è caratterizzata da aggregazioni reciproche qualitativamente identificabili in un dato periodo di tempo dall'opportunità di partecipare, dalla forma della partecipazione, dalla co-regolazione dei partner, dal tipo d'innovazione, dalla consensualità. Si mette in risalto, inoltre, che le aggregazioni descritte sono da considerarsi comunque forme della comunicazione musicale perché non posseggono aspetti di contenuto. Ciascuna di queste figure può inoltre essere precisata secondo la maggior attinenza dell'innovazione nel campo verbale, non verbale, motorio o musicale.

Fogel (2000) definisce la sua trattazione all'interno di un approccio storico-relazionale fornendo l'opportunità di pensare e riflettere sullo sviluppo di questi concetti in musicoterapia. Attraverso la dimensione storica è possibile, difatti, descrivere

l'aspetto temporale ovvero la dimensione diacronica, cogliendo i cambiamenti nel tempo dei processi comunicativi. Questo si riferisce al fatto che, se le innovazioni sono definite come azioni che distinguono il passato dal presente, non è possibile cogliere l'evoluzione del processo comunicativo se non attraverso un'ottica longitudinale che renda conto dell'unicità di ciascuna musicoterapia. Il risvolto relazionale mostra, invece, i nessi interattivi osservati indipendentemente dalla loro evoluzione storica.

Quanto finora affermato è attinente ai modelli concettuali che si fondano sui principi dei sistemi dinamici non lineari. "Questo tipo di approccio è stato utilizzato per tutta una serie di sistemi, inanimati e viventi, nel tentativo di comprendere la natura, spesso imprevedibile, ma autoorganizzantesi delle loro diverse componenti" (Siegel, 1999). Un sistema è "un insieme di unità interagenti che sono in relazione tra loro. Lo stato di ciascun'unità è vincolato, coordinato o dipendente dallo stato delle altre unità" (Miller, Galanter, Pribram, 1960).

L'aspetto Dinamico riguarda il cambiamento, che avviene nel tempo e nello spazio, delle proprietà, dei comportamenti, delle interrelazioni di un sistema (Guastello, 1997).

La non-linearità è, invece, universalmente definita come la non proporzionalità tra causa ed effetto, cioè tra la variazione introdotta in un sistema ed il cambiamento indotto nel sistema: un piccolo evento può avere un impatto imprevedibile su di un sistema.

Quindi il processo di comunicazione musicoterapeuta-paziente è osservato come *Sistema* in quanto le azioni tra i partner sono in continua interazione: ciascuno è considerato contemporaneamente come emittente e ricevente durante la comunicazione; *Dinamico* perché le co-azioni musicoterapista-paziente cambiano nell'arco di tempo di una seduta e del loro susseguirsi, definendo, in questo modo, la musicoterapia come un processo storico;

Sociale poiché si riferisce a fenomeni che costituiscono la comunicazione tra persone.

Relativamente al completamento di quanto detto sulla natura del processo di autoorganizzazione ci soffermeremo, invece, più avanti.

È possibile, a questo punto, integrare una distinzione di senso tra interazione e relazione. Attribuendo alla prima la qualità specifica di fenomeno temporaneo e all'altra quella di continuità nel tempo (Schaffer, 1996), facendo divenire la relazione qualcosa di più della somma di una serie di comunicazioni, si può operare una distinzione tra lo studio delle interazioni sonore o musicali da quello delle relazioni con la stessa caratteristica.

Osservando l'interazione come fenomeno temporaneo, il materiale musicale su cui lavoriamo è collocato in determinate forme d'interazione diadica, i cui nessi sincronici possono essere studiati indipendentemente dalla loro evoluzione storica. Quanto appena descritto a proposito dell'interazione coincide in parte con il risvolto relazionale e in parte con la definizione di sistema.

Considerando la relazione come fenomeno di continuità nel tempo, il materiale musicale su cui lavoriamo è situato su un diverso asse temporale del sistema di comunicazione sonoro-musicale i cui nessi diacronici sono elaborati a partire dal susseguirsi delle comunicazioni sonoro-musicali e subordinatamente alla loro evoluzione. In quest'altro caso, la relazione coincide in parte con l'aspetto storico e quello dinamico.

Si avverte quindi la necessità di delineare un confine più chiaro nell'utilizzare termini come interazione, relazione, storia.

A partire dalle categorie, le diverse forme d'interazione musicale diadica sono state descritte come fenomeni temporanei che hanno peculiari aggregazioni sonoro-musicali i cui nessi sincronici possono essere studiati indipendentemente dall'evoluzione storica, in quanto processi d'organizzazione delle co-azioni.

Non si è fatta la stessa operazione a proposito di quelle forme di aggregazioni sonoro-musicali, presenti nella musicoterapia, che svolgono una funzione di continuità nei diversi tempi d'interazione, gerarchicamente diverse, denominate frames (Fogel, 1993). La differenza fra queste forme è pertinente nel chiarire l'utilizzo specifico dei termini interazione e relazione e in un secondo momento quello di storia.

Ad esempio la struttura armonica di un blues può diventare un tema coerente, intendendo per coerente la funzione attivata e collegata nel tempo dal suo schema, sul quale possono seguirsi diverse condotte d'interazione, fenomeni temporanei più veloci, e avvenire innovazioni nei domini cinesici, spaziali, mimici, musicali, come nel caso di incrementi nei profili energetici, di accelerandi, di messe in evidenza timbriche, vocali o strumentali.

Durante una seduta, si è rilevato che quel particolare schema, composto di dodici battute distribuite in tre frasi melodiche, di quattro battute ciascuna e basato su un giro armonico fondato sulla prima, quarta e quinta nota della scala, intonato dal musicoterapista (A) con l'accompagnamento della chitarra, cattura l'attenzione del paziente (B) che fino a quel momento è stato ad occhi chiusi, in silenzio, immobile, seduto su una sedia, col busto piegato in avanti e i gomiti sulle cosce, nell'angolo della stanza. Infatti mentre A continua a suonare, B apre gli occhi e, una volta sollevato il busto, guarda con attenzione la chitarra e sorride. Durante il quarto giro armonico A guarda B e sorride, poi inizia a battere il piede, B ricambia lo sguardo. Al quinto giro B si alza, si avvicina ad A e inizia ad oscillare, portando il peso della testa a destra e sinistra, seguendo la pulsazione del blues, suonato da A.

Il blues diviene, così, nella comunicazione musicoterapista-paziente, uno schema semistabile, con continuità nel tempo, che prende vita da un processo di autoorganizzazione del sistema musi-

cale diadico e che influenza i processi d'interazione emergenti, più veloci e innovativi. Si tratta quindi di uno sfondo comune che collega nel tempo il susseguirsi delle comunicazioni sonoro-musicali, processi emergenti più veloci e innovativi, che scorrono nel corso della sua esecuzione. Il frame dispone, in questo modo, i nessi diacronici vincolando il susseguirsi delle comunicazioni subordinatamente alla sua evoluzione. I frames sonoro-musicali, quindi, consistono in determinati materiali che si formano dal processo di autoorganizzazione del sistema musicale diadico musicoterapista-paziente, e sono in grado di strutturare le condotte di interazione, limitando e caratterizzando la gamma delle co-azioni dei partner in corso, per determinati periodi: prendono forma dal caos per portare equilibrio dinamico nella comunicazione musicale diadica. Questi motivi, che in determinate condizioni ambientali e contesti diventano semistabili, possono essere definiti attrattori, concetto di derivazione matematica. Quindi i frames sonoro-musicali, detto in altre parole, sono degli stati attrattori (Siegel, 1999) creati dall'insieme delle azioni delle singole musicalità che compongono il sistema di comunicazione musicale dinamico musicoterapista-paziente che, in specifiche condizioni ambientali, diventano relativamente stabili. Quindi nel confronto con le forme di interazione diadiche, i frames sono qui descritti come forme di relazione in quanto fenomeni di collegamento nel tempo, che hanno funzioni di aggregazioni sonoro/musicali di ordine diverso, i cui nessi diacronici svolgono una funzione di coerenza in grado di organizzare, attraverso specifici vincoli restrittivi, le interazioni sonoro-musicali diadiche e le innovazioni che possono essere studiate subordinatamente alla loro evoluzione, nel movimento dal passato al presente.

Tornando al blues, si possono chiarire alcuni altri fattori che concorrono alla formazione dei frames sonoro-musicali. Il primo da notare è la consen-

sualità (Fogel, 1993). Il mantenimento del Frame 'Blues' implica una tendenza comune a tenere la comunicazione intorno a quel tema specifico. Se questa venisse a mancare il blues non sarebbe individuabile come frame. Un altro fattore deriva dalle connessioni cognitive, emotive, ambientali che hanno deposto a favore dell'assunzione del frame 'blues', come forma di relazione comunicativa, da parte della diade di musicoterapia favorendo il processo di autorganizzazione del sistema sociale dinamico intorno a quel tema specifico e non ad un altro.

Si è pensato, allora, di differenziare in questo modo lo studio delle interazioni come nessi sincronici in fenomeni temporanei, da quello delle relazioni sonoro-musicali, effettuato attraverso i frames, come nessi diacronici in fenomeni di continuità del tempo.

Si sono inoltre usate, secondo le circostanze, parole come nessi oppure connessioni. I due termini possono essere letti come sinonimi, in questo caso, invece, assumono toni differenti: con "nessi" si intende fare riferimento ai processi rilevabili nel collegamento di azioni sonoro-musicali; con "connessioni" (Siegel, 1999) le considerazioni si integrano degli aspetti mentali, con le sue componenti cognitive ed emotive, che tali co-azioni comportano. L'attenzione si sposta, quindi, dalla comunicazione musicale diadica alla più complessa e interpretativa valutazione dei collegamenti musicali tra menti.

L'applicazione degli argomenti trattati ai temi della supervisione, inoltre, ha dato l'opportunità di adottare, oltre che una specifica impostazione sullo studio del processo di musicoterapia, condotte differenti, dal punto di vista operativo, che si andranno qui di seguito a spiegare.

A partire dalla personale attività didattica, la supervisione in musicoterapia è prospettata come un processo d'apprendimento, realizzato tra un musicoterapista esperto e un allievo o un gruppo

di allievi, che ha come obiettivo lo sviluppo dell'arte della comunicazione terapeutica in un setting di musicoterapia, favorendo la considerazione delle implicazioni emotive durante il lavoro clinico. Per quanto concerne l'oggetto d'attenzione, tale pratica formativa si differenzia secondo le risorse materiali (si studiano video-documentazioni, protocolli di seduta, presentazioni orali, progetti), il contesto formativo (si svolge all'interno o all'esterno di un corso di formazione; può essere individuale o di gruppo), il ruolo clinico (si tratta di un'esperienza di tirocinio, di conduzione, di co-partecipazione, professionale), il contesto operativo (è ambientato in una casa di cura per anziani, in un centro di riabilitazione psichiatrica, in un ricovero per malati oncologici), la prospettiva temporale (si studia il processo attinente una serie di sedute piuttosto che quello proprio di una singola seduta).

Nei percorsi di supervisione effettuati all'interno delle scuole di formazione, ad esempio, è risultato opportuno conoscere come ciascuno studente partecipi ad un processo di musicoterapia. Le forme didattiche sono state, quindi, orientate ad elaborare i materiali provenienti da ciascuno di loro, da periodi di comunicazione determinati all'interno di una specifica seduta, in diversi contesti operativi, con diversi ruoli e risorse materiali. Nelle supervisioni, invece, esterne ai contesti formativi, composte di allievi, diplomandi o appena diplomati, o da musicoterapisti professionisti, il succedersi delle sedute in un processo di musicoterapia è divenuto l'oggetto di studio: la valutazione storica di questi aspetti si sono aggiunti agli altri elementi descritti. Questi fatti hanno permesso modalità di supervisione differenti, che ben si combinano con quanto finora descritto a proposito delle forme sonoro/musicali di interazione e relazione diadiche, e quindi dei frames, da una parte, e della loro evoluzione storica dall'altra.

Nel primo caso, quando l'unità d'osservazione della supervisione è di una sola seduta, gli

apprendimenti prendono spunto dallo studio dei nessi sincronici e diacronici attraverso interazioni e frames musicali che caratterizzano parti della seduta. Questo impianto di lavoro ha permesso di meglio valutare i seguenti aspetti: l'oggetto intermediario e l'oggetto integratore, laddove divengono un tema coerente che caratterizza per ampi periodi le condotte d'interazione diadica; le sintonizzazioni come specifici fenomeni di connessione sonoro/musicale sincronica in forme di interazione *simmetriche*; i livelli di organizzazione dei parametri musicali nelle interazioni; il carattere emotivo del frame; la forma musicale del frame; le formule sonore o quelle musicali adottate in un frame esplorativo dagli strumenti; le innovazioni portate dal terapeuta o dal paziente e sul coinvolgimento emozionale in connessioni sincroniche; il "non scritto" a partire dalla ricostruzione dell'azione relazionale (un'azione seguita da un'opportunità di partecipare); la considerazione delle componenti verbali e non verbali, delle definizioni progettuali o di ulteriori elementi pertinenti la supervisione calibrati sull'unità d'osservazione.

Quando lo studio si allarga, invece, ad un'analisi longitudinale del processo di musicoterapia, si ha l'opportunità di affrontare i temi trattati in modo differente. Prendendo nuovamente suggerimento dall'esempio del Frame 'blues', una cosa è l'apprendimento disponibile attraverso la rilevazione e l'analisi all'interno di un singolo processo di musicoterapia e un'altra è la considerazione della sua storia: permette di lavorare su altri aspetti, aprendo lo studio evolutivo del frame alla sua complessità.

Per dare un'idea più concreta di quanto s'intende dire, si riporta di seguito una ricostruzione longitudinale di un frame sonoro musicale (Artale, Albano, Grassilli, 2006).

Durante il primo incontro la musicoterapista innova la comunicazione con la Canzone di Filiberto, mentre la bambina, assorbita dall'espo-

sizione, la osserva attentamente. Il testo della canzone recita: «Quando Filiberto balla, con le mani balla. Quando Filiberto balla, con le mani balla; con le mani, mani, mani; con le mani, mani, mani; e ballando fa così: uè!».

Le prime variazioni si evidenziano già nella seconda seduta: il testo è esplorato introducendo nella lirica i nomi degli strumenti musicali utilizzati nel setting. La coppia inizia a coordinarsi sull'esclamazione conclusiva della canzoncina.

Su questo finale, durante la terza seduta, la coppia mostra una più evidente coordinazione e il piacere di condividere il canto: tra musicoterapista e bambina si verifica una sintonizzazione esatta con salto, sorriso ed esclamazione finale reciproci.

Nella quarta seduta emerge con molta chiarezza un clima di grande intimità e serenità: una maggiore vicinanza, un contatto oculare più prolungato, l'uso di sfumature vocali più morbide e a basso volume creano nuove tonalità affettive. Il canto a bocca chiusa, introdotto dalla musicoterapista, facilita l'uso della melodia come sottofondo alle attività. Verso la conclusione della seduta, la melodia è utilizzata dalla musicoterapista per comunicare nel "qui e ora".

Nella quinta seduta la coppia innova la canzoncina ed esplora, in modo allegro e giocoso, lo spazio, con una reciproca coordinazione ritmico-motoria. La bambina innova il canto utilizzando la melodia per narrare ciò che fa e dialogare con la musicoterapista.

Questo si ripete nella sesta seduta all'interno della quale la bambina introduce nel campo motorio azioni più disorganizzate, come scalcciare palloncini, battere forte sugli strumenti, muoversi bruscamente, che ritrovano nella canzoncina un più disteso intermezzo.

Nella seduta conclusiva continua il dialogar-cantando sulla melodia della canzoncina con la musicoterapista, costruendo un gioco ordinato coi cuscini, e la bambina produce una innovazio-

■ Albano F.

Un'esperienza di formazione in musicoterapia, Tesi di laurea, Facoltà di Lettere e Filosofia, D.A.M.S., Università di Bologna, 1994-'95.

■ Albano F., Artale G.

Sistemi dinamici e ricerca in musicoterapia: studio sull'evoluzione della relazione musicoterapeuta paziente attraverso il sistema di decodifica relazionale di A. Fogel, in M. Borghesi, M. Mancini, A. M. Barbagallo, M. Olivieri, (a cura di) *Quale scientificità per la musicoterapia: i contributi della ricerca, Quaderni di musica applicata* N° 22, PCC, Assisi, 2003.

■ Albano F., Artale G., Berdondini L.

The Use of Co-regulation Coding System in the evaluation of musictherapeutic interaction, In J. Fachner & D. Aldridge (a cura di), *Dialogue and debate, music therapy in the 21th century: acontemporary force of change*, Proceedings of the 10th World Congress of Music Therapy, 23-28 July 2002, da www.musictherapyworld.net.

■ Artale G.

L'approccio storico-relazionale nella musicoterapia: metodologia per una ricerca sulla qualità comunicativo-relazionale, in R. Coluzzi (a cura di), *Luoghi e tempi della musicoterapia*, Il Minotauro, Roma, 2006.

■ Artale G., Albano F., Bonfiglioli L. Ricci Bitti P. E.

A study of a relational communication process in Music Therapy, in M. Baroni, A. R. Adressi, R. Caterina, M. Costa (a cura di.), *Music in the mind The mind in music, Proceedings of the 9th International Conference on Music Perception & Cognition*, 22-26 Agosto 2006. (prossima pubblicazione).

■ Artale G., Albano F., Grassilli C.

L'approccio storico-relazionale in musicoterapia: Analisi di un Frame, *Quaderni di Arteterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Bailey D.

L'improvvisazione, Arcana, Milano, 1988.

■ Baconcini C., Manarolo G., Rossi R., Scarsi F.

(a cura di), *Musicoterapia e turbe psichiche*, Corigraf, Genova, 1991.

■ Beebe B., Lachmann F. M.

(2002), *Infant Research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

■ Benenzon R. O.

(1981), *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.

■ Bonfiglioli L.

Emozioni e musica: analisi delle risposte emotive in percorsi di musicoterapia attiva e recettiva. Tesi di dottorato, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, 2006.

ne musicale intonando una modulazione sul quarto grado.

Risulta ovvio che gli spunti per la supervisione accrescono nel considerare la storia del frame musicale, se si pensa, ad esempio, che l'esposizione della canzoncina, durata 18 secondi, durante la prima seduta è stata, comunque, un'unità indicativa, vista l'intensa connessione sincronica tra musicoterapista e bambina di tipo *asimmetrica*, che ha reso questo motivo una connessione diacronica immediatamente significativa. L'osservazione di fenomeni come questi, che si estendono nel tempo e incrementano la complessità del sistema di comunicazione musicale dinamico, in una supervisione permette di studiare, con l'allievo musicoterapista, nessi e/o connessioni d'interazione e di relazione. Grazie ad una prospettiva storica è poi possibile evidenziare come, attraverso connessioni interpersonali, la musicalità del musicoterapista e quella del paziente possono entrare in stati di risonanza attraverso cui favorire lo sviluppo di capacità d'integrazione più efficaci e il movimento verso uno stato di maggiore complessità. Quindi, riconsiderando l'obiettivo della supervisione in musicoterapia come lo sviluppo dell'arte della comunicazione terapeutica, l'impegno tra supervisore e supervisionato starà nell'aiutare quest'ultimo a trovare una giusta vicinanza, a comprendere e condividere le esperienze del paziente, nella continua considerazione che nell'incontro delle rispettive musicalità i modelli relazionali in atto nel processo di comunicazione musicale contengono una conoscenza non verbale delle relazioni e che "le esperienze interpersonali plasmano le strutture e le funzioni del cervello da cui emerge la nostra mente" (Siegel 1999).

Si lasciano a questo punto i discorsi sulla supervisione per tornare alle tesi sui frames, a partire dalla Canzone di Filiberto. Il canto sincronizza gesti e parole riferite a diverse parti del corpo, in

modo da poterle distinguere nel nominarle, nel muoverle, e utilizza una ritmica tipicamente infantile: "Il ritmo infantile non si manifesta che attraverso la parola; è dunque, a prima vista, un ritmo vocale anche se spesso può adattarsi ad una melodia" (Brailoiu, 1956). Grazie alla sua forma ritmica, melodica e energetica, infatti, il canto ha consentito alla diade, in ogni momento delle sedute, di sapere cosa stesse accadendo o quale condotta seguire nell'arco di tempo della sua co-gestione, divenendo una proprietà della loro relazione sonoro-musicale utile a favorire l'innovazione e a rendere più vitale il sistema musicale diadico. "Se creatività c'è, essa per metà è effimera. Inoltre è ambivalente, cioè divisa tra un ipotetico creatore e i suoi traduttori senza i quali essa non sarebbe nulla" (Brailoiu, 1959). La comune assunzione di quella specifica canzoncina, tra le tante che hanno circolato nei primi incontri, ha permesso l'agire terapeutico senza far insorgere stati emotivi spiacevoli, di agitazione o timore, anche nei momenti di maggiore disorganizzazione. Il canto, così descritto, si pone come un fenomeno comunicativo transizionale (Winnicott, 1971) co-determinato tra musicoterapista e paziente in grado di facilitare il lavoro terapeutico.

L'evoluzione storica del frame musicale presentato, similamente a tutti gli altri processi di sviluppo che si rifanno alla teoria dei sistemi dinamici non lineari, può essere vista, anche, come un continuo movimento verso una crescente complessità e come un indicatore di un buon funzionamento del processo di comunicazione nella musicoterapia. "Da un punto di vista dinamico, il sistema [musicale diadico] sta massimizzando la sua complessità, e quindi la sua stabilità applicando pattern comportamentali già sperimentati a situazioni nuove e leggermente diverse; in ogni istante infatti emergono pattern di attività unici in modo che [il frame musicale] è simile, ma mai identico a quello dei precedenti momenti del passato" (Siegel, 1999). L'equilibrio riscontrato nello svilup-

■ **Brailoiu C.**
(1959), Riflessioni sulla creatività musicale collettiva, in *Folklore musicale*, vol. I, Bulzoni, Roma, 1978.

■ **Brailoiu C.**
(1956), La ritmica infantile, in *Folklore musicale*, vol. II, Bulzoni, Roma, 1982.

■ **Fogel A.**
Developing Through Relationships: Origins of Communication, *Self and Culture*, University of Chicago Press, Chicago, 1993.

■ **Fogel A.**
Oltre gli individui: un approccio storico-relazionale alla teoria e alla ricerca sulla comunicazione, in M. L. Genta (a cura di), *Il rapporto madre-bambino*, Carocci, Roma, 2000.

■ **Genta M. L.**
(a cura di), *Il rapporto madre-bambino*, Carocci, Roma, 2000.

■ **Grassilli C.**
Valutazione di un'interazione diadica in sedute di musicoterapia, tesi di laurea alla Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna, A.A. 2002 - 2003.

■ **Guastello S. J.**
Science Evolution: An introduction to NonLinear; in *Non Linear, Dynamics, Psychology and Life Science*, vol. 1, New York, 1/1997.

■ **Miller G., Galanter E., Pribram K.**
(1960), *Piani e strutture del comportamento*, Angeli, Milano, 1973.

■ Liotti G.

La dimensione interpersonale della coscienza, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.

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

Lineamenti di Musicoterapia, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

■ Ricci Bitti P. E.

(a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, 1998.

■ Scardovelli M.

Il Flauto di Pan, ECI G., Genova, 1988.

■ Schaffer H. R.

(1977), *L'interazione madre - bambino. Oltre la teoria dell'attaccamento*, Franco Angeli, Milano, 1993.

■ Schaffer H. R.

(1996), *Lo sviluppo sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.

■ Siegel D. J.

(1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.

■ Stefani G.

Competenze musicali di base per un'operatività terapeutica, in C. Balconcini, G. Manarolo, R. Rossi, F. Scarsi (a cura di), *Musicoterapia e turbe psichiche*, Corigraf, Genova, 1991.

■ Stern D. N.

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

po del canto, fra flessibilità e continuità, novità e familiarità, certezza e incertezza del sistema musicale diadico, consente di vedere accrescere la complessità del frame lasciando emergere interazioni musicali più curate e intense.

Sono portato, allora, a considerare la musicoterapia come uno specifico processo storico di comunicazione musicale interpersonale o di gruppo regolato da bisogni e/o motivazioni terapeutiche, fondato su una ri-appropriazione, su un apprendimento-trasmissione di tipo orale, dei repertori che acquisiscono senso relazionale nella loro presentificazione; l'improvvisazione musicale clinica costituisce una adesione sonoro-musicale alla comunicazione attiva e continua da parte dei partner, caratterizzata da innovazioni creative, dove una messa in rilievo del 'musicista', inteso nella sua accezione sostantivale e non qualificativa, diviene mezzo e soggetto dell'evoluzione del rapporto terapeutico. Si è ipotizzato inoltre che, attraverso connessioni sincroniche e diacroniche, la musicalità del musicoterapista e del paziente possano entrare in stati di risonanza e favorire la nascita di un sistema di comunicazione musicale diadico terapeutico i cui processi possano favorire lo sviluppo di capacità d'integrazione più efficaci e il movimento verso uno stato di maggiore complessità. Si è parlato, poi, di musicalità ovvero di un modo di percepire, rapportarsi e pensare musicalmente che si manifesta in molteplici ambienti sociali, interpersonali e personali, formata da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale della persona e di come il suo adattarsi alle ricorrenti riorganizzazioni operate nella transazione paziente, musicoterapista e setting possa permettere di comprendere e/o di disconfermare quei blocchi dell'espressione e della comunicazione che limitano la persona nel contesto interpersonale e ne impediscono l'apertura e/o l'emancipazione. In questa prospettiva "svolgono un ruolo centrale nello sviluppo della

mente e delle sue funzioni integrative i processi di sintonizzazione affettiva, i dialoghi riflessivi, le co-costruzioni narrative" (Siegel, 1999), i frames musicali, le riparazioni co-regolate dopo un'interruzione così come descritte durante l'esposizione del lavoro. Beatrice Beebe e Frank Lachmann (2002) scrivono, a proposito dell'applicazione di questi concetti d'interazione al trattamento psicoanalitico: "Arricchisce il nostro modo di vedere l'azione terapeutica. In ogni momento c'è la possibilità di organizzare aspettative di reciprocità, intimità, fiducia speranza e riparazione di rotture, e di disconfermare aspettative rigide appartenenti al passato. In ogni momento sia l'analista, sia il paziente contribuiscono in modo significativo a questa organizzazione. Qualunque cosa faccia l'analista contribuisce potenzialmente all'organizzazione dell'esperienza del paziente".

In conclusione, scopo di questo articolo, è stato quello di condividere alcuni dei ragionamenti che in questi anni mi hanno accompagnato nell'integrazione di studi provenienti dall'infant research, dalla comunicazione come processo sociale, dalla teoria dei sistemi dinamici non lineari e da altre fonti pertinenti ad ambiti terapeutici, alle relative applicazioni in musicoterapia. I temi trattati necessitano, comunque, di ulteriori approfondimenti e sforzi al fine di migliorare l'impianto che li sorregge. Questo scritto, quindi, vuole essere un contributo centrato, principalmente, sullo studio dei processi che coinvolgono e influenzano reciprocamente musicoterapista e pazienti nel corso della musicoterapia.

■ Trevarthen C.

Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication, in *Rhythm, Musical Narrative, and origins of musical communication*, numero speciale di "Musicae Scientiae", 1999-2000.

■ Vitali M.

Alla ricerca di un suono condiviso, Franco Angeli, Milano, 2004.

■ Winnicott, D.W.

(1971). *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.

Il suono e la mente: un'esperienza di conduzione di gruppo in psichiatria

Music is a language that speaks firstly to body and secondly to mind, it is able to stir up intense emotions characterized by sensory and motory activation.

The theoretical assumption is that the musical sounding channel enjoyed both through the listening and through the direct production with an instrument allows a greater possibility of expression rather than verbal language.

"La musica è un linguaggio appropriato al trattamento delle psicosi, infatti consente al paziente di rivivere le fasi della percezione che sono state all'origine dell'acquisizione del linguaggio simbolico" (Schiller, 1985)

La musica è un linguaggio che parla in primo luogo al corpo ed in seconda battuta alla mente, è in grado di suscitare intense emozioni caratterizzate da attivazione sensoriale e motoria.

Il presupposto teorico è che il canale sonoro/musicale, fruito sia attraverso l'ascolto che attraverso la produzione diretta su uno strumentario, consenta una maggiore possibilità di espressione rispetto al linguaggio verbale.

Secondo M. C. Schiller (1985) "la musica è un linguaggio appropriato al trattamento delle psicosi, infatti consente al paziente di rivivere le fasi della percezione che sono state all'origine dell'acquisizione del linguaggio simbolico". La musica favorisce l'espressione, la commozione, elementi necessari per superare l'isolamento sociale, ma è anche uno strumento contenitivo, accogliente (vedi sottofondi musicali nei locali, nei supermercati, ecc.), che favorisce l'emergere di emozioni e vissuti e può condurre al cambiamento del proprio mondo interno.

Utilizzando il canale sonoro/musicale secondo il modello teorico di R. O. Benenzon, basato sul concetto di Identità Sonoro/musicale (ISO), che l'autore definisce "il complesso di energie sonoro/musicali, acustiche e di movimento che appartengono ad un individuo e lo caratterizzano", e considerando, tra i diversi tipi di ISO (universale, gestaltico, culturale, grupale) che egli distingue, quello maggiormente specifico ad un contesto di gruppo, si può osservare che "le energie sonore di ciascuno si

adattano reciprocamente e si intrecciano tra loro per costituire un'identità creativa propria del gruppo stesso" (Benenzon, 1997).

Il progetto, rivolto a pazienti affetti da disturbi psichici, che abbiamo proposto all'interno del Centro di Salute Mentale (CSM) della ASL 3 Genovese situato in Via Peschiera 10, presso il quale prestiamo servizio, si basa sul presupposto di utilizzare, all'interno di una dimensione gruppale, la musica come strumento di mediazione per instaurare una relazione preferenziale, con e tra gli utenti partecipanti, allo scopo di:

- facilitare l'ingresso dei partecipanti al gruppo in una dimensione di ascolto e di valutazione dei sentimenti evocati;
- fare emergere all'interno del gruppo elementi relazionali, emotivi, affettivi;
- rendere meno rigide le difese e collocarsi come un ponte comunicativo fra la realtà ed il mondo irrealista in cui il paziente è isolato o cerca rifugio;
- coadiuvare il trattamento medico e psicologico del disturbo fisico o mentale.

Il gruppo, a mediazione musicale, denominato "Il suono e l'anima", presentava le seguenti caratteristiche: si trattava di una prima sessione trimestrale di un gruppo annuale, con pause previste per i mesi di luglio e agosto, e per le festività di Natale e di Pasqua; di tipo semiaperto, con ingressi e uscite a fine ciclo; erano previsti dodici incontri della durata di un'ora, con cadenza settimanale, al mercoledì pomeriggio dalle ore 17.00 alle 18.00, e con la compilazione di un verbale e di una scheda personalizzata per paziente, con la descrizione dettagliata delle condotte e delle risposte fonosimboliche alle attività proposte, a fine seduta per la durata di un'ora.

La nostra conduzione si avvaleva della supervisio-

Il gruppo, a mediazione musicale, è stato denominato "Il suono e l'anima"

ne, di un'ora settimanale, gentilmente fornita dalla dott.ssa Maria Paola Strata (Medico Psichiatra). In questo contesto di progettazione, verifica e valutazione degli

obiettivi e dei metodi, venivano individuate ed elaborate le dinamiche relazionali tra gli operatori, tra gli operatori e i pazienti, tra i pazienti.

La sede più idonea per lo svolgimento del gruppo, all'interno della struttura suddetta, è stata individuata nella Palestra, un locale sito al secondo piano dello stabile, sufficientemente sgombrato di arredi e pavimentato con moquette in modo da offrire la possibilità di sedersi liberamente per terra, su cuscini o sdraiandosi, durante gli ascolti o le attività produttive strumentali. In realtà le qualità fonoisolanti della stanza rispondevano solo in parte ai requisiti richiesti per lo svolgimento dell'attività: le caratteristiche acustiche non garantivano infatti un buon equilibrio complessivo del colore del suono (tempo di riverberazione, assorbimento sonoro, risonanza), ma la mancanza di alternative e lo spazio disponibile l'hanno resa sufficientemente accettabile.

Le indicazioni sulla tipologia di utenza prevedevano una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) con l'esclusione dei quadri clinici acuti o eccessivamente sedati psicofarmacologicamente e delle nevrosi in generale. I requisiti richiesti erano semplicemente la disponibilità a partecipare ad un gruppo esperienziale, funzioni egoiche conservate, presenza di problematiche relative all'isolamento o al ritiro, interesse per l'espressione musicale.

Il numero stabilito per i partecipanti andava da 8 a 10.

La modalità di accesso è avvenuta su segnalazione dei nominativi da parte degli operatori del CSM, su un apposito modulo di richiesta, recante la descrizione del progetto e le caratteristiche del

gruppo, affisso nell'apposita bacheca per le comunicazioni di servizio.

Dopo un dialogo valutativo con i proponenti abbiamo contattato telefonicamente ogni candidato, fissato con lui un appuntamento presso il nostro centro con la richiesta di portare con sé un cd o un'audiocassetta con la sua "musica del cuore" da ascoltare insieme.

Durante il colloquio conoscitivo, veniva compilata una scheda per la raccolta dei dati, dalla quale poi si desumeva la storia sonoro/musicale del paziente, del suo ambiente familiare musicale, i suoi gusti musicali ed una prima immagine della sua ISO.

Riportiamo di seguito età, sesso e patologia dei dieci pazienti ritenuti idonei per il gruppo:

F: M.Elena, 37 a, stato ansioso; Claudia, 41 a, borderline; Piera, 71 a, bipolare; Eugenia 56 a, schizofrenia.

M: Gianluca, 41 a, sindrome dissociativa; Francesco, 23 a, sindrome psicotrofica; Andrea, 39 a, disturbo di personalità; Matteo, 32 a, schizofrenia; Danilo, 50 a, psicosi; Fabio, 50 a, depressione atipica.

Nel corso delle sedute l'elemento sonoro, mediatore della relazione, veniva fruito tramite l'audizione di brani o estratti musicali.

La scelta dei brani dipendeva da diverse componenti: tonalità affettiva prevalente, finalità della seduta, valenze simboliche evocate ecc. Abbiamo creato un nostro repertorio da cui attingere:

- D. Benoit - If I Can Believe
- Indaco - Il Volo Del Gabbiano
- Norah Jones - Don't Know Why
- Mozart - Variazioni In Do
- Elgar - Concerto X Cello In E Min-Adagio
- Ac/Dc - Hard As A Rock
- Jacques Offenbach - Barcarde
- Guem Et Zaka - Le Foret Vierge
- Prokofiev - Pierino E Il Lupo 1°Parte (3,50)
- Dan Gibson - Temporale (Durata 5 Min)
- J.S. Bach - Aria Sulla Quarta Corda

- J.S. Bach - Aria Sulla Quarta Corda (Versione Jazz: Jacques Loussier)
- E. Grieg - Simphonic Dances Op. 62 N. 3
- E. Grieg - Il Mattino
- J.S. Bach - Concerti Brandeburghesi in FA (Allegro)
- B. Gambetta/Aonzo - Ma Se Ghe Pensu
- Gruppo Mandila - I Trata Mas I Kurelu
- E. Morricone - La Leggenda Del Pianista Sull'oceano
- E. Morricone - La Crisi (La Leggenda Del Pianista Sull'oceano)
- A. Schönberg - Mash (Serenade Op. 24)
- London Community Gospel - Somebody's Calling My Name
- J. Dorelli - Una Formica è Solo Una Formica (Aggiungi Un Posto A Tavola)
- Pachelbel - Canone
- L. V. Beethoven - Violen Romanten Op. 50
- King Singers - Lullaby
- King Singers - Blackbird

Nella parte attiva degli incontri, l'evento sonoro vedeva il coinvolgimento diretto, corporeo, del paziente attraverso l'improvvisazione strumentale. Per poter realizzare questo abbiamo approntato uno strumentario costituito, per la maggior parte, da strumenti di tipo percussivo, alcuni dei quali costruiti artigianalmente, così composto:

- Tamburello
- Congas
- Bastone della Pioggia
- Sonagli
- Marakas
- Piattini
- Bottiglia di plastica con ghiaia
- Bottiglia di plastica con semi
- Carta di giornale
- Sacchetti di nailon
- Djembè
- Sanzas
- Citara.

Nell'improvvisazione gli strumenti venivano collocati al centro del cerchio e liberamente scelti dai pazienti.

Il "gioco", così abbiamo voluto chiamare i rituali e le produzioni ritmiche ad attivazione corporea, veniva utilizzato per evidenziare e liberare i caratteri espressivi, la gestualità, le condotte. Esso permette la possibilità di espressione in un contesto protetto. Abbiamo quindi creato un ulteriore repertorio per giochi e improvvisazioni:

- **Gioco della presentazione:** si scandisce il proprio nome prima lentamente e poi velocemente (gli operatori stabiliscono ritmo, melodia, armonia).

- **Variazioni ritmiche:** il gruppo batte con le mani sul pavimento un tempo regolare (metronomo); di volta in volta ogni partecipante esprime con un tamburo la propria variazione ritmica.

- **Contrasto Ritmico:** i partecipanti, disposti in cerchio, si passano il tamburo. Il primo eseguirà un ritmo lento, il secondo veloce, il terzo lento e così via. Terminato il giro si inverte: chi aveva eseguito un ritmo lento lo farà veloce e viceversa. Al termine saranno invitati ad esprimere verbalmente le sensazioni provate e a verificare se il contrasto ritmico si è tradotto o meno in contrasto emotivo.

- **Improvvisazione:** ogni partecipante sceglie uno strumento ed insieme ognuno esprime il suo ritmo personale (vi è la possibilità di registrare l'improvvisazione e di riascoltarla)

- **Improvvisazione:** facciamo il temporale.

- **Gioco:** (con sottofondo musicale) a partire da una posizione di sonno (sdraiati) si mima il risveglio di ogni parte del corpo fino a raggiungere la posizione ortostatica.

- **Improvvisazione:** ogni partecipante compie un gesto o produce un suono, un rumore ed il gruppo lo ripete.

Le 12 sedute previste sono state suddivise in 3 cicli da 4 secondo il seguente criterio:

- quattro con prevalenza della componente ritmica;
- quattro con componente melodica;
- quattro con componente armonica.

Questo per stabilire un percorso ipotetico che partendo dalla dimensione corporea (ritmo), passando per l'espressione di sé (melodia), conducesse alla consapevolezza del gruppo (armonia).

Abbiamo scelto inoltre di dare una base tematica ad ogni seduta suddividendo gli incontri nel seguente modo:

1) RITMO	2) MELODIA	3) ARMONIA
A) Accoglienza	A) Improvvisazione (facciamo il temporale)	A) Crisi
B) Variazioni ritmiche	B) Risveglio	B) Condivisione
C) Contrasto ritmico (afferinarsi)	C) Improvvisazione (improv.-riascolto)	C) Gruppalità
D) Improvvisazione (il ritmo personale)	D) Viaggio	D) Coralità

Dato il numero, più alto della norma, dei partecipanti e data la variabilità delle patologie, abbiamo scelto di operare con un setting (sistema organizzativo formale delle regole) piuttosto rigido e ben articolato, al fine di garantire un supporto contenitivo per ridurre le componenti ansiogene dei pazienti e degli operatori. La scaletta della seduta "tipo" era così predisposta:

- accoglienza dei pz in stanza (in cerchio);
- giro di nomi (presentazione-saluto-affermazione);
- ascolto primo brano;
- commento scritto anonimo;
- lettura del pensiero del gruppo dopo il primo ascolto;
- ascolto secondo brano;
- discussione;
- gioco d'espressione o improvvisazione strumentale;

- ri-ascolto primo brano;
- discussione e raffronto con il primo ascolto;
- chiusura (libero scambio, impressioni, ecc.).

La modalità di partecipazione al gruppo nell'ascolto, nella postura corporea, nel formulare osservazioni, nel suonare e nel giocare è sempre stata secondaria ad una consegna aperta, libera e facoltativa.

La frequenza media alle sedute è stata di n° 6 partecipanti più gli operatori.

Al termine del ciclo dei 12 incontri è stata stilata una relazione sull'andamento dell'attività, e per ogni paziente è stata redatta una relazione individuale che delinea un profilo psicomusicale dedotto dall'esperienza condivisa.

Analisi dei risultati ottenuti

Si è rilevata una sorta di alleanza tra pazienti di fascia d'età simile, ma non una contrapposizione tra i più giovani e i più anziani.

Alcuni hanno partecipato in maniera molto attiva a tutte le sedute (Fabio, Danilo, Eugenia), alcuni hanno avuto bisogno di tempo (Piera, Claudia, Matteo), altri non sono mai riusciti ad entrare pienamente nella dimensione di gruppo (Andrea, Francesco).

Danilo, Eugenia, Claudia e Piera sono riusciti più di altri ad esprimersi attraverso la produzione sonora.

Fabio e Matteo erano più attenti alle valenze estetico-musicali.

Andrea e Francesco hanno sempre faticato a partecipare attivamente ai giochi e alle improvvisazioni.

Abbiamo potuto osservare una certa differenza espressiva in alcuni pazienti che con il linguaggio verbale si esprimevano in maniera molto pacata, quasi remissiva, con esposizione monotonale del parlato: questi attraverso la fruizione strumentale hanno manifestato escursioni di forte intensità. Abbiamo osservato invece che pazienti molto

loquaci ed irruenti, che spesso nelle verbalizzazioni invadevano lo spazio altrui, durante l'improvvisazione si concentravano sulla modalità di fruizione dello strumento e del suo utilizzo in armonia col gruppo, tali pazienti col susseguirsi degli incontri hanno migliorato il comportamento verso gli altri.

M. Elena non si è più presentata dopo la prima seduta.

Gianluca ha faticato a stare all'interno del gruppo per tutta la durata della prima seduta, per poi presentarsi, ogni mercoledì, al CSM in esagerato anticipo, con l'intenzione di partecipare agli incontri successivi senza più riuscirci, sentendosi però facente parte del gruppo fino alla fine del suo ciclo. Questo ha permesso al paziente di mantenere un contatto diretto col nostro servizio e di spostare, se pur per breve tempo, i suoi pensieri deliranti e ossessivi su un impegno concreto.

Conclusioni

Nonostante il breve periodo di tempo sperimentato (12 incontri), è cresciuta nei pazienti la consapevolezza del gruppo, percepito per lo più come uno spazio contenitore delle loro modalità espressive, delle loro emozioni e dei frammenti di storie personali, spazio che ne consentiva la condivisione in un clima di ascolto e fiducia.

A livello personale ogni singolo partecipante ha maturato la possibilità di utilizzare canali espressivi alternativi per ridurre la difficoltà di stare con gli altri e di conseguenza il proprio isolamento sociale.

Tutti i partecipanti si sono detti dispiaciuti per la conclusione dell'esperienza ed intenzionati a ripeterla.

Gli obiettivi preposti, relazionali, espressivi, comunicativi sono stati per lo più raggiunti, sebbene per ognuno sia stato diverso il grado di soddisfazione; tale considerazione ci spinge a proseguire l'attività, facendo tesoro dell'esperienza acquisita, programmando interventi sempre più

completi e personalizzati, per approfondire il percorso di coloro che continueranno il cammino di gruppo, e introducendo nuovi elementi per favorire l'integrazione con gli utenti che entreranno a far parte del progetto all'inizio di ogni nuovo ciclo.

■ Benenzon R.O.

La nuova Musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1997.

■ Cano C.

Simboli sonori, Franco Angeli,
Milano, 1985.

■ Delalande F.

Le condotte musicali, Clueb,
Bologna, 1993.

■ Ducourneau G.

Elementi di Musicoterapia,
Cosmopolis, Torino, 2001.

■ Ferruta A.

Un lavoro terapeutico,
l'infermiere in psichiatria,
Franco Angeli, Milano, 2000.

■ Galimberti U.

Dizionario di Psicologia, UTET,
Torino, 1992.

■ Karolyi O.

La grammatica della musica,
Einaudi, Torino, 1965.

■ Manarolo G.

L'angelo della musica,
Omega, Torino, 1996.

■ Manarolo G.,
G. Borghesi G.

Musica & Terapia, a cura di,
Cosmopolis, Torino, 1998.

■ Pallanti S.

*Vivere con le voci, vivere nel
silenzio*, La Nuova Italia
Scientifica, Torino, 1996.

■ Selvini M., Palazzoli, L.
Boscolo, G. Cecchin, G. Prata

*Paradosso e contro
paradosso*, Feltrinelli,
Milano, 1975.

■ Tacchini M. A.

*Professione infermiere nei
servizi psichiatrici, dalla
teoria alla prassi*, Masson,
Milano, 1998.

La condivisione degli stati della mente: una possibile lettura dell'interazione musico- terapica nella grave disabilità

The neurobiological approach proposed by Siegel (1999) provides the musicotherapeutic approach with an important scientific reference, as it emphasizes the structuring role of the first interpersonal relations – which are basically non-verbal and carry emotional contents – and furthermore clarifies how emotional communication can play an organizing and modulating role. In fact, a musicotherapy intervention aims at activating non-verbal relational processes with an emotional content, resorting to the sound/music element as an expressive modality, as a modality which is closely related to the emotional expressiveness. Activating such processes, musicotherapy could play a structuring role at a cerebral level through the patterns which are going to emerge. Therefore the neurobiological approach completes and enhances Stern and Trevarthen's conceptualisations: not only does an in-built and mainly emotional non-verbal communicative competence exist, but such competence, activated within an interpersonal relationship through sound/music patterns, enables a cortical structuring and organization to get off to a good start.

**Il Centro
di Riabilitazione
Giovanni Ferrero
e la Fondazione
Giovanni
e Ottavia Ferrero
Onlus svolgono
attività
di prevenzione,
cura e recupero**

Premessa

Il Centro di Riabilitazione Giovanni Ferrero e la Fondazione Giovanni e Ottavia Ferrero Onlus svolgono attività di prevenzione, cura e recupero di soggetti portatori di handicap con disturbi di tipo psicointellettivo, di personalità, delle funzioni motorie, psicomotorie e del linguaggio. Al suo interno il Centro possiede un servizio riabilitativo sia di tipo residenziale, sia di tipo ambulatoriale assicurando i seguenti trattamenti: logopedia, fisioterapia, psicomotricità, terapia in acqua, arte-terapia e musicoterapia. I terapeuti attuano questi trattamenti in modo interdisciplinare, si lavora sempre in équipe, dalla segnalazione alla presa in carico, alle sintesi per definire il progetto riabili-

In questa sede abbiamo voluto sottolineare l'apporto dell'approccio neurobiologico di Siegel

tativo e supervisionare l'andamento dei trattamenti sui singoli casi. Ogni équipe fa riferimento ad una diversa e specifica Unità Funzionale e ogni terapeuta si

forma su una o più unità seguendo pazienti appartenenti alla medesima.

Il servizio di Musicoterapia è condotto da tre musicoterapisti con un totale di circa ottanta pazienti ambulatoriali seguiti in seduta individuale e qualche piccolo gruppo ed attività di musicoterapia di gruppo per gli ospiti residenziali.

Offre inoltre un servizio di tirocinio per i corsisti dei Corsi Triennali di Musicoterapia APIM.

Presupposti teorico – scientifici

Nello specifico del modello musicoterapico da noi seguito facciamo riferimento ai seguenti contributi teorici: l'approccio neurobiologico di D. Siegel (2001), le ricerche condotte da D. Stern (1987) relativamente al mondo interpersonale del bambino, gli approcci musicoterapici formulati da R. O. Benenson (1994) e P.L. Postacchini (1997), gli studi inerenti al potenziale "senso" dell'elemento sonoro/musicale di F. Dogana (1988), M. Imberty (1986), F. Delalande (1993), C. Cano (1985).

Il ruolo fondamentale dell'elemento sonoro/musicale, all'interno del processo musicoterapico, è di essere un potenziale mediatore relazionale.

I principali obiettivi del nostro operare musicoterapico riguardano:

- Avviare processi espressivi, comunicativi, relazionali
- Migliorare la regolazione delle emozioni e l'integrazione psico/corporea
- Avviare processi riabilitativi rivolti a specifici ambiti (ambito psicomotorio, competenze cognitive, competenze vocali e verbali, ...)

In questa sede abbiamo voluto sottolineare l'appor-

to dell'approccio neurobiologico di Siegel. Tale approccio fa riferimento a tre principi fondamentali:

1. La mente umana emerge da processi che modulano flussi di energia e d'informazioni all'interno del cervello e fra cervelli diversi.
2. La mente si forma all'interno delle interazioni fra processi neurofisiologici interni ed esperienze interpersonali.
3. Lo sviluppo delle strutture e delle funzioni cerebrali dipende dalla modalità con cui le esperienze, ed in particolare quelle legate a relazioni personali, influenzano e modellano i programmi di maturazione geneticamente determinati del sistema nervoso.

L'approccio neurobiologico proposto da Siegel (2001), sottolineando il ruolo strutturante delle prime relazioni interpersonali - essenzialmente non verbali e veicolanti contenuti emotivi - e precisando inoltre come la comunicazione emotiva possa svolgere un ruolo organizzativo e modulante, fornisce all'approccio musicoterapico un importante riferimento scientifico. L'intervento di musicoterapia si prefigge, infatti, di attivare processi relazionali non verbali a contenuto emotivo, impiegando l'elemento sonoro/musicale come modalità espressiva, in quanto modalità intimamente affine all'espressività emotiva; nell'attivazione di tali processi, tramite i patterns che si vanno a configurare, il trattamento musicoterapico potrebbe svolgere un ruolo strutturante a livello cerebrale. L'approccio neurobiologico va quindi ad integrare ed arricchire le concettualizzazioni di Stern (1987) e Trevarthen (1998); non solo esiste una competenza comunicativa di tipo non verbale innata e prevalentemente emotiva, ma tale competenza attivandosi all'interno di un rapporto interpersonale (grazie all'utilizzo di parametri sonoro/musicali) consente l'avvio di una strutturazione e organizzazione corticale.

La condivisione degli stati della mente nella grave disabilità: alcune esemplificazioni cliniche

Il materiale clinico presentato vuole testimoniare la condivisione emotiva che è possibile attivare anche in contesti clinici contrassegnati da deficit psico-intellettivi gravi e gravissimi e come, tale condivisione, rappresentando essa stessa una primaria forma di comunicazione interpersonale, possa a sua volta avviare processi di dialogo e scambio; infatti, in ognuna delle tre esemplificazioni è possibile osservare una risposta attenta alle proposte del musicoterapista, una gratificante condivisione emotiva, un successivo momento di dialogo e scambio, dove si può configurare l'interconnessione di una comunicazione primaria con una potenziale comunicazione protosimbolica.

Tale materiale è emerso all'interno dei periodici incontri di supervisione; l'analisi del materiale video relativo a diversi casi ha evidenziato momenti interpersonali connotati da qualità simili interpretabili per l'appunto attraverso il modello teorico di D. Siegel.

La nostra ricerca sulla condivisione degli stati della mente all'interno del setting musicoterapico è proceduta attraverso l'analisi di numerose videoregistrazioni di sedute effettuate dai tre musicoterapisti operanti presso il Centro. L'ambito del nostro intervento è quello della riabilitazione in età evolutiva. L'osservazione in oggetto ha interessato pazienti caratterizzati da una disabilità molto grave, bambini con una seria compromissione delle funzioni cognitive, motorie ed espressivo-comunicative.

In questi casi il nostro obiettivo generale è stato quello di entrare in contatto con il paziente attraverso il canale sonoro/musicale per attivare momenti di condivisione emotiva. Sono state quindi selezionate tre sedute riguardanti tre diverse coppie terapeuta-paziente. Dall'analisi dei video abbiamo potuto riscontrare la presenza di alcuni elementi relativi alla modificazione degli indici comportamentali della coppia Terapeuta/

Paziente (T/P) che si ripresentano in tutte e tre le sedute e che, riassumendoli in tre particolari momenti, abbiamo denominato: Ascolto, Condivisione, Interazione.

Ascolto:

Durante la fase dell'ascolto possiamo osservare nel corso di una proposta sonoro/musicale da parte del terapeuta una serie di modificazioni degli indici comportamentali nel paziente che farebbero pensare, come dice Siegel, ad una "risposta orientativa iniziale", il paziente sta quindi attivando un processo di ascolto.

Gli Indici ricorrenti in questa fase riguardano:

- Il globale rilassamento psicomotorio del paziente
- La direzionalità dello sguardo e/o del capo verso la fonte sonora e/o verso il musicoterapista
- Il significativo decremento delle stereotipie comportamentali.

Condivisione:

Quello della condivisione è un momento nel quale gli indici comportamentali della coppia terapeuta /paziente evidenziano l'emergere di una condivisione emotiva, caratterizzata da piacere – gratificazione.

Gli indici comportamentali osservati nella coppia T/P riguardano:

- La globale e graduale comparsa del sorriso
- La globale e graduale attivazione psicomotoria
- Le variazioni della frequenza respiratoria
- Le variazioni della mimica facciale
- Le variazioni della distanza interpersonale

Interazione:

Infine nel corso dell'interazione osserviamo come la proposta sonoro/musicale del terapeuta e quella del paziente siano reciprocamente interconnesse ed evidenzino la comparsa di una comunicazione primaria connotata anche da valenze protosimboliche. Assistiamo pertanto ad un dialogo sonoro/musicale caratterizzato da "imitazione" e variazioni reciproche: sintonizzazioni perfette e imperfette.

Le produzioni del paziente all'interno del dialogo s/m riguardano:

- Vocalizzazioni in rapporto analogico con le proposte vocali del musicoterapista (sint. perfette)
- Vocalizzazioni che introducono variazioni al tema proposto dal musicoterapista (sint. imperfette)
- Vocalizzazioni che introducono un nuovo "tema" (sint. imperfette)
- Vocalizzazioni caratterizzate da micro modulazioni dei parametri sonori (intensità, altezza, timbro, durata) congruenti con il clima emotivo-affettivo della relazione
- Produzioni sincroniche e diacroniche (produzioni in simultanea alternate a produzioni alternate in successione reciproca)

Silvia

Il primo caso riguarda una bambina di 11 anni la cui diagnosi è di encefalopatia epilettogena, tetraparesi, grave ritardo mentale.

La bambina è in carico presso il servizio di musicoterapia dal 2000.

Le modalità relazionali di Silvia nel suo contesto quotidiano comprendono la manifestazione di piacere e dispiacere attraverso il sorriso ed il pianto spesso inconsolabile. Non esprime interesse per l'ambiente circostante se non per gli stimoli uditivi. Si ritrae al contatto fisico. Non produce generalmente nell'ambiente quotidiano suoni vocali.

La proposta sonoro/musicale è di tipo vocale in quanto la bambina è persa sin dalle fase di osservazione maggiormente reattiva alla voce ed alle sue modulazioni, in particolare ai registri piuttosto alti. Nel corso della 1^a fase del video (*ascolto*) Silvia è sdraiata su di un materassino in posizione supina ed il musicoterapista è seduto accanto a lei e le accarezza delicatamente la mano. Il terapeuta propone suoni vocali cantando il nome della bimba su intervalli di seconda ascendente, in registro acuto, utilizzando la voce in falsetto. Silvia muove il capo cercando di orientarsi verso la fonte sonora e verso il terapeuta. L'attivazione generale è bassa, la bambina è in una fase di globale rilassamento psicomotorio.

Nella 2^a fase (*condivisione*) il terapeuta sempre cantando il nome della bambina propone un intervallo di terza discendente, Silvia risponde con un ampio sorriso ed il musicoterapista sorride a sua volta. Si osserva una progressiva modificazione della prossemica, nella coppia adesso c'è maggiore vicinanza, Silvia incomincia lentamente a produrre dei suoni vocalici ed accenna alla modulazione di suoni ascendenti.

Nella 3^a fase (*interazione*) il musicoterapista propone un arpeggio ascendente e discendente, la bambina risponde modulando la stessa melodia e sorride. Il livello di attivazione generale è cresciuto notevolmente, così come l'intensità vocale e l'espressività corporea generale. La bambina ed il musicoterapista producono delle vocalizzazioni in rapporto analogico tra loro, Silvia riesce a produrre vere e proprie protomelodie, il comportamento della coppia è oggetto di continue sintonizzazioni perfette ed imperfette.

Andrea

Andrea è un bimbo di 7 anni con diagnosi di encefalopatia, tetraparesi e ritardo mentale.

Andrea, nel quotidiano, manifesta piacere e dispiacere attraverso il sorriso ed il pianto. Ha spesso uno scarso interesse per l'altro e per l'ambiente, reagisce alla presenza/assenza di persone, in particolare nel contatto ravvicinato, reagisce a stimoli uditivi perlopiù con modificazioni mimiche. Manifesta forte diffidenza per gli estranei, accentuando una postura di chiusura.

Nel frammento di seduta analizzato vengono proposti dei patterns percussivi (il djembe è un oggetto che Andrea manipola) unitamente a vocalizzazioni caratterizzate da suoni uniformi e leggeri glissati ascendenti; entrambi gli elementi sono stati selezionati sulla base delle prime osservazioni e nel corso del lavoro in relazione alle reazioni del bambino.

Nella fase iniziale del video (*ascolto*) il musicoterapista ed Andrea sono seduti frontalmente. Il

terapista propone dei suoni colpendo con le dita la pelle di uno djambè. Suona un ritmo in 4/4 con una pausa tra una serie di quattro semiminime e quella successiva. Andrea muove il capo senza indirizzare lo sguardo verso il musicoterapista. Viene inserita poi una breve rullata che viene alternata alle semiminime. Andrea alza lo sguardo e lo indirizza verso il djambè e verso il terapeuta. Successivamente il musicoterapista modifica il pattern ritmico inserendo delle crome ed il ritmo diviene più concitato.

Si osserva, in questa 2^a fase (*condivisione*), in Andrea una crescita del grado generale di attivazione, compare il sorriso, il terapeuta contemporaneamente agisce sull'intensità del suono aumentandola.

Nella 3^a fase (*interazione*) il terapeuta inserisce nuovamente le rullate ed Andrea comincia ad emettere delle modulazioni vocali. Il musicoterapista ed Andrea producono suoni vocalici alternati procedendo verso un crescendo vocale che termina su di uno stesso suono prodotto all'unisono. Al termine della successiva pausa Andrea ed il musicoterapista incominciano a produrre dei vocalizzi ascendenti che progressivamente aumentano nella durata. La coppia sintonizza ora le sue produzioni vocali sugli aspetti formali del suono e sulle intensità, dando vita ad una interazione connotata da elementi affettivo-emotivi condivisi.

Nancy

Nancy è una bimba di 10 anni la cui diagnosi è di encefalopatia epilettogena, tetraparesi spastica, microcefalia e grave ritardo mentale.

Nancy nella sua quotidianità pare poco o nulla interessata al mondo esterno, il suo canale preferenziale, forse l'unico per cui manifesta raramente interesse ed attenzione pare quello uditivo, in particolar modo reagisce positivamente alla voce femminile. Nel quotidiano resta a lungo con gli occhi chiusi, li apre solo quando è attivata da qualche stimolo.

Le sue modalità relazionali nella quotidianità contemplan la manifestazione di disagio, attraverso il totale irrigidimento del corpo e pianti disperati, e la manifestazione di piacere ed interesse attraverso l'apertura degli occhi, accenni al sorriso e tentativi di rilassamento corporeo. Per la maggior parte del tempo, soprattutto nei lunghi momenti di isolamento, il suo respiro è aspro e difficoltoso con rantolii durante l'inspirazione, quando è attenta il respiro diventa silenzioso e più rilassato. Non produce generalmente nell'ambiente quotidiano suoni vocalici.

Nancy è in carico presso il servizio di Musicoterapia da un anno.

Le stimolazioni sonoro/musicali sono esclusivamente di tipo vocale in quanto Nancy, sin dal ciclo di osservazioni musicoterapiche, ha dimostrato interesse, attenzione e reattività nei confronti esclusivamente di tali proposte, sia di tipo melodico, sia rumoristiche, con rispecchiamento di quelle che sono le sue sonorità naturali.

Nella 1^a fase del video (*ascolto*), Nancy è seduta in braccio alla musicoterapista con la schiena appoggiata al petto di quest'ultima. La scelta di tale posizione è dovuta al fatto che la bambina è molto sensibile ed attenta alle vibrazioni che si producono quando la terapeuta utilizza la voce con impostazione lirica.

Per facilitare l'osservazione da parte della terapeuta ci si è posizionati di fronte ad uno specchio.

La terapeuta tiene con le mani le braccia di Nancy a volte accarezzandole, a volte muovendole per rispecchiare a livello spaziale le caratteristiche delle linee melodiche prodotte vocalmente. La terapeuta canta il nome della bambina con voce impostata, inizialmente piano per arrivare ad una media intensità, utilizza dapprima un registro molto acuto fino a giungere gradualmente al gravissimo. Mantiene sempre la stessa melodia sull'accordo di FA- (la melodia incomincia con un intervallo di semitono discendente: spunto preso da una produzione spontanea di Nancy in alcune

sedute precedenti per poi continuare con intervalli di quinta e terza).

Ad ogni proposta della terapeuta segue un silenzio. Nancy è in una fase di rilassamento psicomotorio, il suo capo si avvicina sensibilmente al torace della terapeuta e cerca di orientarsi verso la fonte sonora con movimenti oculari. Il respiro è tranquillo.

Nella 2^a fase (*condivisione*) la terapeuta trasforma la sua proposta vocale, connotata in senso musicale, in proposte vocali ad impronta sonoro-rumoristica (respiri profondi, soffi, sospiri, suoni gutturali, suoni con "A" aperta, sonorità tutte che rispecchiano le produzioni naturali di Nancy osservate nel tempo), associando giochi psicomotori. Nancy dimostra maggiore presenza, attende le proposte nei momenti di silenzio ruotando lievemente il capo verso la terapeuta e spalancando gli occhi, la sua mimica è sempre più espressiva fino a giungere ad un sorriso condiviso in quel momento dalla musicoterapeuta.

Siamo alla 3^a fase (*interazione*), la terapeuta produce un vocalizzo, Nancy timidamente produce un suono, segue un silenzio, poi un altro suono al quale la terapeuta risponde, Nancy apre la bocca sul suono vocalico 'A' della terapeuta per poi continuarlo, nasce una sorta di dialogo. Le analogie tra i rispettivi suoni sono sempre più evidenti nel corso della seduta, vengono prodotti suoni ascendenti, glissandi con vibrato (si tratta di una produzione naturale per Nancy – rantolio della respirazione associato alla voce), incrementi di intensità, utilizzo reciproco della vocale 'A' e qualche imitazione di nota.

La produzione di Nancy da sporadici suoni isolati giunge ad essere caratterizzata da vocalizzi di media intensità e durata fino a sfociare in una 'A' forte, lunga, acuta, appoggiando il capo verso la musicoterapeuta e sorridendo.

Conclusioni

La lettura delle nostre esperienze alla luce delle teorie di Daniel Siegel ha consentito di inserire la

■ Benenzon R. O., Hemsy de Gainza V., Wagner G.
La nuova musicoterapia,
Phoenix, Roma, 1997.

■ Benenzon R. O.
Manuale di Musicoterapia
Borla, Roma, 1994.

■ Cano C.
Simboli sonori, Franco Angeli,
Milano, 1985.

■ Delalande F.
Le condotte musicali,
Clueb, Bologna, 1993.

■ Dogana F.
Suono e senso, Franco
Angeli, Milano, 1988.

■ Ducourneau G.
Elementi di Musicoterapia,
Cosmopolis, Torino, 2001.

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

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

■ Manarolo G., Borghesi M.
Musica Et Terapia,
Cosmopolis, Torino, 2004.

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

■ Manarolo G.
Manuale di Musicoterapia,
Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Postacchini P.L.,
Borghesi M., Ricciotti A.
Lineamenti di Musicoterapia,
La nuova Italia Scientifica,
Torino, 1997.

■ Siegel D. J.

La mente relazionale, Cortina, Milano, 2001.

■ Stern D.

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

■ Trevarthen C.

Empatia e biologia, Raffaello Cortina Edizioni, Milano, 1998.

riflessione sulla operatività musicoterapeutica all'interno delle più recenti acquisizioni in ambito neuropsicologico e più in generale nel contesto proprio delle neuroscienze, dove per l'appunto dimensione relazionale e biologica vanno reciprocamente ad interconnettersi.

Le osservazioni cliniche emerse dal nostro quotidiano operare in qualità di musicoterapisti presso il Servizio Ambulatoriale del Centro di Riabilitazione Giovanni Ferrero di Alba testimoniano il ruolo peculiare che il mediatore sonoro/musicale può svolgere nell'attivazione di competenze espressivo-comunicative e quindi nella promozione di una dimensione interpersonale caratterizzata essenzialmente da scambi di natura emotiva.

La componente biologica del 'musicale' sembra consentire una presa di contatto in situazioni estreme dove l'ancoraggio corporeo dell'elemento sonoro/musicale permette di individuare un comune terreno di interscambio al confine tra dimensione concreta e dimensione protosimbolica; in questo territorio vengono reciprocamente trasmesse, comunicate sensazioni ed emozioni che costituiscono tramite ed oggetto dello scambio interpersonale.

I membri della diade, infatti, condividono elementi senso-percettivi e stati emotivi che non costituiscono solo l'oggetto della comunicazione, ma anche il mezzo, il tramite di tale comunicazione, questo aspetto ci aiuta a comprendere il valore strutturante di tale condivisione: non solo comunico uno stato emotivo, ma le modalità di comunicazione e di gestione dello stesso possono configurarsi come un modello di funzionamento psichico, di regolazione del medesimo stato emotivo. Tale comunicazione – condivisione, potenzialmente strutturante, avviene per il tramite dell'espressività corporea prefigurando un codice coreutico-musicale e ponendo quindi le premesse per una possibile evoluzione sul piano simbolico.

Un'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice della azienda istituti ospitalieri di Cremona

It is reported of a receptive music therapy experience in Hospice, directed to lucid, oriented and contributing patients yet able to choose and express preferences and to keep a conversation up. Among intervention goals, there's also making contact between psychologist and patients easier.

In order to collect intervention results, the authors thought it to be opportune to focus on a steady and accurate qualitative evaluation, putting aside results recording and quantification attempts which are difficult to evaluate.

L'Avvio di una nuova esperienza a Cremona

All'interno dell'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona esiste dal novembre 2002 un Hospice con 14 posti letto, nato all'interno dell'Unità di Cure Palliative grazie ad una originale collaborazione tra pubblico e privato, ovvero grazie ad una convenzione tra la ACCD (Associazione Cremonese Cura del Dolore) e l'Azienda Ospedaliera.

I pazienti giungono in Hospice quando la patologia è ormai giunta allo stadio terminale, con una aspettativa di vita ormai ridottissima (due settimane in media), tuttavia è per loro indispensabile un'intensa attività di cura intesa non tanto e non solo come cura della malattia, quanto piuttosto come cura della persona considerata sotto tutti i suoi aspetti. La struttura si fa dunque carico dell'accudimento, del controllo del dolore e del trattamento dei sintomi, ma presta grande attenzione anche a tutti gli aspetti umani, psicologici, sociali e spirituali, dai quali non si può prescindere nell'assistenza e nella cura di questi pazienti, oltre che nel sostegno alle famiglie.

In funzione dell'approccio multidimensionale alle cure è necessaria la costruzione di una équipe multiprofessionale e multidisciplinare, all'interno della quale trova spazio anche la figura relativamente nuova del musicoterapista, accanto a

I pazienti
giungono
in Hospice
quando
la patologia
è ormai giunta
allo stadio
terminale,
con una
aspettativa
di vita ormai
ridottissima

L'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice dell'Azienda Ospedaliera di Cremona è iniziata nel luglio 2005

quelle usuali del medico e dell'infermiere professionale e a quelle dello psicologo, dell'assistente sociale, del volontario e dell'assistente spirituale. Già alcuni mesi dopo l'a-

pertura del servizio mi era stato chiesto di presentare l'attività di musicoterapia, in vista dell'inserimento della stessa all'interno delle offerte della struttura. Il reparto era stato appena aperto e la stessa équipe si stava costituendo, sulla base della complessa doppia gestione pubblico - privato. Il progetto, per quanto apprezzato, si era arenato. Diverso tempo dopo il progetto è stato riproposto, accolto e messo in atto in forma 'sperimentale'.

Il lavoro clinico

L'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice dell'Azienda Ospedaliera di Cremona è così iniziata nel luglio 2005 e sta proseguendo. Durante i primi sei mesi di attività mi è stato possibile incontrare 41 pazienti ed effettuare 129 sedute, in occasione dei 48 accessi alla struttura (mediamente due alla settimana), dedicati oltre che al trattamento dei pazienti anche a momenti di confronto e programmazione con i medici e gli altri operatori del servizio. Ho infatti modo di partecipare alla riunione di équipe settimanale, durante la quale si discute dei casi, della organizzazione generale del servizio e di eventuali problemi interni al gruppo di lavoro. In questa sede è emersa, da parte mia e dello Psicologo, la proposta di una eventuale futura attività da proporre agli operatori del servizio centrata sulla comunicazione non verbale - nella quale naturalmente trova spazio anche la musicoterapia - finalizzata al miglioramento della coesione interna al gruppo di lavoro e alla prevenzione del burnout; fino ad ora l'intervento di musicoterapia è stato focalizzato sui pazienti, ma non si esclude in futuro

una attività rivolta agli operatori.

Ogni volta, prima di entrare nelle stanze, mi trattengo per alcuni minuti con i medici e gli infermieri in servizio i quali mi infor-

mano sulle condizioni dei pazienti che già seguono e mi segnalano i nuovi pazienti per i quali può essere indicato il trattamento di musicoterapia. Fino ad ora la musicoterapia è stata proposta a quei pazienti - lucidi, orientati e collaboranti - che sono ancora in grado di scegliere ed esprimere preferenze, di ascoltare musica in modo consapevole, di sostenere una conversazione. Si sono evitati i pazienti agonizzanti e in coma. Alcuni pazienti, informati della mia presenza, mi aspettavano con ansia; altri, pur essendo nelle condizioni di avvalersi dell'intervento non hanno mostrato interesse per la musica; altri ancora, pur essendo in condizioni molto gravi, hanno dato risposte inattese e inaspettate.

Con alcuni pazienti ho potuto effettuare solamente una o due sedute, con altri siamo riusciti a lavorare con una certa continuità per alcune settimane. Considerate le caratteristiche e le condizioni cliniche dei pazienti dell'Hospice, si è ritenuto opportuno focalizzare gli interventi individuali su un approccio musicoterapico di tipo recettivo; a causa delle condizioni di particolare gravità dei pazienti infatti non è stato fino ad ora possibile proporre attività di gruppo ma solo sedute individuali, nelle quali in alcuni casi è stato del resto possibile coinvolgere i familiari. Le sedute si sono svolte nelle stanze di degenza, tutte dotate di apparecchiatura per l'ascolto di musica. Fino ad ora ho condotto prevalentemente da sola le sedute. Le primissime volte mi ha accompagnata nelle stanze un infermiere che, pur non essendo musicoterapista, era riuscito in alcune occasioni a trovare il modo di entrare in contatto con pazienti 'difficili' proprio utilizzando la musica.

Alcune volte ha partecipato alla seduta lo psicologo, spesso impegnato in consulenze rivolte al gruppo di lavoro e in colloqui con gli aspiranti volontari.

Quella dello psicologo è una figura presente in modo regolare e continuativo presso il servizio (un giorno alla settimana) ed è a disposizione tanto dei membri dell'équipe quanto dei pazienti e dei loro familiari; purtroppo da parte di questi ultimi si riscontrano spesso resistenze ad avvalersi della consulenza dello psicologo, considerato un professionista a cui si rivolge chi presenta problemi di disagio psichico e malattia mentale; generalmente il paziente dell'Hospice si aspetta una assistenza di tipo prettamente medico e a volte resta un po' spiazzato quando gli si propone un intervento psicologico. Il progetto d'intervento di musicoterapia si è posto tra i suoi obiettivi anche quello di facilitare la presa di contatto tra lo psicologo e i pazienti un po' sospettosi e rigidi. Così come la presenza dello psicologo legittima il lavoro sulla attivazione e mobilitazione della sfera emotiva, allo stesso modo la presenza del musicoterapista, e con lui dello stimolo musicale, facilita e accelera il processo di presa di contatto con la sfera emotiva e di espressione dei vissuti. Là dove sono presenti resistenze ad accettare l'intervento dello psicologo e il suo sostegno, il suono e la musica possono costituire un valido strumento per entrare più rapidamente in contatto con il paziente e costruire con lui un'autentica e profonda relazione terapeutica. Considerata la brevità del periodo medio di degenza dei pazienti dell'Hospice, la compresenza di musicoterapista e psicologo può sicuramente facilitare e accelerare il lavoro terapeutico. È utile a questo riguardo ricordare che il suono e la musica non hanno di per sé valore terapeutico, ma che il processo terapeutico si costruisce piuttosto all'interno della relazione tra il paziente e il musicoterapista. Il suono costituisce un mediatore nella costruzione della relazione terapeutica e il musicoterapista,

una volta stabilito un contatto autentico e significativo con il paziente, svolge a sua volta funzione di mediatore nella relazione profonda tra il paziente e il suono. Con l'attività di musicoterapia si offre al paziente la possibilità di entrare in contatto con le proprie sensazioni, i propri affetti, le proprie emozioni, la propria identità sonora e la propria storia, ma anche di esprimere e comunicare le stesse nel contesto della relazione con il terapeuta. La seduta di musicoterapia può costituire per il paziente un'opportunità per richiamare alla memoria e ricostruire la propria storia sonora – musicale; a tal scopo si può partire dal racconto spontaneo, dalla ricerca e dal recupero dei brani musicali significativi per il paziente, o da proposte di ascolto finalizzate alla riattivazione emotiva e al ricordo.

La musicoterapia è dunque una pratica che favorisce e rende possibili l'espressione e la regolazione delle emozioni offrendo – attraverso la mediazione del suono e nel contesto della relazione terapeutica – un mezzo per esternare, liberare, manifestare, rappresentare e proiettare le esperienze interiori. Il musicoterapista coglie e amplifica le emozioni suscitate dall'esperienza con il suono e la musica, aiutando il paziente a dar loro forma ed espressione. Punto di partenza e punto di riferimento privilegiato nella presa di contatto e nel dialogo tra musicoterapista e paziente è la sfera corporeo-emozionale, intesa come strumento di espressione del nucleo della personalità, delle capacità e abilità residue, a partire dalla quale è possibile attivare processi finalizzati alla costruzione di modalità di interazione con la realtà.

Il trattamento dei pazienti terminali non può avere come scopo principale la riabilitazione degli stessi, dal momento che la malattia è progressiva e inarrestabile, l'obiettivo è piuttosto quello di offrire la possibilità di continuare ad avere una relazione con la realtà circostante, anche nello stadio avanzato della malattia, quando i pazienti, se lasciati a se stessi, restano costretti nella

impossibilità di comunicare. L'intervento musicoterapico, rendendo possibile un accesso diretto alla mente e al corpo del paziente, facilita l'avvio di processi espressivi e relazionali e mette in atto una sorta di rianimazione psicofisica.

La rilevazione dei risultati

Come si è già detto questa esperienza di musicoterapia è nuova non solo per la struttura in cui si svolge ma anche per la città di Cremona, non mi risulta infatti che negli altri tre Hospice presenti presso le Case di Cura si svolga un'attività analoga. I responsabili del servizio, anche in vista di una rendicontazione nei confronti della direzione e della amministrazione della associazione che si occupa della gestione economica della struttura, mi hanno chiesto di prevedere una documentazione dei risultati in vista di una valutazione della efficacia dell'intervento.

Prima di iniziare l'attività, in vista di una valorizzazione quantitativa oltre che qualitativa dei risultati raggiunti, ho personalmente predisposto delle griglie per l'osservazione dei pazienti e per la rilevazione di eventuali modificazioni e cambiamenti nelle condizioni cliniche e nei comportamenti.

Una prima scheda prevede un colloquio preliminare con il paziente, finalizzato a conoscere il suo approccio alla musica, le sue modalità di fruizione e le sue preferenze relativamente a generi, autori, epoche.

Una griglia di osservazione piuttosto articolata e complessa consente di valutare la situazione globale del paziente prendendo in considerazione lo stato dell'umore, l'espressione delle emozioni, eventuali disturbi del comportamento, le relazioni sociali, la comunicazione, le funzioni cicliche ed eventuali disturbi cognitivi. Con la collaborazione del personale sanitario, una volta stabilito che il paziente è in condizione di avvalersi dell'intervento di musicoterapia e prima dell'inizio dello stesso, si procede ad una prima compilazione.

Dopo la conclusione dell'intervento si procede, sempre con la collaborazione del personale sanitario, ad una seconda compilazione e ad un raffronto dei dati emersi.

Una procedura di questo tipo si è rivelato da subito più adatta ad un lavoro di ricerca che ad un intervento specialistico finalizzato prevalentemente al benessere e al sollievo dei pazienti. Il tempo utilizzato per la compilazione della scheda sarebbe stato pari o superiore a quello utilizzato nella relazione con il paziente, sarebbe inoltre stata necessaria anche la presenza di un medico o di un infermiere a conoscenza della situazione del paziente. Tutto questo lavoro compilativo sarebbe stato molto dispendioso in termini di tempo, oltre che particolarmente oneroso per il personale infermieristico e medico, già impegnato nella compilazione di vario materiale afferente alla cartella clinica. Per semplificare la procedura si è così pensato di utilizzare la scala ESAS già in uso nella cartella clinica. Facendo riferimento agli items di questa scala sarebbe stato possibile osservare, nel caso dei pazienti che si avvalgono del trattamento di musicoterapia, variazioni significative nei parametri rilevati e in alcuni in particolare: depressione, ansia, sensazione di benessere, ma anche percezione del dolore, senso di stanchezza, sonnolenza, dispnea. Anche in questo caso si è dovuto ancora una volta constatare che le condizioni cliniche dei pazienti dell'Hospice sono tali per cui risulta molto difficile stabilire delle relazioni causali precise tra la variazione di determinati parametri e la fruizione della musicoterapia, in concomitanza con le altre terapie farmacologiche e con l'inevitabile precipitare del quadro clinico.

Si è così ritenuto opportuno concentrare il lavoro di registrazione della attività su una puntuale e regolare valutazione di tipo qualitativo, accantonando tentativi di registrazione e quantificazione di risultati difficilmente valutabili. Al termine di ogni seduta è mia abitudine stendere delle perso-

nali annotazioni in cui metto in evidenza la condizione in cui ho trovato il paziente (a letto piuttosto che seduto, solo o in compagnia di un parente o un amico, sofferente o sereno, assopito o vigile, ben disposto o al contrario rigido e sospettoso o addirittura ostile, depresso, silenzioso o cialtrero...), gli eventi più significativi che si verificano durante la seduta, accenni ai contenuti emersi durante la conversazione, eventuali comportamenti e interventi di altre persone presenti in stanza, lo stato d'animo in cui lascio il paziente al termine della seduta, un appunto sui brani ascoltati. Queste annotazioni vengono di volta in volta inserite nella cartella clinica e messe così a disposizione di tutta l'équipe che può consultarle in qualunque momento e in particolare durante la riunione settimanale alla quale partecipano tutti i medici, lo psicologo, la caposala, uno o due infermieri, alcuni dei volontari che frequentano con maggiore assiduità la struttura. In più di una occasione questi documenti sono stati molto apprezzati dal momento che hanno messo a disposizione dell'équipe informazioni ed elementi assai significativi per la conoscenza del paziente. Ancora una volta è emerso come l'approccio al paziente durante la seduta di musicoterapia consenta di aprire nella relazione spazi difficilmente accessibili a partire dall'approccio medico e sanitario, per quanto questo sia attento ad accostarsi alla persona nel rispetto della sua interezza.

Così come si era previsto si è lavorato con brevi sedute individuali di musicoterapia recettiva; in un paio di occasioni si è creata, nel soggiorno comune, una particolare situazione in cui è stato possibile effettuare una sorta di seduta di gruppo, coinvolgendo anche i parenti dei pazienti, si è trattato comunque di situazioni episodiche e non strutturate. In alcuni casi sono stati coinvolti in modo significativo anche i parenti che, quando lo hanno desiderato, hanno potuto condividere emozioni e ricordi con il familiare avvalendosi

■ Aldridge D.

Music Therapy in Palliative Care: new voices, Jessica Kingsley Publisher, London and Philadelphia, 1999.

■ Aldridge D.

La Musicoterapia nella ricerca e nella pratica medica, Gli Archetti ISMEZ, Roma, 2001.

■ Benenzon R.

Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 1992.

■ Benenzon R.

La Nuova Musicoterapia, Phoenix, Roma, 1995.

■ Bressan L.

La terapia musicale per il paziente oncologico *Atti del IX Congresso Nazionale SICP*, Roma, Novembre 1999.

■ Bruscia K.

Casi clinici di Musicoterapia - Adulti, Gli Archetti ISMEZ, Roma, 1995.

■ Bunt L.

Musicoterapia, un'arte oltre le parole, Edizioni Kappa.

■ Lecourt E.

La Musicoterapia, Cittadella, Assisi, 1992.

■ Mandel S.E.

Music Therapy in the hospice: Musicalive, Palliative Medicine 5 /1991.

■ Manusardi T., Totis A., De Conno F.

Musica e arti figurative nelle cure palliative, RICP, n°1, 1996.

■ Munro S., Mount B.

Music Therapy in Palliative Care, Canadian Medical Association Journal, November 4 /1978.

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

■ Porchet Munro S.
Music therapy – Oxford Textbook of Palliative Medicine 2° edition, Oxford University Press, New York.

■ Porchet Munro S.
The supportive role of Music, *European Journal of Palliative Care* vol. 2, n° 2, 1995.

■ Salmon D.
Music and Emotions in Palliative Care, in *Music Therapy: variation on a theme Journal of Palliative Care* 9, 4 /1993 Centre for Bioethics, IRCM.

■ Speranza R, Bressan R, Colombi S.
Terapie alternative nel paziente oncologico: aspetti neurologici e vissuti emozionali nella Musicoterapia, RICP n°4, 1996.

della mediazione della musica e della terapeuta. Così come ci si aspettava che accadesse, i pazienti che lo hanno desiderato hanno potuto entrare in contatto con la propria sfera emotiva e rivivere nel ricordo, ma anche nell'attualità dell'esperienza dell'ascolto, momenti significativi della propria esistenza.

Al di là di auspicabili e prevedibili - seppure difficilmente quantificabili - benefici dal punto di vista psicofisico, sicuramente l'esperienza della musicoterapia costituisce un momento di sollievo e distensione, ma soprattutto di ascolto in senso lato, inteso come condivisione profonda ed empatica, un momento prezioso per persone giunte ormai al termine della loro vita, più o meno consapevoli di ciò che sta accadendo loro, più o meno sofferenti, serene, depresse, rassegnate, disperate ...

Alla memoria di mio padre, che mi ha insegnato ad ascoltare ed amare la musica, che all'improvviso si è ammalato e se ne è andato, proprio mentre io iniziavo questa esperienza e mi accostavo a persone che, come lui, si avvicinavano a grandi passi verso la fine accompagnate dalla loro musica. Come Felice, suo amico fraterno e coetaneo che ho incontrato proprio in Hospice e che se ne è andato pochi giorni prima di lui, raccontandomi della loro amicizia e delle loro conversazioni sulla musica e sull'arte.

La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze*

The present study describes the theoretical principles of the music therapy intervention, which is primarily based on the sonorous-musical improvisation and on its related application guidelines. The theoretical references can be traced back to the psychological concepts of "intersubjectivity" and "regulation of the emotions", representing the idea according to which the individual uses the innate competences getting him in relationship with "the other", thus concurring to both the affective and the cognitive development. In this sense, we believe music therapy is able to create a sort of archaic communication connected to the sensorial and expressive ways (of which the sound can be the vehicle) which naturally reveal themselves to "the other" and which are also shared and understood through the psychological-physical means.

**Si tratta
di considerare
la musicoterapia
essenzialmente
come una 'terapia
relazionale',
volta ad agire
sul mondo interno
della persona,
in particolare
sulle parti
emotivo-affettive**

Trattare il tema della musicoterapia applicata nello specifico alle forme di demenza significa necessariamente premettere alcune considerazioni che riguardano la disciplina in senso più generale.

Attualmente, infatti, tale termine genera ancora un elevato livello di confusività forse proprio per il significato estrapolabile dalle due parole che compongono l'intero vocabolo.

Si apre al proposito un ampio spazio alle suggestioni che questo binomio terminologico suggerisce: il 'potere' taumaturgico della musica si coniuga con l'idea di 'cura', di 'cambiamento'. Forse, proprio per il profondo significato che questi termini sottendono e data la portata etica del discorso, è importante chiedersi che cosa significhino in questo contesto i termini 'musica' e 'terapia'.

Nel primo caso appare chiaro che il termine musica si amplia per includere il concetto di "elemento sonoro-musicale", dal semplice parametro sonoro alla forma musicale più complessa.

Nel secondo caso si tratta di considerare la musicoterapia essenzialmente come una 'terapia relazio-

L'intervento musicoterapico si colloca in un percorso di integrazione dell'Io

nale', volta ad agire sul mondo interno della persona, in particolare sulle parti emotivo-affettive.

Le problematiche dell'anziano (e ancora più significativamente quelle del

demente) coinvolgono le dimensioni psichica, fisica e relazionale richiedendo, pertanto, una visione olistica della persona e un conseguente approccio eclettico (Padoani e Marini, 2001).

In particolare l'intervento musicoterapico così concepito si colloca bene in quel percorso di integrazione dell'Io, di maturazione e di crescita nonché di continuità storica e di senso auspicati da Erikson per la persona anziana (Padoani e Marini, 2001).

La musicoterapia può rispondere inoltre ad altri bisogni psicologici quali il mantenimento di relazioni sociali, la necessità di conferma dell'autostima e il mantenimento di un'atmosfera intensa e soddisfacente (Padoani e Marini, 2001).

La musicoterapia può essere definita come una disciplina che, attraverso l'impiego del materiale sonoro-musicale, in ambito prevalentemente non verbale, induce effetti regressivi terapeutici atti a favorire il determinarsi di momenti riparativi delle funzioni del Sé, nei suoi aspetti di 'comunicazione-relazione' e di 'affettività'.

Utilizzando il mezzo sonoro-musicale, quindi tutti gli aspetti della comunicazione analogica e preverbale, è possibile anche con la persona affetta da demenza raggiungere momenti di sintonizzazione, proprio perché si può prescindere quasi totalmente dalla stimolazione diretta delle funzioni cognitive.

Tali momenti, oltre a divenire importanti eventi relazionali ed espressivo-comunicativi, costituiscono il punto centrale della terapia con la musica.

L'intervento musicoterapico si propone come finalità generale una riduzione dei disturbi comportamentali e psichici manifesti e un mantenimento

delle abilità cognitive residue attraverso un processo relazionale basato sulle sintonizzazioni affettive (Stern, 1985).

L'utilizzo della musicoterapia con l'obiettivo di

agire sugli aspetti di 'comunicazione-relazione' e di 'affettività' favorisce anche il mantenimento del senso di identità facilitando la percezione e il riconoscimento del mondo esterno.

Ne deriva un processo di armonizzazione/integrazione rispetto ai deficit prodotti dal danno neurologico, nonché una migliore organizzazione delle componenti emotive della personalità.

L'applicazione della musicoterapia nelle demenze recupera anche il ruolo di stimolo che il suono ha intrinsecamente, incidendo indirettamente sulle funzioni cognitive (Raglio, 2001).

Le metodiche facenti riferimento alla tecnica dell'improvvisazione sonoro-musicale in un contesto relazionale definiscono maggiormente l'intervento di musicoterapia, differenziandolo da generici interventi con la musica (animazione musicale, rievocazione di brani, ascolto con finalità contenitiva o di induzione di nessi spazio-temporali, ecc.) che, pur nella loro potenziale valenza positiva, non vengono strutturati secondo una ben connotata finalità terapeutica (Raglio, 2001).

Appare chiaro che un intervento che prevede l'ascolto di musica, magari con la mediazione di un riproduttore sonoro, su base empirica o in riferimento a categorie culturali e/o psicologiche generali, non si può ritenere di per sé terapeutico. Anche in musicoterapia si ricorre all'ascolto come modalità di intervento non prescindendo, però, da processi di osservazione, valutazione e relazione riferiti alla persona o al gruppo di persone a cui si propone il trattamento terapeutico.

L'approccio recettivo (ascolto) necessita inoltre di uno spazio nel quale, attraverso la verbalizzazione, vengono elaborati i vissuti emotivo-affettivi

emersi dall'esperienza. Ciò implica quindi potenzialità di funzionamento mentale (capacità astrattive, introspettive ed elaborative) che spesso sono assenti nei pazienti dementi.

Appare quindi inopportuno stimolare ricordi, emozioni o vissuti senza che la persona possa essere consapevole protagonista dell'attivazione del processo evocativo con la possibilità di contenere o regolare tale processo.

Anche fare musica con la persona demente non significa necessariamente mettere in atto un processo terapeutico: non bastano, infatti, la presenza della musica e di un'utenza patologica per poter introdurre il termine 'musicoterapia'.

Questi chiarimenti non sono semplicemente correlati al desiderio di chi scrive di far emergere una specificità dell'intervento musicoterapico o di mettere in rilievo la priorità di quest'ultimo a discapito di altri interventi prima citati.

Al contrario questa premessa può far comprendere quali debbano essere gli elementi che caratterizzano imprescindibilmente un intervento musicoterapico (Raglio, 2001):

- un modello musicoterapico di riferimento fondato su presupposti teorici e metodologici;
- un operatore qualificato, il musicoterapista, con una formazione musicale, relazionale e con adeguate conoscenze cliniche atte a favorire una interazione attraverso il mediatore sonoro-musicale;
- la presenza di un setting strutturato terapeuticamente, rispetto a tempi, spazi e modalità di intervento;
- obiettivi legati a cambiamenti interni (possibilmente stabili e duraturi) della persona o di alcune sue parti o funzioni;
- il riferimento costante, nell'azione terapeutica, a un piano intrapersonale e/o interpersonale.

Secondo quanto detto forse la musicoterapia, o almeno una possibile applicazione della stessa, può risultare più chiara, maggiormente connotata e può quindi trovare una sua plausibilità anche

nei diversi stadi di gravità delle demenze.

Pensando al lieve decadimento cognitivo la musicoterapia può probabilmente agire su alcuni sintomi in particolare, ad esempio su quelli depressivi, favorendo, attraverso quei momenti di 'sintonizzazione' prima menzionati, una riattivazione psico-fisica e più specificamente una 'riqualificazione narcisistica' della persona (Ploton, 2003).

Con l'aggravarsi della patologia e la comparsa dei disturbi comportamentali la musicoterapia diviene un importante veicolo espressivo, alternativo a quello verbale sempre più compromesso e privo di valenze semantiche.

L'elemento sonoro-musicale e l'oggetto-strumento costituiscono, superato l'iniziale impatto difensivo con il setting musicoterapico, una possibile modalità proiettiva che può assumere una valenza catartica o espressiva relativamente a disarmonie o deficit prodotti dalla patologia.

La dimensione regressiva non verbale è più facilmente accessibile con l'aggravarsi della patologia e la conseguente diminuzione di momenti di consapevolezza e di insight.

L'approccio non verbale centrato sull'improvvisazione sonoro-musicale, quello cioè che prevede l'interazione tra musicoterapista e paziente attraverso l'impiego di strumenti musicali (Benenzon, 1984), sembrerebbe essere una modalità adeguata proprio per il paziente affetto da demenza di grado severo. Tale approccio, come precedentemente affermato, fa costantemente riferimento a un processo relazionale, a un incontro tra identità sonoro-musicale, nonché all'ascolto dell'altro da cui deriva il contenuto terapeutico dell'intervento, indipendentemente dalla proposta e dal modello di riferimento. L'intervento musicoterapico costruito sulle premesse già enunciate si pone come trattamento terapeutico non invasivo, pertanto non esistono specifiche controindicazioni.

Le prescrizioni di trattamento, che avvengono generalmente da parte di un referente clinico, sembrano supporre una indicazione per persone

con CDR da 1 a 4, anche con gravi disturbi psichici e/o comportamentali.

In relazione alla gravità è possibile proporre un intervento individuale o di gruppo.

Si tratta in ogni caso di piccoli gruppi composti da 3-4 pazienti.

Talvolta la seduta di gruppo è condotta da un musicoterapista e da un co-terapista che può anche essere un operatore non formato in musicoterapia ma adeguatamente addestrato.

L'inserimento di questa figura di supporto trova una giustificazione tecnica (poiché consente al musicoterapista di porsi in un atteggiamento osservativo, più adeguato a cogliere le dinamiche gruppali, e poiché può svolgere un ruolo di rinforzo rispetto alle proposte introdotte nel setting musicoterapico), di raccordo (poiché il co-terapista può osservare il paziente in un setting particolare, cogliere aspetti stimolanti e riproducibili in altre attività e divenire un importante punto di collegamento tra l'attività musicoterapica e il contesto quotidiano in cui il paziente vive) e logistica (in quanto può costituire un sostegno al musicoterapista nella gestione del gruppo).

Pare importante sottolineare il fatto che una buona integrazione della musicoterapia nell'istituzione crea alleanze e sinergie che ricadono positivamente sul paziente.

Oltre a ciò un adeguato coinvolgimento e una buona informazione contribuiscono al contenimento (negli operatori) di un pensiero ipercritico oppure di un'eccessiva aspettativa circa gli esiti dei trattamenti musicoterapici.

Creare un clima di collaborazione e condivisione concorre, senza alcun dubbio, all'attuazione ottimale dell'intervento.

Questi concetti generali non escludono comunque la necessità di valutare ulteriori elementi fondamentali e imprescindibili per poter attuare un intervento musicoterapico quali l'idoneità e la disponibilità del paziente al trattamento.

In 2-3 sedute, della durata massima di 30 minuti,

vengono valutati, nel setting musicoterapico, gli indicatori di idoneità: predisposizione e motivazione del paziente, livello di accettazione del trattamento, sensibilità al setting specifico, risposte al suono e alla musica, rapporto con l'ambiente, tipo di comunicazione messo in atto nel setting musicoterapico, tipo di espressione e comunicazione sonoro-musicale.

La valutazione musicoterapica continua poi durante la prima fase del trattamento e viene attuata contestualmente a quest'ultimo garantendo al paziente, sin dall'inizio delle sedute, il massimo dell'accoglienza e della disponibilità terapeutica.

Tale valutazione si basa sulla quantità e sull'intensità delle interazioni sonoro-musicali e sulla capacità del paziente di cogliere e accogliere quanto viene rimandato dal musicoterapista.

L'osservazione clinica, che si rivolge alla globalità espressiva della persona, è intesa come attenzione e ascolto dell'altro con lo scopo di cogliere le sintonizzazioni (secondo Stern) da cui può scaturire la relazione.

Accertare anche la disponibilità del paziente con demenza severa è particolarmente importante, soprattutto da un punto di vista etico, data la difficoltà o impossibilità dello stesso a esprimere la sua volontà con chiarezza e determinazione.

Il contratto terapeutico consiste, là dove è possibile, in un colloquio con il paziente al di fuori del setting musicoterapico, in cui vengono definite le modalità con cui avverrà il trattamento (luogo, tempi, durata, contenuti dell'intervento,...) e le finalità e motivazioni dello stesso.

Questa fase si attua generalmente se il paziente indicato per il trattamento si colloca in una fase iniziale di malattia e quindi ha una adeguata capacità di comprensione ed elaborazione: è importante sottolineare la valenza e l'impostazione terapeutica dell'intervento poiché questo può incidere positivamente sulla motivazione e quindi facilitare il consenso, oltre che far percepire il senso della presa in carico e della cura.

Diversamente, come accade nel trattamento delle demenze severe, il contratto terapeutico può essere considerato implicito nelle modalità con cui viene proposto l'intervento da parte del musicoterapista e nelle modalità di accettazione dello stesso da parte del paziente.

Le sedute si svolgono in una stanza che preferibilmente dovrebbe avere i seguenti requisiti di base: isolamento acustico, dimensioni equilibrate e assenza di eventuali stimolazioni potenzialmente interferenti.

Per la persona affetta da demenza è importante che l'ubicazione della stanza di musicoterapia sia nelle immediate vicinanze o all'interno del luogo di degenza. Questo agevola la partecipazione di persone con difficoltà di deambulazione, facilita lo svolgimento delle sedute e favorisce l'orientamento spaziale dei pazienti.

La presenza di stimoli estranei al setting musicoterapico (colori, oggetti superflui, finestre sprovviste di tende, etc., ...) risulta essere disturbante e talvolta interferente nel trattamento.

Rilevanti sono anche alcuni aspetti logistico-organizzativi come l'accompagnamento dei pazienti da parte di altri operatori con lo scopo di non creare confusità di ruoli e di non interferire nel processo terapeutico.

Per evitare momenti di tensione e affaticamento, dati da una eccessiva stimolazione psico-fisica, è inoltre necessaria una equilibrata distribuzione degli interventi terapeutico-riabilitativi.

Una cadenza bi-settimanale delle sedute può garantire continuità al trattamento ed essere ritenuta significativa.

Per quanto riguarda la durata delle sedute si stabilisce un limite massimo che, generalmente, per le persone affette da demenza non supera i 30 minuti, sia per le sedute individuali che per quelle di gruppo.

Il setting strumentale, calibrato sulla base dell'identità sonoro-musicale dei pazienti e di una attenta indagine psicosonora, deve essere essenziale e facilmente accessibile: può prevedere la

presenza di tutte le famiglie strumentali (membranofoni, idiofoni, aerofoni, cordofoni ed elettrofoni) disposti in modo non confusivo e in numero ridotto, tenendo conto di eventuali supporti che facilitino la presa degli strumenti nonché la mobilità dei pazienti.

Nelle prime sedute il paziente viene messo nelle condizioni di poter esplorare e interagire con una vasta gamma di stimoli sonoro-musicali.

Nel prosieguo dell'intervento si perverrà alla graduale definizione di un setting sempre più adeguato al paziente, che rifletta maggiormente l'identità sonoro-musicale dello stesso e in cui possa emergere la funzione di 'oggetto intermedio' assolta da alcuni strumenti.

Le consegne che il musicoterapista dà al paziente possono essere verbali o non verbali e assumere una connotazione di direttività, semi-direttività e non direttività.

Le consegne verbali e in generale le verbalizzazioni, spesso assenti nel trattamento musicoterapico di orientamento benenzoniano, sembrano avere in alcuni casi, nei trattamenti di persone con demenza, un'importante valenza contenitiva, tranquillizzante, oltre che contribuire a orientare i pazienti nel setting musicoterapico.

Ciò si ricollega alla necessità sottolineata in ambito psicoterapeutico (e analogamente estendibile anche a quello musicoterapico) di assumere "un atteggiamento meno formale e più attivo da parte del terapeuta" che tenga conto di "un'adeguata attenzione anche alle difficoltà concrete o alle disabilità del paziente" e volta a "dissolvere, in una fruttuosa alleanza di lavoro, le perplessità di fronte alla proposta di iniziare un percorso..." (Padoani e Marini, 2001). In tal senso un corretto utilizzo del verbale, impiegato soprattutto in risposta a domande dirette del paziente congrue al contesto musicoterapico, può essere un espediente per ridurre un eventuale stato di ansia del paziente ed indurlo gradualmente all'accettazione del setting musicoterapico, con

- Aldridge D.
Music and Alzheimer's disease-assessment and therapy: discussion paper. *J R Soc Med.* 1993 Feb.
- Aldridge D.
Alzheimer's disease: rhythm, timing and music as therapy. Biomed Pharmacother. 1994.
- Braben L.
A song for Mrs Smith. *Nurs Times.* 1992 Oct 7-13.
- Brotons M., Pickett-Cooper P.
The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *J Music Ther.* 1996; 33: 2-18.
- Brotons M., Koger S., Pickett-Cooper P.,
Music and dementias: a review of the literature. *J Music Ther.* 1997.
- Brotons M, Marti P.
Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers: a pilot project. *J Music Ther.* 2003 Summer.
- Casby J.A., Holm M.B.
The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *Am J Occup Ther.* 1994 Oct.
- Clair A.A., Bernstein B.
A preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's type dementia. *J Applied Geront.* 1990.
- Clair A.A., Ebberts A.G.
The effects of music therapy on interactions between family caregivers and their care receivers with late stage dementia. *J Music Ther.* 1997.

sempre maggiore attenzione all'utilizzo degli strumenti e del canale sonoro-musicale.

Nella fase operativa quanto evocato e suscitato dal paziente viene evidenziato, elaborato e restituito dal musicoterapista dal punto di vista emotivo e sonoro-musicale con il fine di instaurare una relazione. Il musicoterapista potrà stimolare il paziente, nel caso in cui questo non interagisca, attraverso l'impiego di materiale sonoro-musicale, oppure potrà riprendere, elaborare e rimandare le produzioni sonoro-musicali spontanee emergenti dal contesto musicoterapico, nel caso in cui il paziente sia propositivo.

Nel primo caso il musicoterapista può proporre stimoli sonoro-musicali anticipando il disagio, l'ansia o il disorientamento che si potrebbero creare durante silenzi o attese troppo prolungate: tali momenti, che in generale nel trattamento musicoterapico vengono valorizzati e assumono spesso una valenza relazionale e terapeutica carica di significati, nei trattamenti di persone con demenza possono assumere una connotazione molto negativa.

Potrebbero infatti accentuare stati di frustrazione e impotenza che i pazienti non sono in grado di elaborare. Diventa quindi fondamentale la capacità di ascolto del musicoterapista al fine di prevenire tali momenti.

Ma lo stimolo proposto può anche determinare una embrionale forma di comunicazione oppure può facilitare una semplice forma di coinvolgimento attentivo ed emotivo senza che si arrivi ad una vera e propria interazione attraverso l'impiego condiviso del materiale sonoro-musicale.

Il secondo caso si verifica quando il paziente fornisce direttamente spunti sonoro-musicali appartenenti al suo vissuto interno (produzioni ritmiche, melodiche, vocali, strumentali, convenzionali o non convenzionali, semplici o complesse).

Attraverso il rispecchiamento, che via via si allontana sempre più dall'imitazione, per diventare condivisione parziale del messaggio sonoro-musicale e contemporaneamente introduzione di

novità (tema con variazioni), si può giungere a un dialogo sonoro improntato sull'allargamento del progetto espressivo e sulla condivisione emotiva di uno stato d'animo.

Il musicoterapista può al proposito introdurre variazioni parametriche e/o strutturali che arricchiscono il dialogo sonoro consentendo un processo di crescita e cambiamento nel paziente e favorendo la condivisione qualitativa e quantitativa dello stato d'animo (si pensi, ad esempio, alla possibilità di modulare e calibrare il grado di attivazione e la dimensione quantitativa di un'emozione con l'impiego del parametro intensità o con variazioni agogiche).

Si tratta in definitiva di rivestire di significato affettivo ed emozionale il messaggio sonoro che diventa così strutturante o ri-strutturante.

Nelle sedute viene utilizzata l'improvvisazione sonoro-musicale che riprende empaticamente, attraverso sintonizzazioni affettive, le produzioni sonore dei pazienti e talvolta quelle mimico-gestuali, con lo scopo di costruire un dialogo sonoro attraverso un criterio di non direttività e di non invasività. La restituzione, da parte del musicoterapista, sul piano emotivo e sonoro-musicale, si modula in rapporto al procedere e allo svilupparsi della relazione terapeutica, divenendo sempre più articolata e complessa.

Le sedute possono essere riprese con telecamera fissa e valutate attraverso la stesura di protocolli di osservazione che rilevano la quantità e la qualità delle interazioni sonoro-musicali tra paziente e musicoterapista nonché i segnali di accettazione/coinvolgimento e i segnali di non accettazione/disturbo dei pazienti. Alla valutazione intra-setting si aggiunge una valutazione extra-setting attraverso la somministrazione periodica di test e scale atti a monitorare il quadro cognitivo, funzionale e soprattutto comportamentale.

Rispetto all'improvvisazione sonoro-musicale è importante non trascurare la dimensione culturale del paziente che, in ogni caso, deve emergere spon-

■ Clair A.A.

The effects of music therapy on engagement in family caregiver and care receiver couples with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2002 Sep-Oct.

■ Clark M.E., Lipe A.W., Bilbrey M.

Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *J Gerontol Nurs.* 1998 Jul.

■ Clendaniel B.P., Fleishell A.

An Alzheimer day-care center for nursing home patients. *Am J Nurs.* 1989 Jul.

■ Denney A.

Quiet music. An intervention for mealtime agitation? *J Gerontol Nurs.* 1997.

■ Fox L.S., Knight B.G., Zelinski E.M.

Mood Induction with Older Adults: a Tool for Investigating Effects of depressed Mood. *Psychol. Aging* 1998.

■ Gerdner L.A., Swanson E.A.

Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Arch Psychiatr Nurs.* 1993 Oct.

■ Glynn N.J.

The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients. *J Gerontol Nurs.* 1992 Jan.

■ Goddaer J., Abraham I.L.

Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Psychiatr Nurs.* 1994 Jun.

■ Groene II R.

The Effect of Therapist and Activity Characteristics on the Purposeful Responses of Probable Alzheimer's Disease Participants. *J Music Ther.* 1999.

■ Hanser S.B., Thompson L.W.,

Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *J Gerontol.* 1994 Nov.

■ Kneafsey R.

The Therapeutic Use of Music in a Care of the Elderly Setting: a Literature Review. *J Clin. Nurs,* 1997.

■ Koger S.M., Chapin K., Brotons M.

Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature. *J Music Ther.* 1999.

■ Koger S.M., Brotons M.

Music therapy for dementia symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000.

■ Johnson J.K., Cotman

C.W., Tasaki C.S., Shaw G.L. Enhancement of spatial-temporal reasoning after a Mozart listening condition in Alzheimer's disease: a case study. *Neurol Res.* 1998 Dec.

■ York E.

The development of a quantitative music skills test for patients with Alzheimer's Disease. *J Music Ther.* 1994.

■ Lipe A.W.

The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia. *J Music Ther.* 1995.

■ Padoani W., Marini M.,

Altre tecniche e approcci psicoterapeutici, sta in: *Manuale di Psicoterapia dell'Anziano*, Scocco P, De Leo D, Pavan L (a cura di), Bollati Boringhieri, Torino, 2001.

taneamente nella relazione terapeutica e quindi non essere indotta direttamente dal musicoterapista.

Lo stimolo sonoro-musicale del musicoterapista assume infatti una grande importanza per il fatto che il materiale eventualmente proposto non deve necessariamente costituire un rimando ad un brano specifico, ma piuttosto può richiamare strutturalmente quest'ultimo rispecchiandone le caratteristiche essenziali, per favorirne un parziale riconoscimento e consentendo, al tempo stesso, di dischiudere nuovi spazi elaborativi e relazionali nella dinamica musicoterapista-paziente. Lo sviluppo di una relazione terapeutica attraverso l'utilizzo di materiale sonoro arcaico rimane comunque uno degli aspetti fondamentali di questo approccio musicoterapico.

La musicoterapia si colloca a pieno titolo fra le strategie terapeutiche non farmacologiche. Nonostante l'esiguità di studi controllati o condotti con rigore scientifico, la letteratura mostra l'efficacia della terapia musicale nelle demenze e nella Malattia di Alzheimer, attraverso dati importanti e documentati.

Per questa ragione ci si auspica il proseguimento della ricerca in tal senso (Koger e Brotons, 2000). Effetti sono stati riscontrati sui disturbi psichici e comportamentali (Clendaniel e Fleishell, 1989; Gerdner e Swanson, 1993; Casby e Holm, 1994; Goddaer e Abraham, 1994; Brotons e Pickett-Cooper, 1996; Denney, 1997; Clark e al., 1998; Groene, 1999; Raglio et al., 2001; Snowden et al., 2003), sulle abilità cognitive (Smith, 1986; Rauscher et al., 1993, 1997; Johnson et al., 1998; Brotons e Koger, 2000), sulle competenze relazionali e sociali (Clair e Bernstein, 1990; Brotons e coll., 1997; Koger e coll., 1999; Koger e Brotons, 2000; Raglio et al., 2001), sui sintomi depressivi (Hanser e Thompson 1994; Fox et al., 1998; Snowden et al., 2003), nonché sul livello generale di qualità di vita della persona (Smith e Lipe, 1991; Aldridge, 1993, 1994; Kneafsey, 1997; Pacchetti et al., 1998). Un'incidenza positiva della musica e della musicoterapia

terapia è stata riscontrata anche sui caregiver (Clair e Ebberts, 1997; Clair, 2002; Brotons e Marti, 2003). Quest'ultima considerazione apre un importante spiraglio anche circa le potenzialità della musicoterapia rispetto ai possibili effetti, diretti e indiretti, sui caregiver: gli esiti positivi del trattamento musicoterapico possono, infatti, sollevare almeno parzialmente lo stato di sofferenza e frustrazione che caratterizza chi assiste la persona demente, attraverso una ri-motivazione e la possibilità di scorgere nuovi spiragli comunicativi, soprattutto dove i canali tradizionali sono ormai inesistenti. La musicoterapia offre la possibilità di mettere in comunicazione il familiare con il proprio congiunto, di recuperare, una dimensione affettivo-relazionale che non trova altrimenti possibilità di realizzarsi. Sembra anche importante sottolineare come, nelle demenze, a fronte di deficit cognitivi rilevanti e tendenti al peggioramento l'elemento sonoro-musicale possa costituire un materiale ancora fruibile, sia nei suoi aspetti di ricezione che di produzione, rimanendo maggiormente integre alcune funzioni cognitive ad esso collegate (Aldridge, 1994; Glynn, 1992; Braben, 1992; Polk e Kerstes, 1993; York, 1994; Lipe, 1995; Raglio et al., 2001). Naturalmente questo non è che un inizio, seppur promettente, della ricerca in musicoterapia applicata a questo ambito patologico, rilevante quanto complesso, nonchè articolato in tutti i suoi aspetti. Appare chiara la necessità di incrementare la ricerca scientifica grazie alla quale, probabilmente, la musicoterapia accrescerà la sua portata culturale e troverà maggiori spazi applicativi. Concludendo credo che la musicoterapia possa contribuire a far recuperare alla persona demente il proprio senso di identità, il proprio universo emotivo, affettivo e relazionale attraverso un processo di integrazione psichica e di continuità esistenziale.

* Tratto da Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ **Ploton L.**
La persona anziana, Raffaello Cortina, Milano, 2003.

■ **Polk M., Kertes A.**
Music and language in degenerative disease of the brain. *Brain Cogn.* 1993 May.

■ **Raglio A., Manarolo G., Villani D.,**
(a cura di), *Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, Cosmopolis, Torino, 2001.

■ **Rauscher F.H., Shaw G.L., Ky K.N.,**
Music and spatial task performance. *Nature.* 1993 Oct.

■ **Rauscher F.H., Shaw G.L., Levine L.J., Wright .EL., Dennis W.R., Newcomb R.L.,**
Music training causes long-term enhancement of preschool children's spatial-temporal reasoning. *Neurol Res.* 1997 Feb.

■ **Smith D.S.**
Therapeutic Treatment Effectiveness Documented in the Gerontology Literature: Implications for Music Therapy. *Music Ther. Perspect.* 1990.

■ **Smith D.S., Lipe A.W.,**
Music therapy practices in gerontology. *J Music Ther.* 1991 Winter.

■ **Snowden M., Sato K., Roy-Byrne P.**
Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Sep.

recensioni

a cura di Luca Zoccolan

■ Suoni Inauditi: l'improvvisazione nel jazz e nella vita quotidiana.

Davide Sparti, il Mulino, Bologna, 2005.

"Improvvisare": mettersi tutto ad un tratto a svolgere una funzione per la quale non si è preparati.

Come si evince dalla definizione estrapolata dal vocabolario, il termine improvvisare assume spesso valenze tutto sommato negative, viene cioè utilizzato per descrivere l'atto con cui qualcuno si cimenta in ambiti nei quali non ha dimestichezza e per i quali non ha una preparazione specifica.

In "Suoni inauditi" l'autore Davide Sparti fa invece un'analisi di quella che è la virtù dell'improvvisare prendendo spunto dalla pratica jazzistica.

Innanzitutto il libro sgombra il campo dagli aspetti folkloristici spesso attribuiti all'improvvisazione: l'assoluta libertà, la mancanza di utilizzo di processi cognitivi, l'assenza di regole e di materiali.

Pone poi l'attenzione su quelle che invece sono le basi su cui poggia la capacità di improvvisare: non un buttersi allo sbaraglio, ma un'eccellente preparazione, l'acquisizione di solide basi teoriche che permettano di creare, in tempo quasi reale, qualcosa di nuovo che ben si colloca nella storia che si sta narrando.

È il bagaglio dell'improvvisatore che rende valida l'improvvisazione: la possibilità che egli ha di attingere da esso le cose già espresse, da sé o da altri, e gli strumenti per elaborare queste cose e per renderle nuove e coerenti al contesto.

Vista così non esiste quindi, spiega l'autore, differenza fra l'improvvisare all'interno di un'esibizione musicale e lo svolgimento della vita quotidiana, nei cui diversi aspetti ciascuno è chiamato a comportarsi come il musicista.

"...si improvvisa conversando, in un gioco sportivo, cucinando, di fronte agli ordinari piccoli imprevisti come ai grandi eventi esistenziali per i quali non disponiamo di un copione già noto..." (dalla quarta di copertina.)

Nel capitolo finale del libro l'autore sviluppa questo pensiero, estendendo il concetto di improvvisazione a contesti non musicali, cercando le analogie che esistono fra pratica jazzistica e vita quotidiana, per cercare di rendere comprensibili gli imprevisti di quest'ultima.

■ Perché gli uccelli cantano

David Rothenberg, Ponte alle grazie, Milano, 2006.

...[Nella serie degli esseri ciascuno ha la sua voce ed un linguaggio conforme alla sua voce. Il linguaggio d'amore nel nido dell'usignolo è un canto soave, nella caverna del leone, un ruggito, nella foresta dove si rintano le fiere, è un nitrito di animale in calore, nell'angolo del gatto un alto schiamazzo: ogni specie d'animale parla il proprio linguaggio non per l'uomo ma per sé]...

Le riflessioni di J.G. Herder, uno dei più autorevoli ed influenti divulgatori degli ideali dello Sturm und Drang, si sposerebbero bene con le tesi proposte da David Rothenberg. Fra le pagine seducenti ed originali del suo libro trapelano di certo un tono romantico ed un pizzico di idealismo, tuttavia le strade che si intrecciano in questo viaggio tra scienza, biologia e musica inducono il lettore ad interrogarsi sui perché del canto e dell'arte. L'opera di Rothenberg non è solo un insieme di voli pindarici e di spunti poetici ma ci offre concretamente citazioni e curiosità che non mancheranno di coinvolgere lo studioso più esigente. Non tutti sanno che in un frammento della K 453, Concerto per pianoforte in Sol maggiore, di Mozart si nasconde il canto di un uccello che apparteneva allo storno domestico tanto voluto e amato dal compositore. Queste rarità non si insegnano di certo all'università o al conservatorio!

È idea comune, quando si parla di musica, che vi sia un materiale sonoro che la mente del compositore manipola, trasforma, organizza, compone appunto ma la fonte di ispirazione creativa non potrebbe forse provenire da una dimensione più naturale, più istintiva, più simile al canto degli uccelli?

Il nostro compositore David Rothenberg, attraversato dagli orizzonti improvvisativi del jazz ed inebriato dai giochi ritmico-melodici dell'uccello lira, non può che rispondere sì: sì alla natura ed alla bellezza che da essa scaturisce.

■ **La forza che guarisce. Musica, psiche, società**
Boris Luban Plozza, Carlo Delli Noci, Davide Ielmini,
Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.

Di recente ho avuto l'occasione di condividere per pochi tratti la dimensione sonoro-musicale che scandisce il rito vitale dei monaci cistercensi trappisti dell'Abbaye de Tamié. La Regola che caratterizza la vita monastica dei trappisti prevede all'interno delle loro cellette il silenzio ed il canto corale come espressione massima di lode al Divino. La lettura del libro "La forza che guarisce" è stata la conferma di aver vissuto in quel contesto un'esperienza musicale intensa ed unica, che trova una profonda analogia col mondo complesso e variegato della musicoterapia. Parlando del ruolo sociale attribuito alla musica nella vita monastica certosina, gli autori del libro, sottolineando la funzione significativa svolta dal canto corale, commentano: "Il canto corale è l'allegoria della relazione, dello scambio interpersonale, momento necessario per la ricerca dei valori che scandiscono lo scorrere della vita".

Credo che in questa riflessione sia racchiuso il nobile intento di ricondurre la musica alla sua dimensione storico-sociale, perché il fenomeno sonoro-musicale, che sia produzione sonora, sia fruizione o ascolto necessita comunque di un processo di storizzazione. Lo spirito degli autori di questo saggio si sposa perfettamente con le riflessioni del musicoterapeuta Ciampi che descrive il setting musicoterapico come la dimensione spazio-temporale capace di mettere in atto un processo storico in cui vengono a confluire tempi e modi del musicoterapista e del paziente. La musicoterapia può così divenire il luogo dell'incontro dove due esseri si raccontano e sono raccontati.

Dopo una prima parte di stampo psicologico e analitico, che vuole mettere in luce gli aspetti relazionali dell'esperienza musicale, la seconda parte del libro non può che introdurre un breve excursus di sociologia della musica che nasce dall'esigenza di conciliare il concetto benenzoniano di ISO complementare "che altro non è che la fluttuazione momentanea dell'ISO gestaltico sotto l'influsso di specifiche circostanze ambientali" con quello che Hegel identificava come "spirito oggettivo" ovvero quella dimensione temporale che vede protagonisti le mode, gli stili, i generi del momento storico vissuto nell'immediato.

■ **Musicoterapia ad indirizzo fenomenologico**
Massimo Borghesi, Marzia Mancini, Maria Luisa Bellopede, Marta Olivieri, Progetti Sonori, Pesaro, 2006.

"La teoria dell'armonizzazione dell'handicap, alla quale si ispirano gli autori, mira al perseguimento di una minor tensione tra i vari aspetti dell'individuo per il perseguimento di un maggior benessere. Questo modello è stato mirabilmente esposto diversi anni fa dal caposcuola Pier Luigi Postacchini, avendo come sintesi massima il testo "Lineamenti di Musicoterapia". Tuttavia la pratica maturata in questo decennio ha dimostrato come questo modello abbia condotto a qualche inevitabile revisione metodologico/culturale. Inoltre, le prime esposizioni hanno generato alcuni fraintendimenti: spesso lo si è recepito come fortemente centrato sulla armonizzazione degli analizzatori sensoriali, mentre ora abbiamo evidenziato che tra le parti da rendere armoniche nel perseguimento del benessere va compreso il numero più ampio possibile di sfaccettature dell'esistenza, sia essa con o senza handicap. Vogliamo dunque considerare l'utilità anche dell'armonizzazione del mondo delle idee con quello degli eventi fisico-somatici, con quello relazionale, con quello delle strategie istituzionali. Questo testo quindi, pur costituendosi come una evoluzione dell'impianto di Lineamenti di Musicoterapia, ne costituisce al contempo una versione chiarificata dall'esperienza pluridecennale che gli autori ne propongono".

(dalla presentazione al testo)

■ A.I.M.

Associazione Italiana dei Professionisti della MT

Lettera aperta a Soci e simpatizzanti

Gentili Soci e colleghi, si è svolta il 12 Maggio 2006 l'Assemblea Ordinaria dei Soci Aiemme presso l'Aula Magna del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna.

Durante l'Assemblea è stato approvato all'unanimità il bilancio A.I.M. relativo al 2005, è stato svolto un resoconto delle attività svolte nel primo mandato dal Consiglio Direttivo in carica e infine si sono svolte le elezioni delle cariche sociali per il prossimo mandato (triennio 2006-2009) con il seguente esito:

• Consiglio Direttivo

Ferdinando Suvini Presidente
Barbara Zanchi Vicepresidente
Emerenziana D'Ulisse Consigliere
Alfredo Raglio Consigliere
Claudio Bonanomi Consigliere
Luisa Bonfiglioli Consigliere

• Collegio Probiviri

Pio Enrico Ricci Bitti Presidente
Carmen Ferrara membro
Marzia Mancini membro
Gian Giuseppe Bonardi Sostituto
Stefano Navone Sostituto

• Revisore dei Conti

Leonardo Girardi

È stata inoltre confermata Germana Giorgerini nel ruolo di Segretaria Organizzativa dell'Associazione

Gli obiettivi che durante tale mandato il neo eletto Consiglio Direttivo si prefigge di ottenere e realizzare, attraverso la definizione e la nomina di Ruoli e Commissioni interne, sono:

1. Ottenere il Riconoscimento della Figura Professionale del MT.

L'attuale Governo (nella persona del Ministro Bersani) appare impegnato a provvedere con decisione e in tempi rapidi alla approvazione di un Disegno di Legge che riordini e riorganizzi il mondo professionale del nostro Paese.

Il nuovo Governo ha infatti mostrato, fin dai primi giorni della legislatura, una particolare attenzione al problema delle professioni e del mercato del lavoro.

Anche se a prima vista non sembrano esserci collegamenti, il decreto Bersani sulla liberalizzazione del mercato del lavoro apre una porta al discorso del Riconoscimento delle Associazioni Professionali, al discorso sulla tutela delle professionalità in una situazione in cui sia garantita, però, all'utenza il diritto di scelta.

Dopo una partenza decisa, ora la situazione si scontra con le innumerevoli difficoltà di una riforma che vada a toccare le professioni già esistenti e riconosciute, come quelle ordinistiche.

Per questo motivo è necessario essere presenti per ribadire la richiesta di una riforma e di una legge che tuteli sia gli interessi del musicoterapista preparato che i diritti di chi si rivolge a tale figura professionale.

L'AIM ha aderito alla proposta del Colap di organizzare una manifestazione importante per il 30 novembre a Roma, in cui saranno presenti, esponenti di rilievo del Governo e dell'opposizione, per far sentire le richieste di quanti operano senza alcuna tutela da anni nei vari settori che sono in attesa del Riconoscimento professionale.

Per documentarsi sull'evento, si può visitare il sito www.colap.it. Più importante sarebbe partecipare all'evento in prima persona per far sentire la nostra voce e portare avanti le nostre richieste.

2. Cura delle Relazioni con Associati interni: è un obiettivo prioritario riuscire ad attivare il maggior numero di Soci in progetti di collaborazione e continuativa partecipazione alla vita associativa;
3. Definizione delle relazioni con Enti Formativi di Musicoterapia: Confiam, Conservatori, Università; alla luce delle recenti iniziative in ambito Istituzionale e di un eventuale Riconoscimento Professionale si pone la necessità di affrontare le modalità di Relazione tra gli Enti Formativi presenti sul territorio e L'A.I.M.;
4. Realizzazione e stampa Guida del Professionista; è in corso di preparazione una pubblicazione che indichi le caratteristiche dell'Associazione, i percorsi svolti dai nostri Associati e possa essere inviate a tutti i Centri e le Istituzioni pubbliche e private di ambito socio sanitario attive sul territorio;
5. Revisione generale Sito www.aiemme.it (con creazione spazio riservato ai soci e elenco soci divisi per ambiti di lavoro e per Regioni);
6. Organizzazione Gruppi Regionali: verranno presi contatti con le realtà locali in modo che possano essere costituiti gruppi nel maggior numero possibile di Regioni. Il tutto in linea con quanto verrà definito dal Governo relativamente al federalismo (Riforma Capitolo V della Costituzione con particolare riferimento agli aspetti professionali);
7. Attivazione Assicurazione Soci: è stata attivata una collaborazione con le Assicurazioni Generali tramite il Colap (Coordinamento delle Libere Associazioni Professionali) estremamente vantaggiosa per i Soci dell'Associazione.
Sarà possibile Assicurarsi tramite l'Associazione sia per quanto riguarda la R.C. (Responsabilità Civile) che per altri aspetti

professionali;

8. Organizzazione Segreteria interna: verrà ampliata la collaborazione con la segreteria per offrire ai Soci un servizio sempre più ampio ed efficiente;
9. Relazioni con E.M.T.C.: verrà continuata ed ampliata in tutte le possibili forme la collaborazione con l'Associazione Europea. Segnaliamo che siamo in prima persona coinvolti nel lavoro di elaborazione dei criteri di appartenenza ai Registri Europei svolti da una Commissione (E.M.T.R.) appositamente nominata dalla EMTC.

Firenze, 10 Settembre 2006

Cordiali saluti,
Il Consiglio Direttivo AIEMME

articoli pubblicati

■ Numero 0, Luglio 1992

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

■ Volume I, Numero 1, Gennaio 1993

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

■ Volume I, Numero 2, Luglio 1993

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

■ Volume II, Numero 1, Gennaio 1994

Introduzione (F. Giberti) • *Ascolto musicale e ascolto interiore* (W. Stagnelli) • *Lo strumento sonoro musicale e la Musicoterapia* (R. Benenzon) • *Ascolto musicale e Musicoterapia* (G. Del Puente, G. Manarolo, P. Pistorino, 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 formazioni personale* (M. Scardovelli) • *Esperienza estetica e controtransfert* (M.E. Garcia) • *Funzione polivalente dell'elemento sonoro-musicale nella riabilitazione dell'insufficiente mentale grave* (G. Manarolo, M. Gilardone, F. Demaestri)

■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

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

■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

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

■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

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

■ Volume IV, Numero 2, Luglio 1996

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

■ Volume V, Numero 1, Gennaio 1997

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

■ Volume V, Numero 2, Giugno 1997

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

■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

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

■ Volume VI, Numero 2, Luglio 1998

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

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

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

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

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

■ Numero 1, Gennaio 2000

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

■ Numero 2, Luglio 2000

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

■ Numero 3, Gennaio 2001

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

■ Numero 4, Luglio 2001

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

■ Numero 5, Gennaio 2002

Riabilitazione 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. Spaccacocchi) • 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)

■ Numero 8, Luglio 2003

Gli Istituti Superiori di Studi Musicali e la formazione in Musicoterapia... paradigma e curriculum musicale... (Maurizio Spaccacocchi) • Dialogo riabilitativo fra la Musicoterapia e l'età evolutiva (P.L. Postacchini, A. Ricciotti) • Musicoterapia e riabilitazione in età evolutiva (R. Burchi, M.E. D'Ulisse) • Musicoterapia e psicomotricità: un'integrazione possibile (R. Meschini, P. Tombari) • L'intervento di musicoterapia nella psicosi (R. Messaglia) • Terapia sonoro-musicale nei pazienti in coma: esemplificazione tramite un caso clinico (G. Scarso, A. Ezzu) • Musicoterapia preventiva e profilassi della gravidanza e del puerperio (F. Pasini, A. Auditore) • Musicoterapia e disturbi comunicativo-relazionali in età evolutiva (F. Demaestri)

■ Numero 9, Gennaio 2004

Psicologia della musica e adolescenza (O. Oasi) • Forme musicali e vita mentale in adolescenza (A. Ricciotti) • Musica e Adolescenza (G. Manarolo, M. Peddis) • Un intervento di Musicoterapia con un gruppo di adolescenti (L. Metelli, A. Raglio) • L'approccio musicoterapico in ambito istituzionale: il trattamento dei disturbi neuropsichici dell'adolescenza (F. Demaestri) • Dal rumore al suono, dalla confusione all'integrazione (R. Busolini, A. Grusovin, M. Paci, F. Amione, G. Marini)

■ Numero 10, Luglio 2004

Espressione dello spazio e del tempo in musicoterapia: sintonizzazioni ed empatia (P. L. Postacchini) • Intrattenimento, educazione, preghiera, cura... Quante funzioni può svolgere il linguaggio musicale? (L. Quattrini) • Musicoterapia in fase preoperatoria (G. Canepa) • L'improvvisazione sonoro-musicale come esperienza formativa di gruppo (A. Raglio, M. Santonocito) • Musicoterapia e anziani (A. Varagnolo, R. Melis, S. Di Piero)

■ Numero 11, Gennaio 2005

Aspetti timbrici in musica e in Musicoterapia (P. Ciampi) • Il problema del "significato" in musicoterapia. Alcune riflessioni critiche sullo statuto epistemologico della disciplina, sulle opzioni presenti nel panorama attuale e sui modelli di formazione proposti (G. Gaggero) • Il significato dell'espressività vocale nel trattamento musicoterapico di bambini con Disturbo Generalizzato dello Sviluppo (DGS) (A. Guzzoni) • L'esportabilità spazio-temporale del cambiamento nella pratica musicoterapica: una pre-ricerca (M. Placidi) • L'ascolto: come luogo d'incontro: un trattamento di musicoterapia recettiva (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Venuti) • Armonie e disarmonie nel disagio motorio: una rassegna di esperienze (B. Foti)

■ Numero 12, Luglio 2005

La supervisione in Musicoterapia (P. L. Postacchini) • Le competenze musicali in ambito musicoterapico: una proposta (F. Demaestri) • L'armonia del sé: aspetti musicali dello sviluppo del sé (C. Tamagnone) • Interventi musicoterapici con bambini gravemente ipotonici (W. Fasser, G. V. Ruoso) • Emozioni e musica: percorsi di musicoterapia contro la dispersione scolastica (M. Santonocito, P. Parentela) • "Il Serpente Arcobaleno" esperienze di musico-arte-terapia e tossicodipendenza (F. Prestia)

■ Numero 13, Gennaio 2006

La Psicologia della musica: il punto, le prospettive (G. Nuti) • John Cage: caso vs. improvvisazione (C. Lugo) • La composizione in musicoterapia (A. M. Gheltrito) • Musicoterapia preventiva in ambito scolastico: un programma sperimentale per lo sviluppo dell'empatia (E. D'Agostino, I. Ordiner, G. Matricardi) • Musicoterapia e Riabilitazione: una esperienza grupppale integrata (Flora Inzerillo) • Dal Caos all'armonia (R. Messaglia)

norme redazionali

- 1) I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare il file relativo, redatto con Word per Windows, in formato RTF, al seguente indirizzo di posta elettronica:
manarolo@libero.it
- 2) L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.
- 3) Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:
 - a) LIBRO: Cordero G.F., *Etologia della comunicazione*, Omega edizioni, Torino, 1986.
 - b) ARTICOLO DI RIVISTA: Cima E., *Psicosi secondarie e psicosi reattive nel ritardo mentale*, *Abilitazione e Riabilitazione*, II (1), 1993, pp. 51-64.
 - c) CAPITOLO DI UN LIBRO: Moretti G., Cannao M., *Stati psicotici nell'infanzia*. In M. Groppo, E. Confalonieri (a cura di), *L'Autismo in età scolare*, Marietti Scuola, Casale M. (AI), 1990, pp. 18-36.
 - d) ATTI DI CONVEGNI: Neumayr A., *Musica ed humanitas*. In A. Willeit (a cura di), *Atti del Convegno: Puer, Musica et Medicina*, Merano, 1991, pp. 197-205.
- 4) 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.

