

musica & **terapia**

numero

**24**

**direttore editoriale**

Gerardo Manarolo

**comitato di redazione**

Claudio Bonanomi

Massimo Borghesi

Ferruccio Demaestri

Bruno Foti

Alfredo Raglio

Andrea Ricciotti

**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

Giovanni Del Puente

Sezione di Musicoterapia,

Università di Genova

Denis Gaita

Psichiatra, Psicoanalista, Milano

Franco Giberti

Psichiatra, Psicoanalista,

Università di Genova

Edith Lecourt

Università Parigi V,

Sorbonne, Francia

Luisa Lopez

Fondazione Mariani, Milano

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 & 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  
**La ricerca in musicoterapia:  
dati quantitativi e qualitativi**  
Roberto Caterina,

**La ricerca in musicoterapia:  
lineamenti, tematiche e prospettive**  
Michele Biasutti

pag 22  
**Musicoterapia e Danzaterapia  
nel trattamento dei disturbi  
dell'equilibrio in pazienti  
con sclerosi multipla: studio  
su due pazienti**  
Concetta Laurentaci, Maria Rosaria Lisanti,  
Angela Dasco, Giuseppe Guida

pag 33  
**Sviluppo di una sequenza sonoro/musicale  
da impiegare come strumento d'indagine  
nella fase di valutazione musicoterapica**  
Gerardo Manarolo, Sara Piattino, Claudia Lorenzi,  
Flavia Pirillo & Giovanni Del Puente

pag 54  
**Recensioni**

pag 56  
**Notiziario**

pag 58  
**Articoli pubblicati  
sui numeri precedenti**

Il secondo numero del 2011 è dedicato al tema della ricerca, argomento centrale per il pieno riconoscimento scientifico della nostra disciplina. In esso sono contenuti alcuni dei contributi presentati in occasione del Congresso "La ricerca in musicoterapia" (tenutosi il 17 Aprile del 2010 presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università degli studi di Padova). L'insieme dei lavori discussi in quel contesto, arricchito da ulteriori contributi, sarà oggetto di una pubblicazione curata dalle edizioni Cosmopolis.

Musica et Terapia si apre con il saggio di Roberto Caterina che ci offre una disamina approfondita sul tema della ricerca in musicoterapia individuando e trattando le tre principali direzioni di studio presenti in essa (valutazione dell'intervento in determinate patologie; studi di tipo longitudinale; analisi nel tempo delle dinamiche relazionali).

Michele Biasutti, a seguire, si propone di analizzare le varie direzioni di ricerca nel campo clinico della musicoterapia prendendo in considerazione gli articoli apparsi sul Journal of Music Therapy dal 1998 al 2008 (per un totale di 190 articoli). Questo studio ha permesso di dedurre diverse categorie al cui interno suddividere il materiale; le categorie a loro volta sono state raggruppate in aree tematiche (vedi tab. 1 pag 16).

I contributi successivi offrono al lettore la declinazione pratica ed esperienziale della ricerca in musicoterapia.

Concetta Laurentaci presenta uno studio sperimentale, rivolto a due pazienti affette da sclerosi multipla, teso a dimostrare l'efficacia terapeutico-riabilitativa dell'approccio musicoterapico e danzaterapico.

Il gruppo studi di musicoterapia dell'Università di Genova descrive uno studio pilota volto a sviluppare una sequenza sonoro/musicale da impiegare nella fase di presa in carico per sondare e analizzare l'identità sonoro/musicale (l'Iso) del paziente.

# La ricerca in musicoterapia: dati quantitativi e qualitativi

*Scientific research in music therapy may concern both quantitative and qualitative data. Observational data coming from patients' and therapists' behaviors such as body movements, facial expressions, the amount of time spent in therapeutic activities and so on can be measured along single sessions using some classical psychological research instruments such as observational grids and scales. Quantitative data are extremely useful to test patients' involvement in therapy. Furthermore referring to quantitative data one can make some experimental hypotheses concerning different groups of patients and their reaction to therapy. However it is not always easy to use quantitative data in music therapy realm and it may be somehow problematic to organize valid control groups. Qualitative data concerning self report observations (in questionnaires or in supervisions) may be therefore necessary to test how the patient-therapist relationship and its emotional regulation processes can become deeper during therapy.*

In queste  
pagine  
si cercherà  
di individuare  
il contributo  
specifico della  
musicoterapia  
al di là  
dei semplici  
effetti  
relativi  
all'esposizione  
sonora

## Introduzione

Il tema della ricerca scientifica in musicoterapia ha conosciuto nel corso di questi ultimi anni una serie di articolazioni che sostanzialmente hanno delineato 3 diverse direzioni di studio: 1) un gruppo consistente di lavori riguarda l'utilizzo della musica e dei suoni all'interno di precisi protocolli terapeutici per il trattamento di determinate patologie (ad esempio le cure palliative nel caso del cancro) o anche solo per migliorare determinate prestazioni cognitive; 2) un altro gruppo di ricerche riguarda gli effetti di un protocollo di musicoterapia con specifiche caratteristiche di setting su un determinato gruppo di pazienti per determinare, in senso longitudinale (prima, durante e dopo la cura), i benefici conseguiti e le modifiche comportamentali indotte; 3) un ultimo gruppo di studi riguarda, infine, l'analisi della re-

## Ogni intervento di musicoterapia va infatti visto come un'ipotesi da verificare

lazione, nel tempo, del rapporto tra musicoterapeuta e paziente.

In queste pagine si cercherà di individuare il contributo specifico della musicoterapia al di là

dei semplici effetti relativi all'esposizione sonora e verranno esaminati gli strumenti di verifica impiegati nei 3 diversi contesti prima indicati. In particolare si farà riferimento alle metodiche di osservazione impiegate, agli strumenti costruiti per la rilevazione e la successiva analisi dei dati e alla comparazione tra gruppi sperimentali e di controllo. I dati rilevati, laddove oggetto di una misurazione effettiva, come alcuni aspetti comportamentali osservati, possono far parte di una verifica di tipo quantitativo: le modifiche comportamentali rilevate, come ad esempio una maggiore espressività corporea, possono essere messe in relazione con l'esposizione sonora o con l'applicazione di un protocollo di musicoterapia; si può valutare se si tratta di modifiche temporanee, transitorie o se si può sperare che tali mutamenti possano protrarsi nel tempo. La verifica di un modello o di un trattamento di musicoterapia non può, però, solo basarsi su aspetti quantitativi: analogamente a quanto avviene nella psicoterapia è l'analisi della qualità del rapporto terapeuta-paziente a dover essere oggetto di una particolare attenzione e verifica. Questa analisi si basa sostanzialmente su strumenti di auto-osservazione e di osservazione del vissuto emotivo (come nella pratica della supervisione) che consentono di dare un'effettiva direzionalità all'intervento in termini di prospettare alcune ipotesi di modifiche intervenute nel rapporto terapeuta-paziente e del successivo impegno terapeutico. Proprio questo ultimo aspetto ci porta a scoprire il legame profondo che esiste tra musicoterapia e ricerca. Ogni intervento di musicoterapia va infatti visto come un'ipotesi da verificare, come un progetto da realizzare e anche

la ricerca, d'altra parte, nei suoi aspetti più applicativi può essere vista in funzione di un obiettivo da conseguire con il concorso e l'aiuto di molteplici fattori.

### Ricerca e verifica della validità

Quando si parla di ricerca in musicoterapia si fa riferimento al fatto che il setting musicoterapeutico o la semplice esposizione sonora possano essere oggetto di indagine per verificare alcune ipotesi relative all'efficacia della musica in determinati contesti. Il problema della ricerca in musicoterapia coesiste, quindi, di fatto con la possibilità di verificare con specifici strumenti la validità e l'efficacia di un protocollo di musicoterapia. Bisogna definire con precisione qual è l'ambito specifico della ricerca in una situazione terapeutica e distinguere il piano dell'ascolto musicale da quello della musicoterapia. Dire che ascoltare la musica può fare bene, attivare certe risposte da parte dell'organismo e stimolare varie abilità cognitive o comportamentali è cosa diversa dal dire che la musica utilizzata all'interno di un protocollo musicoterapeutico può essere efficace nei casi in cui si presenti questo o quel disturbo. Naturalmente nell'ascolto musicale l'intento terapeutico non è necessariamente cercato; il più delle volte si ascolta la musica per il piacere di farlo, anche se questo ascolto può avere poi degli effetti benefici; nella musicoterapia, invece, il fare o ascoltare musica ha sia una precisa finalità terapeutica tesa al miglioramento di alcuni sintomi o al recupero di alcune abilità, sia lo scopo di costituire un canale di comunicazione tra paziente e terapeuta.

Non è sufficiente, quindi, chiedersi se e quanto la musica possa avere risvolti positivi come ad esempio hanno fatto Rausher, Shaw and Ky (1993) autori di un tanto famoso quanto contestato lavoro sull'effetto Mozart, per inquadrare

correttamente quale possa essere l'ambito della ricerca in musicoterapia. Bisogna, inoltre, escludere da questo ultimo ambito di ricerca anche quegli studi sulla musica funzionale o sulle difficoltà di ascolto musicale (come le amusie, Sachs, 2007) che riguardano altri settori del rapporto uomo-musica che solo marginalmente possono riguardare la musicoterapia.

Per parlare propriamente di ricerca in musicoterapia occorre, pertanto, riferirsi ad un progetto terapeutico all'interno del quale la musica può essere utilizzata per curare diversi disturbi o, anche ad un migliore uso della musicoterapia all'interno di una istituzione. Ipotesi teoriche, possibili risultati sono da valutare in funzione di una applicazione concreta. Ad esempio in un ospedale pediatrico la ricerca può essere finalizzata ad un'utilizzazione mirata della musicoterapia in alcuni reparti.

Parlare di musicoterapia e ricerca vuol dire evidenziare la collaborazione fra più figure professionali in vista della realizzazione di un progetto comune e portare avanti delle concrete ipotesi operative in aggiunta al valore terapeutico della musica e dei suoni.

### **Gli strumenti della ricerca e della verifica**

Le diverse situazioni di musicoterapia per essere studiate ed in parte misurate implicano l'impiego di un certo numero di strumenti di osservazione. Si può fare ricorso all'osservazione diretta, utilizzando differenti metodologie e tecnologie. È di uso comune, all'interno di sedute di musicoterapia, naturalmente con il consenso degli interessati, la videoregistrazione di alcuni momenti salienti, così come ci può essere la presenza di osservatori diversi dal terapeuta che prendono nota regolarmente di alcuni accadimenti. L'osservazione può essere guidata da alcune griglie che gli osservatori possono compilare durante la seduta oppure ex post osservando le videoregistrazioni. Queste griglie sono dei veri e propri strumenti di ricerca che mirano a verificare alcune ipotesi teo-

riche relativamente a dei cambiamenti percepiti nel corso della seduta o di più sedute. Questi strumenti di osservazione possono essere appositamente costruiti per differenti contesti o possono riferirsi a delle condotte generali e, quindi, valere per numerosi quadri terapeutici. Gli strumenti di osservazione servono alla notazione di ciò che appare chiaramente visibile sia nel comportamento espressivo del paziente, sia nel rapporto, nell'interazione terapeuta-paziente. Nella costruzione di queste griglie bisogna prestare particolare attenzione oltre alla validità dello strumento e alla sua appropriatezza in relazione all'ipotesi da testare, anche che i criteri individuati per includere o meno un dato siano sufficientemente univoci e che gli osservatori (giudici) siano più di uno, a volte con diversi gradi di esperienza, e che possano valutare indipendentemente l'uno dall'altro il materiale osservato. Questi criteri servono a rendere il contesto osservativo il più omogeneo e oggettivo possibile.

Accanto a questo tipo di osservazione che si rivela estremamente utile per raccogliere dei dati che siano in qualche modo quantificabili e riconducibili a numeri (ad esempio quante volte il paziente fa questo o quell'altro movimento), esistono anche degli altri criteri di osservazione più soggettivi che riguardano l'autovalutazione, la descrizione dei vissuti emotivi che il terapeuta sente nei confronti del paziente e del setting. Un po' tutti i protocolli che vengono compilati dal terapeuta dopo la seduta di musicoterapia (come del resto in tutte le situazioni di psicoterapia) (Benzenon, 1981) rispecchiano questi criteri di autoosservazione e si rivelano estremamente utili per inquadrare e descrivere la qualità del rapporto paziente-terapeuta, i loro scambi emotivi e comunicativi. Questo tipo di osservazione detta anche "partecipante" nata in contesto psicoanalitico e di psicoterapia infantile (Bick, 1964) rappresenta senza dubbio uno strumento qualitativo che può essere utilizzato anche in sede di una ricerca em-

pirica e clinica per valutare, ad esempio, come venga ad attuarsi la regolazione delle emozioni nel corso della terapia. Gran parte del lavoro di supervisione, in musicoterapia come in tutte le psicoterapie, è direttamente collegabile a quegli strumenti di autoosservazione con cui il terapeuta cerca di descrivere il suo rapporto con il paziente, le emozioni che questo ultimo suscita in lui e il significato che possono avere nel prosieguo della terapia.

Sia nella situazione di osservazione, sia in quella di autoosservazione, sia ancora nel caso di dati quantitativi oppure qualitativi, le griglie di osservazione costruite in base ai criteri di cui si è prima detto possono essere affiancate da altri strumenti psicologici di misurazione: si tratta di scale standardizzate che servono ad individuare distinte popolazioni di soggetti (depressi, ansiosi, ecc...) da confrontare o esaminare isolatamente in relazione all'intervento (prima, durante e dopo). In altri termini queste scale ci consentono di fare delle precise ipotesi di ricerca. Se ad esempio vogliamo ipotizzare che la musicoterapia possa essere efficace in un determinato disturbo d'ansia, la somministrazione di una scala d'ansia prima dell'intervento di musicoterapia può essere utile a definire il campione dei soggetti in trattamento relativamente al disturbo che presentano, mentre la somministrazione di una scala d'ansia durante o dopo il trattamento di musicoterapia può essere importante per determinare l'efficacia del trattamento in relazione al disturbo d'ansia. Si possono così fare delle ipotesi di ricerca precise in base all'utilità della musicoterapia in questa o in quella popolazione di soggetti.

Affinché il protocollo di ricerca possa essere definito con precisione è necessaria la presenza di un gruppo di controllo del tutto simile al gruppo sperimentale tranne che per il trattamento proposto. Così nell'esempio ipotetico fatto prima se si vuole studiare l'effetto della musicoterapia su dei soggetti portatori di disturbi d'ansia bisogna confron-

tare un gruppo di tali soggetti, a cui è offerto un trattamento di musicoterapia (gruppo sperimentale), con un gruppo di soggetti analoghi a cui è offerto un trattamento diverso dalla musicoterapia (gruppo di controllo). La presenza di un gruppo di controllo è indispensabile per verificare che sia proprio la presenza della musicoterapia quell'elemento, tra due gruppi affini di soggetti, a determinare una differenza statisticamente significativa in termini di effetti terapeutici che possono essere valutati in base a diversi parametri come si dirà più precisamente nel prossimo paragrafo.

Non è sempre facile tuttavia organizzare un protocollo di ricerca in musicoterapia che si avvalga di un gruppo di controllo e di strumenti standardizzati sia per la rilevazione dei dati osservati, sia per la definizione della popolazione da sottoporre a trattamento. L'ottica clinica che costituisce il punto di riferimento essenziale per chi si occupa di musicoterapia può determinare degli obiettivi di ricerca in qualche modo particolari. Gli strumenti di osservazione in musicoterapia non consistono, infatti, in una mera raccolta di dati provenienti dal paziente, così come l'osservazione non è una mera registrazione di avvenimenti esterni, ma rappresentano per il terapeuta la capacità di saper costruire i presupposti per un dialogo con il paziente fondato nell'individuazione di alcuni elementi sonori che fanno parte di uno spazio di comunicazione comune. Questo obiettivo terapeutico è anche un obiettivo empirico di ricerca per la maggior parte degli operatori impegnati nel campo della musicoterapia. In particolare quando è il musicoterapeuta ad essere lo strumento-chiave della ricerca, ad essere coinvolto in prima persona nell'analisi, nella comprensione dell'esperienza terapeutica, la ricerca deve avvalersi di criteri qualitativi piuttosto che quantitativi e rappresentare in sostanza un mezzo per scoprire il significato della relazione terapeuta-paziente e per renderla più efficace e suscettibile di migliorare il benessere psicofisico del paziente.

## Ricerca e prospettive terapeutiche

L'utilità della musicoterapia può essere valutata in funzione dei cambiamenti registrabili e osservabili nei pazienti in seguito all'applicazione della musicoterapia. Non è facile, però, dare una risposta univoca, dal momento che i modelli di musicoterapia sono vari e prevedono ora una semplice esposizione sonora, ora la costruzione di un rapporto terapeutico.

Si può tentare di classificare i "cambiamenti" indotti nei pazienti dall'uso della musicoterapia secondo alcuni livelli che prendono in considerazione i diversi aspetti dell'esposizione sonora e/o della musicoterapia come nella tabella qui sotto. Alcune ricerche applicative circa il rapporto tra esposizione sonora e risposte fisiologiche si sono avvalse dell'induzione attraverso vibrazioni di suoni a bassa frequenza (tecnica che viene definita del massaggio sonoro).

Tabella 1.

I principali cambiamenti indotti dalla e.s. (esposizione sonora) e/o dalla m.t. (musicoterapia)

1. Cambiamenti nelle risposte fisiologiche e corporee (e.s.+m.t)
2. Cambiamenti nella sintomatologia di determinate malattie (e.s.+m.t)
3. Cambiamenti nell'espressività corporea (m.t)
4. Cambiamenti nell'attenzione e nell'interesse (m.t)
5. Cambiamenti nell'interazione sociale (m.t.)
6. Cambiamenti nel rapporto con il terapeuta (m.t.)
7. Cambiamenti nei vissuti soggettivi (m.t.)

1. Cambiamenti nelle risposte fisiologiche e corporee

- Accelerazione-decelerazione del battito cardiaco  
La musica per le sue componenti ritmiche sembra influire su tali risposte.

Alcuni studi sono stati fatti nelle unità coronariche in pazienti affetti da infarto miocardico e altri scompensi cardiaci

I risultati sono contraddittori per quanto riguarda i cambiamenti nel parametro fisiologico osservato. Ad es. nello studio di Davis-Rollans & Cunningham (1987) non si è notata una differenza nel battito cardiaco fra i soggetti esposti a suoni e il gruppo di controllo, non così nello studio di Guzzetta (1989) dove, invece, in soggetti infartuati, si è assistito ad una significativa decelerazione del battito cardiaco rispetto ai controlli

La contraddittorietà dei risultati non ha influenzato i miglioramenti comunque indotti dall'esposizione sonora che possono essere spiegati con una riduzione dell'ansia.

### - Ritmo respiratorio

Anche qui si è ipotizzata una forte influenza dell'esposizione sonora. I risultati ancora una volta sono contraddittori: in uno studio su ammalati di sclerosi multipla (Wiens, Reimer e Guyn, 1999) si è visto che l'esposizione sonora poteva aiutare nel rafforzamento dei muscoli respiratori, ma non v'erano differenze significative con i controlli. In un altro studio (Grossman et Al., 2001) si è potuto osservare un miglioramento del ritmo respiratorio in pazienti ipertesi in seguito ad esposizione sonora.

### - Pressione sanguigna

Vi è qualche evidenza di un abbassamento dei valori massimi della pressione del sangue in soggetti ipertesi (Grossman et Al., 2001) in seguito ad esposizione sonora.

### - Conduttanza cutanea

Alcune ricerche della Alvin (1975) avevano dimostrato una certa differenza nella risposta psicogalvanica tra chi ascoltava la musica e chi non l'ascoltava. Si tratta comunque di indicazioni piuttosto vaghe e non legate a patologie specifiche.

### - Risposte ormonali

Studi sull'incremento di melatonina in pazienti affetti da Alzheimer (Kumar et al., 1999) rispetto

a controlli (senza esposizione sonora) con conseguente stabilizzazione del ciclo del sonno.

Studi sulla riduzione della produzione degli ormoni dello stress (cortisolo e ACTH, ormone adrenocorticotropico) in seguito ad esposizione sonora o a musicoterapia in pazienti affetti da cancro (Bunt, 1994) o in situazioni preoperatorie (Escher et Al., 1993).

- Risposte del sistema immunitario

Ricerche effettuate hanno dimostrato che l'esposizione sonora stimola significativamente le difese immunitarie. Alcuni studi sono stati fatti sull'immunoglobulina A (Burns et Al., 2001; Knight, Rickard, 2001). Altri sui cosiddetti natural killers (NK) (Hasegawa, et Al., 2001). Altri ancora sui linfociti T4 (Bittman et Al., 2001).

## 2. Cambiamenti nella sintomatologia di determinate malattie

Questo ambito di ricerca ha riguardato sia l'esposizione sonora, sia l'applicazione di modelli di musicoterapia ricettiva e attiva.

Le principali ricerche sono state condotte nell'ambito degli studi sul cancro (Frank, 1985; Zimmerman et Al., 1989; Bailey, 1983) e tra i principali risultati bisogna annoverare:

- Riduzione degli episodi di vomito, non associata a riduzione di nausea
- Riduzione della sintomatologia dolorosa cronica, minore incidenza sulla sintomatologia dolorosa acuta
- Cambiamenti di umore in positivo.

## 3. Cambiamenti nell'espressività corporea

Questo ambito ha riguardato le osservazioni nel corso delle sedute di musicoterapia. Una maggiore attività corporea, movimenti del corpo, della postura e cambiamenti della mimica facciale sono stati rilevati in pazienti normalmente impediti nella loro espressività (tra i molti lavori si possono ricordare Suzuki, 1998; Wager, 2000). I cambiamen-

■ **Alvin J.**  
(1975). *Music Therapy*, London: John Clare Books, (tr.it. La musica come terapia, Roma: Armando, 1979).

■ **Bailey L.M.**  
(1983). The effects of live music versus tape recorded music on hospitalized cancer patients. *Music Therapy*, 3(1), 17-28.

■ **Benenzon R.O.**  
(1981). *Manual de musicoterapia*, Barcelona: Paidós, (tr. it. Manuale di musicoterapia, Borla, Roma 1994).

■ **Bick E.**  
(1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45: 558-566.

■ **Bion W.R.**  
(1962). *Learning from Experience*, Londra: Heinemann (tr. it. Apprendere dall'esperienza), Roma: Armando, 1972.

■ **Bittman B., Berk L., Felten D., Westengard J., Simonton O., Pappas J., Ninehouser M.**  
(2001). Composite Effects of Group Drumming Music Therapy on Modulation of Neuroendocrine-Immune Parameters in Normal Subjects, *Alternative Therapies*, 7, 55-57.

■ **Bunt L.**  
(1994). *Music Therapy: an Art Beyond Words*, London: Routledge, (tr. it. Musicoterapia. Un'arte oltre le parole, Roma: Kappa, s.d.).

■ Burns S.J., Harbuz M.S., Hucklebridge R., & Bunt L. (2001). A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1), 48-56.

■ Courtright P., Johnson S., Baumgartner M.A., Jordan M. and Webster J.C. (1990). Dinner music: does it affect the behavior of psychiatric inpatients? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 28, 3, 37-40.

■ Davis-Rollans C., Cunningham S.G. (1987). Physiologic responses of coronary care patients to selected music. *Heart and Lung*, 16(4), 370-378.

■ Escher J., Hohmann U., Anthenien L., Dayer E., Bosshard C., Gaillard R.C. (1993). Music during gastroscopy. *Journal of Swiss Medicine* 123, 1354-1358.

■ Fogel A. (2008). Relationships that support human development. In A. Fogel, B. J. King, & S. Shanker (Eds.). *Human development in the 21st century: Visionary policy ideas from systems scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

■ Frank J.M. (1985). The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncological Nursing Forum*, 12(5), 47-52.

ti sono stati notati in relazione all'ascolto musicale e all'impegno nell'improvvisazione musicale, in altri termini in presenza della musica. Si tratta di cambiamenti spesso transitori che non sempre si traducono in modifiche comportamentali durevoli.

4. Cambiamenti nell'attenzione e nell'interesse  
Dai dati dei protocolli clinici emerge una maggiore attenzione ed interesse per la produzione e il materiale musicale da parte dei pazienti nel corso della terapia.

Questi aspetti sono più stabili e meno transitori di quelli espressivi e rivelano una crescita motivazionale per la terapia seguita, appaiono cioè più convinti e motivati sull'utilità della terapia.

5. Cambiamenti nell'interazione sociale  
Nel corso di terapie di gruppo private e in contesti istituzionali si è potuto vedere come l'intervento musicoterapeutico è riuscito a migliorare (o a creare) delle interazioni di gruppo.

Nelle ricerche di Courtright et. Al (1990) si è visto che comportamenti distruttivi e asociali in pazienti psichiatrici cronici diminuiscono significativamente in seguito a musicoterapia. Tale mutamenti spesso, però, sono provvisori.

In uno studio di Schmuttmayer (1983) si è visto che in pazienti schizofrenici cronici la musicoterapia favorisce la comunicazione; il suonare favorisce l'attività, il cantare riduce l'ansia.

Progetti di musicoterapia e di arti-terapie vengono sviluppati con successo in comunità di tossicodipendenti, o in altre situazioni di disagio sociale: le finalità di tali progetti, come in altri ambiti, sono rivolte alla regolazione delle emozioni e allo sviluppo di adeguate competenze sociali ed interattive.

6. Cambiamenti nel rapporto con il terapeuta  
Nell'esame complessivo di una serie di sedute di musicoterapia si può valutare il grado di contatto e di interazione tra terapeuta e paziente. Sono state predisposte diverse griglie che partono da

situazioni di non contatto e non interazione a momenti di contatto simmetrico.

Questi strumenti (come in Fogel, 2008 e Ricci Bitti e Bonfiglioli, 2009) permettono, pur in un'ottica quantitativa, di valutare l'evoluzione e il successo del rapporto terapeutico.

### 7. Cambiamenti dei vissuti soggettivi

Soprattutto con pazienti in grado di verbalizzare è possibile esaminare nel corso della terapia le principali modificazioni degli stati affettivi.

In uno studio di Reinhardt e Ficker (1983) su pazienti depressi in un modello di musicoterapia particolarmente centrato sulla regolazione delle emozioni si è potuto osservare che i pazienti sono stati in grado di vivere coscientemente le proprie emozioni e di instaurare un confronto razionale con il proprio sé.

In sostanza l'interesse per la ricerca scientifica nel settore della musicoterapia è in costante evoluzione: alcuni risultati, concreti, sono stati verificati, ma un cammino lungo e spesso non facile deve essere ancora percorso. La collaborazione con altre discipline come la psicologia, la psicologia dell'arte o della musica, e con altre figure professionali, tipo psicoterapeuti, medici, può rilevarsi preziosa e proporre dei modelli di ricerca e di terapia interdisciplinari. Lentamente si sta facendo avanti l'idea che la musicoterapia possa rappresentare qualcosa di più di una delle tante terapie non tradizionali, non meglio differenziate, ma che esiste, invece, uno spazio specifico di intervento, fondato non su aspettative magiche o esoteriche, ma su un linguaggio, quello artistico e musicale, che risponde alle richieste di aiuto sia al livello privato, sia al livello istituzionale e che privilegia la comunicazione e la regolazione delle emozioni.

### Elementi quantitativi e qualitativi

Si può dire, al livello generale, che la musicoterapia si basi sulla capacità di ascoltare se stessi, a partire

#### ■ Guzzetta C.E.

(1989). Effects of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit with presumptive acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, 18, 609-616.

#### ■ Grossman E.,

Grossman A., Schein M.H., Zimlichman R., Gavish B. (2001). Breathing-control lowers blood pressure, *Journal of Human Hypertension*, 15:263-269.

#### ■ Hasegawa Y., Kubota N.,

Inagaki T., Shinagawa N. (2001). Music therapy-induced natural killer cell count and function, *Japanese Journal of Geriatrics*, 38 part 2.

#### ■ Knight W.E.J.,

Rickard N.S. (2001). Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure and heart rate in healthy males and females. *Journal of Music Therapy*, 38(4).

#### ■ Kumar A.M., Tims F.,

Cruess D.G., et al. (1999) Music therapy increases serum melatonin levels in patients with Alzheimer's disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5:49-57.

#### ■ Rauscher F.H.,

Shaw G.L., Ky K.N. (1993) Music and spatial task performance. *Nature*, 365, 611.

#### ■ Reinhardt A., Ficker F.

(1983). Erste Erfahrungen mit Regulativer Musiktherapie bei psychiatrischen Patienten. *Psychiatr Neurol Med Psychol*, 35:604-610.

■ Ricci Bitti P.E., Bonfiglioli L. (2009). I contesti della musicoterapia. In R. Caterina, G. Magherini e S. Nirenstein Katz (a cura di), *Crescere con la musica. Dal corpo al pensiero musicale*. Firenze: Nicomp Laboratorio Editoriale.

■ Sachs O. (2007). *Musicophilia /Tales of Music and the Brain*. New York: Alfred A. Knopf; London: Picador (Trad. It. Musicofilia: Racconti sulla musica e il cervello, Adelphi, Milano 2008).

■ Schmuttermayer R. (1983). Possibilities for inclusion of group music therapeutic methods in the treatment of psychotic patients [Moeglichkeit der Einbeziehung gruppentherapeutischer Methoden in die Behandlung von Psychotikern]. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 35(1):49-53.

■ Steele K.M., Bass K.E., Crook M.D. (1999). The mystery of the Mozart Effect: Failure to replicate. *Psychological Science*, 10 (4), 366-369.

■ Streito B. (1995). "Il laboratorio corale come luogo di relazioni umane e di esperienze estetiche" in L.M. Lorenzetti (a cura di). *La dimensione estetica dell'esperienza*, Milano: Angeli.

■ Suzuki A. (1998). The effects of music therapy on mood and congruent memory of elderly adults with depressive symptoms. *Music Therapy Perspectives*, 16(2), 75-80.

dall'esperienza sonora del proprio corpo (si pensi ad esempio al ritmo cardiaco, o a quello respiratorio), di sapere ascoltare gli altri e di acquisire nuove competenze - imparando a modulare la propria voce (Streito, 1995) o a suonare uno strumento - che consentono in definitiva di scoprire, o meglio osservare, nuovi spazi percettivi ed affettivi.

In musicoterapia non è sempre corretto applicare parametri di verifica quantitativi e applicare in maniera meccanica delle procedure di verifica che sono proprie delle leggi fisiche e matematiche.

È difficile in musicoterapia, come si è già detto, creare dei gruppi di controllo.

Spesso alcuni casi singoli possono essere molto significativi per perseguire un'ipotesi di lavoro.

Ancora non tutto è osservabile e non tutto ciò che è osservabile ha lo stesso valore in contesti e in momenti temporali diversi.

La verifica qualitativa si basa allora sul progredire della qualità dell'interazione terapeuta-paziente, sulle emozioni che sia il terapeuta, sia il paziente sanno provare.

Una valutazione soggettiva del terapeuta e del paziente è pertanto indispensabile per capire se il rapporto funziona e se può avere un qualche sbocco futuro.

Elementi qualitativi, piuttosto che quantitativi, devono essere tenuti presenti anche all'inizio della terapia, nell'assessment, nella presa in carico del paziente e nella valutazione di una possibile risposta positiva alla terapia.

La valutazione qualitativa trova, come si è prima visto, un riscontro affidabile nella supervisione, intesa tanto come supervisione individuale, tanto come supervisione di gruppo.

La supervisione consente, infatti, al terapeuta di sviluppare il rapporto empatico con il paziente, di osservare meglio il proprio mondo interno e di elaborare delle strategie terapeutiche efficaci.

La ricerca qualitativa, quindi, consiste nel formulare, insieme al supervisore, delle strategie terapeutiche efficaci che possono essere verificate

passo passo e nel tempo, man mano che aumentano i momenti di comunicazione tra paziente e terapeuta e l'interesse che il paziente dimostra. L'elemento che media il rapporto tra musica e terapia è l'ascolto, inteso come capacità di entrare in sintonia con il mondo sonoro del paziente. Ascoltare il paziente è la strada che il terapeuta segue per far capire a chi ha in cura qualcosa di più del suo mondo emotivo e per aiutarlo a tenerlo sotto controllo. Il paziente può così diventare soggetto attivo che vive creativamente le proprie emozioni senza lasciarsi travolgere da esse. La regolazione delle emozioni segue i principi terapeutici dell'osservazione, del setting e della supervisione (individuale o di gruppo) – dal momento che il terapeuta stesso ha bisogno di regolare le proprie emozioni, di "sentire" il paziente e di essere aiutato a farlo – e si esprime in musica attraverso l'improvvisazione o l'esercizio all'ascolto con l'obiettivo di poter comunicare delle emozioni intense e di poterle tenere dentro di sé.

In sostanza nella musicoterapia la relazione terapeutica mira a cogliere la forma, la struttura musicale come elemento che permette di regolare le proprie emozioni e che consente la trasformazione delle emozioni in elementi cognitivi, ovvero in pensieri che permettono di condividere con gli altri alcune esperienze particolarmente significative e di tenere dentro di sé importanti elementi di autoriflessione. Questo percorso, che è stato descritto in psicoanalisi soprattutto da Bion (1962), sta trovando un riscontro effettivo nei moderni studi di neuroscienze. La prospettiva della ricerca in musicoterapia può, pertanto, essere, anche nei suoi aspetti più qualitativi, un obiettivo assai più concreto di quanto fosse immaginabile fino a pochi anni fa (Sachs, 2007). Puntualmente i processi di trasformazione che le esperienze emotive ingenerano negli individui e che la musica può indurre ed amplificare trovano nelle aree del nostro cervello delle registrazioni fedeli e degli stimoli per ulteriori ipotesi scientifiche.

■ Wager K.  
(2000). The effects of music therapy upon an adult male with autism and mental retardation: A four year case study. *Music Therapy*, 18(2), 131-140.

■ Wiens M.E., Reimer M.A., Guyn H.L.  
(1999) Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced multiple sclerosis: a pilot study. *Rehabil. Nurs.* 24, 2, 74-80.

■ Zimmerman L., Pozehl B., Duncan K., Schmitz R.  
(1989). Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 296-307.

# La ricerca in musicoterapia: lineamenti, tematiche e prospettive

*This paper reports an analysis of the articles published between 1998 and 2008 in the Journal of music therapy, an international, peer reviewed, impact factor journal. The aim of this analysis is to reveal the main research tendencies in the field of music therapy. The analysis process employed an inductive method based on "grounded theory" where categories emerged from the data rather than data being categorised according to pre-determined categories. The analysis sought to reveal as 'themes' the areas of research in music therapy that were reported by this prestigious journal during the period under investigation.*

*The 'themes' of research revealed were: prenatal/new-born/infant sound experiences, the effects of music, music therapy or music at school, music therapy or music in the social context, theoretical aspects of music therapy, meta-analysis, experimental research with music therapy, education and professional development of music therapists. The 'themes' are described and their importance for the development of research in music therapy is discussed.*

**La ricerca  
nel campo della  
musicoterapia  
può contare  
su alcuni decenni  
di esperienza.  
Si tratta di un  
settore di studi  
che si è  
sviluppato  
notevolmente  
in relazione  
alle sollecitazioni  
del campo medico  
e psicologico**

## **Introduzione**

La ricerca nel campo della musicoterapia può contare su alcuni decenni di esperienza. Si tratta di un settore di studi che si è sviluppato notevolmente in relazione alle sollecitazioni del campo medico e psicologico di avere un maggiore controllo a livello metodologico e di valutazione dei risultati. In passato l'attenzione si era soffermata maggiormente su elementi quali rendere noti gli effetti della musica sugli esseri umani e lo studio dei principi percettivi e discriminativi della musica e dei suoni, più recentemente è emersa la necessità di ampliare lo studio verso elementi più marcatamente di verifica delle metodologie e delle tecniche impiegate. La scarsa tradizione di ricerca in musicoterapia non è sinonimo di limitato interesse da parte dei ricercatori, ma è in rela-

## Il presente saggio intende analizzare le varie direzioni di ricerca nel campo clinico della musicoterapia di questi ultimi anni

zione alla necessità di adottare pratiche metodologiche accettate e condivise e alle difficoltà di sviluppare delle idonee tecniche di valutazione. Il campo del-

la musicoterapia è un settore multidisciplinare nel quale operano professionisti provenienti da diversi ambiti come quello medico, psicologico, musicale ed educativo. Questa caratteristica è molto stimolante e arricchisce le persone che vi operano, ma sottende il limite che la preparazione degli operatori è molto difforme nel campo delle metodologie e tecniche di ricerca sperimentale.

Il problema dello sviluppo di adeguate metodologie di ricerca è molto sentito all'interno della comunità scientifica. Aldridge (1994) ha evidenziato che esiste una notevole letteratura sull'applicazione della musicoterapia, ma vi è una generale scarsità di materiale con validità clinica, dal quale elaborare delle conclusioni fondate. La questione di sviluppare metodologie coinvolge la ricerca nel campo della musicoterapia per proporre forme di valutazione condivise e replicabili, al fine di sviluppare dei collegamenti con altre forme di pratica clinica.

Si rileva una differenza sostanziale tra quella che può essere considerata la pratica quotidiana della musicoterapia e l'attività di ricerca. La pratica quotidiana non segue strettamente i principi scientifici e utilizza principalmente paradigmi di tipo qualitativo. Lo scopo è di risolvere dei problemi pratici senza porsi il problema della rilevanza scientifica e della replicabilità dei risultati. Nello svolgimento delle ricerche, sono messe in gioco dallo studioso una serie di abilità complesse e articolate quali l'analisi dell'ambiente, la contestualizzazione dell'azione, la formulazione di ipotesi, l'individuazione delle metodologie più idonee da applicare, l'interpretazione dei dati e lo stilare un rapporto di ricerca. I principi da seguire sono di tipo scientifico,

poiché devono essere replicabili in ogni momento (Biasutti, 1999). Vi può essere il riferimento a paradigmi di tipo quantitativo o qualitativo, ma con il richia-

mo a precise metodologie. Non ci sono delle ricette precostituite nella scelta delle metodologie e degli approcci da adottare nella ricerca: molto spesso lo sperimentatore fa riferimento a ciò che conosce e pratica meglio piuttosto che vagliare la scelta del disegno sperimentale più adeguato in base a tutte le metodologie esistenti. Si tratta di un problema generalizzato e difficile da risolvere, poiché spesso può essere indispensabile fare delle scelte metodologiche anche diversificate in relazione al contesto e a ciò che si intende dimostrare con la ricerca. Occorre una dinamicità e una capacità di comprendere le varie situazioni al fine di individuare gli approcci più opportuni.

Il presente saggio intende analizzare le varie direzioni di ricerca nel campo clinico della musicoterapia di questi ultimi anni, con lo scopo di riflettere sui contenuti e sulle tendenze. Si tratta di un approccio seguito anche da altri studiosi: ad esempio Brooks (2003) ha condotto uno studio con lo scopo di individuare gli indirizzi e le tipologie di articoli pubblicati nelle maggiori riviste in lingua inglese rilevando gli orientamenti di singole riviste e facendo delle comparazioni. Gli indicatori utilizzati per classificare gli articoli sono stati: quantitativo, qualitativo, storico, filosofico/teorico, clinico, professionale. Nella presente analisi l'intento è di classificare gli articoli anche in base ai contenuti, piuttosto che solo in base alle metodologie, al fine di individuarne le direzioni principali e i possibili sviluppi futuri della ricerca.

### Metodo

Il presente studio ha analizzato preliminarmente le principali riviste nel campo della musicoterapia

sia estere, sia italiane. In particolare, sono state considerate le seguenti riviste estere: *Arts in psychotherapy*, *Journal of music therapy*, *Journal of the association for music & imagery*, *Music therapy: journal of the American association for music therapy*, *Music therapy perspectives*, *The Australian journal of music therapy*, *The British journal of music therapy*, *The Nordic journal of music therapy*, *The New Zealand society for music therapy journal*.

Inoltre, si rileva che articoli contenenti ricerche sperimentali sulla musicoterapia sono stati pubblicati in altre riviste quali *Acta psychiatrica scandinavica*, *British journal of clinical psychology*, *British journal of learning disabilities*, *British journal of psychiatry, child: care health and development*, *clinical rehabilitation*, *Journal of child psychology and psychiatry*, *Psychiatry and clinical neurosciences*, *Psychotherapy research*, *Research in autism spectrum disorders*, *Schizophrenia research*. In questo caso la rivista non ha come obiettivo principale la pubblicazione di articoli scientifici sulla musicoterapia, ma ospita saltuariamente anche contributi su questi argomenti. In campo nazionale esistono principalmente due riviste: *Musica et terapia* e la *Rivista di musicoterapia* edita da Minerva Medica, che attualmente ha cessato la pubblicazione.

Considerando questo scenario, una prima selezione è stata fatta focalizzando l'attenzione sulle riviste internazionali. Come scelta finale si è preferito prendere in esame le riviste principali nel settore della musicoterapia con impact factor (relativamente al 2009) che attualmente sono: il *Journal of music therapy* con impact factor pari a 0.632, *Arts in psychotherapy* con impact factor uguale a 0.417, *Nordic journal of music therapy* che è stato accreditato recentemente e ha avuto un impact factor pari a 0.381. *Arts in psychotherapy* è una rivista che considera vari approcci artistici ed espressivi in psicoterapia, mentre il *Journal of music therapy* e il *Nordic journal of*

*music therapy* si interessano in maniera specifica di musicoterapia. Nel presente studio si è ritenuto di considerare il *Journal of music therapy*, poiché si tratta di una delle riviste più rappresentative e autorevoli di questo settore di studi, caratterizzata dall'impact factor più elevato.

### La rivista

Il *Journal of music therapy* è una rivista con referee (peer reviewed) in lingua inglese attiva dal 1963. È inserita nella categoria ISI relativa alla riabilitazione che riguarda gli approcci terapeutici per i trattamenti di disabilità mentali, del linguaggio, dell'udito, visive e fisiche. Questa categoria include anche gli studi sulla musica, arte, danza e terapia occupazionale. Gli studi raccolti in questa rivista riguardano ricerche nel campo della musicoterapia e sull'uso della musica in ambiti di trattamento e di riabilitazione. L'attenzione è posta sia sulla comprensione delle dinamiche sottostanti il rapporto musica-paziente e paziente-musicoterapista, sia sulla possibilità di potenziare e ottenere miglioramenti all'interno di cicli di cura sfruttando gli effetti positivi della musica. È pubblicata dall'*American music therapy association*, la cui "mission" è di sviluppare la consapevolezza pubblica dei benefici della musicoterapia e di aumentare l'accesso a servizi di musicoterapia di qualità in un mondo in continua evoluzione. La rivista esce con quattro numeri all'anno e attualmente ha pubblicato quasi una cinquantina di volumi.

### Obiettivi

Gli scopi del presente studio sono di analizzare gli argomenti e i temi delle ricerche pubblicate sul *Journal of music therapy* al fine di evidenziare delle categorie in base alle quali classificare il materiale e di individuare infine le tendenze di studio più significative di questi ultimi anni. Con questo fine sono stati considerati tutti gli articoli pubblicati dalla rivista negli ultimi undici anni

in particolare dal 1998 (volume 35, numero 1) al 2008 (volume 45, numero 3). Complessivamente sono stati presi in esame 190 articoli.

### Tecnica di analisi

La tecnica per analizzare le ricerche è stata di tipo qualitativo, utilizzando un metodo induttivo di analisi dei dati nel quale la modalità operativa consiste nel procedere in base ai dati che progressivamente si ottengono, piuttosto che codificare i dati partendo da categorie pre-determinate (Maycut & Morehouse, 1994).

Questo metodo è basato sulla nozione di grounded theory (Glaser & Strauss, 1967). Si tratta di una teoria "induttivamente derivata dallo studio del fenomeno che rappresenta" (Strauss & Corbin, 1990) e si differenzia dai metodi scientifici classici nei quali le ipotesi sono generate a priori e poi verificate mediante analisi matematiche dei dati (Goertz & LeCompte, 1981). La grounded theory si fonda invece su un'induzione derivata dal fenomeno stesso, individuando delle unità di analisi che sono successivamente raggruppate in categorie di significato.

Per l'analisi degli articoli si è fatto riferimento ad una versione semplificata del Constant Comparative Method (Glaser & Strauss, 1967; Lincoln & Guba, 1985) che nella versione integrale si articola secondo cinque livelli di analisi: immersione, categorizzazione, riduzione fenomenologica, triangolazione e interpretazione (McLeod, 1994). Ecco in estrema sintesi un elenco dei principali passaggi relativi al Constant Comparative Method.

- Immersione: durante questa fase il ricercatore studia intensamente il materiale al fine di identificare le "unità di significato" emergenti dai dati raccolti.
- Categorizzazione: in questo stadio le "unità di analisi" sono raggruppate in categorie di codifica, tale processo è verificato attraverso un processo di validazione che coinvolge un osservatore indipendente.

- Riduzione fenomenologica: in tale fase, esaminando la natura e la sequenza dei dati raccolti, si cerca di delineare dei temi emergenti.
- Triangolazione: questo stadio comprende la divisione dei temi più rilevanti e ricorrenti da quelli meno significanti.
- Interpretazione: in questa fase il ricercatore deve dare un senso ai dati da una prospettiva più ampia, costruire un modello o usare una teoria precedente per spiegare i risultati della sua ricerca.

### Risultati

Dall'analisi dei contenuti, svolta sui singoli articoli con il Constant Comparative Method, sono state dedotte delle categorie in base alle quali suddividere il materiale e in seguito le categorie sono state raggruppate in aree tematiche. In questo processo si sono dovuti risolvere diversi problemi tra cui il fornire delle definizioni articolate che differenziassero le categorie. È risultato che le ricerche potevano essere classificate in base a più principi: ad esempio un articolo che tratta i problemi dei curricula formativi dei musicoterapisti, secondo una prospettiva storica, può essere incluso sia nella categoria Storia della musicoterapia, sia in quella Curriculum e percorso professionale dei musicoterapisti. Queste due categorie a sua volta fanno riferimento a due aree tematiche differenti: aspetti teorici della musicoterapia per la categoria storia della musicoterapia e caratteristiche e sviluppo professionale dei musicoterapisti per la categoria curriculum e percorso professionale dei musicoterapisti. Un altro problema riscontrato è stato che alcuni studi trattavano più questioni contemporaneamente: si è cercato di fare riferimento agli aspetti più significativi per la collocazione dell'articolo in una determinata categoria. Le aree tematiche di ricerca sono state le seguenti:

- Esperienze sonore prenatali, neonatali e infantili

- Effetti della musica
- Musicoterapia o musica in ambito scolastico
- Musicoterapia o musica in ambito sociale
- Aspetti teorici della musicoterapia
- Metanalisi
- Ricerche sperimentali con la musicoterapia
- Caratteristiche e sviluppo professionale dei musicoterapisti

I risultati sono stati schematizzati nella tabella 1.

Aree Tematiche	Categorie
Esperienze sonore prenatali, neonatali e infantili	Interazioni con gli adulti Risposte al suono e alla musica
Effetti della musica	Risposte fisiologiche Risposte emozionali Effetti sul corpo e sui movimenti Effetti sul comportamento Effetti su compiti cognitivi
Musicoterapia o musica in ambito scolastico	Sviluppo delle abilità degli studenti Credenze, interessi e competenze degli insegnanti di musica, caratteristiche del curriculum dei docenti di musica Diffusione della musicoterapia in ambito scolastico
Musicoterapia o musica in ambito sociale	Esperienze musicali intergenerazionali Percezione dell'altro Preferenze musicali

Aree Tematiche	Categorie
Aspetti teorici della musicoterapia	Fondamenti della musicoterapia Storia della musicoterapia Rassegne su argomenti specifici Metodologie di ricerca e problemi metodologici in musicoterapia
Metanalisi	Strumenti testistici e strumenti operativi Efficacia dei metodi di musicoterapia Disegni di ricerca, approcci delle ricerche Ricerche con varie patologie
Ricerche sperimentali con la musicoterapia	Interventi con partecipanti con disagi psicologici Interventi con partecipanti ospedalizzati o ricoverati in centri clinici Interventi con partecipanti con deficit Interventi con partecipanti disabili Verifica di specifiche tecniche in musicoterapia
Formazione e sviluppo professionale dei musicoterapisti	Influenze dei musicoterapisti Esperienze emotive dei musicoterapisti Percezioni dei musicoterapisti Capacità e competenze dei musicoterapisti Curriculum e percorso professionale dei musicoterapisti Training professionali per i musicoterapisti

Tabella 1. Risultati dell'analisi induttiva degli articoli pubblicati sul Journal of music therapy.

Di seguito sono riportate le descrizioni delle aree tematiche evidenziate.

- L'area tematica "esperienze sonore prenatali, neonatali e infantili" comprende due categorie principali: interazioni con adulti e risposte al suono e alla musica. Nella prima categoria sono riportate le ricerche nelle quali l'attenzione è posta sulle interazioni tra infanti e adulti, ad esempio a seguito di un corso musicale rivolto ai genitori sono verificate le eventuali differenze nei comportamenti parentali, mentre la seconda si sofferma sulle reazioni fisiologiche registrate nei neonati o nelle madri in stato di gravidanza, evidenziando anche differenze di genere o tra gruppi con soggetti con caratteristiche diverse. Il fine è di comprendere le risposte fisiologiche del bambino e del feto a specifici stimoli sonori, analizzando ad esempio l'effetto rasserenante delle ninne nanne sui neonati prematuri.
- L'area tematica "effetti della musica", comprendente sia ricerche sperimentali, sia rassegne, considera gli studi sulle influenze e sulle alterazioni indotte dalle esperienze sonore e musicali, con particolare interesse ai cambiamenti prodotti sul cervello, sui livelli di tensione muscolare e sull'umore. Altre ricerche hanno sondato gli effetti della musica sul corpo e sui movimenti, sul comportamento, ad esempio quello criminale o su comportamenti antisociali, sulle risposte fisiologiche ed emozionali. Sono considerati anche gli effetti su consegne cognitive, ad esempio come la musica di sottofondo può influenzare l'impegno di persone anziane nello svolgimento di un compito.
- L'area tematica "musicoterapia e musica in ambito scolastico" comprende articoli che fanno riferimento ad attività musicali oltre che di musicoterapia, con l'intento di studiare l'acquisizione di abilità pratiche e cognitive mediante attività sonore. Sono affrontati argomenti quali la percezione dell'altro, le credenze sull'inclusione di disabili nelle attività musicali e la promozione delle

attitudini degli studenti nei confronti di bambini portatori di varie tipologie di handicap. Alcune ricerche hanno considerato gli interessi e le competenze degli insegnanti di musica, le caratteristiche del curriculum dei docenti di musica e la presenza di corsi sulla disabilità nella formazione dei docenti di musica. Altri articoli hanno presentato invece dei dati statistici, ad esempio sulla diffusione delle attività di musicoterapia nelle scuole, sul tipo di pazienti, sulle caratteristiche della valutazione effettuata.

- L'area tematica "musicoterapia e musica nel sociale" comprende articoli sulle esperienze musicali intergenerazionali e sulle percezioni dell'altro, analizzando gli atteggiamenti dei singoli soggetti rispetto a determinati eventi musicali, soprattutto in riferimento alla sfera comportamentale. Rappresentano un focus di interesse anche le dinamiche di socializzazione e di partecipazione di soggetti ad esperienze musicali di gruppo, considerando anche i repertori di canzoni. Sono presi in esame anche altri elementi quali l'influenza dei tratti di personalità sulle preferenze musicali considerando singoli aspetti della musica o verificando la familiarità e la complessità di apprezzamento di canzoni in soggetti con problemi uditivi e soggetti normodotati.
- L'area tematica "aspetti teorici della musicoterapia" comprende le categorie fondamentali della musicoterapia, storia della musicoterapia, rassegne su argomenti specifici e metodologie di ricerca e problemi metodologici in musicoterapia. Riguardo ai fondamenti della musicoterapia, sono discussi elementi quali le modalità di comunicazione sonora nelle attività di improvvisazione. Riguardo alla storia della musicoterapia, sono considerati argomenti quali l'evoluzione storica e le attività svolte ad esempio dall'associazione americana di musicoterapia (American music therapy association), sono presentate le attività e il contributo di eminenti personalità nel mondo della musicoterapia, delineandone l'importanza e il contributo più signifi-

cativo. Riguardo alle rassegne su argomenti specifici, sono considerati elementi quali l'uso della musicoterapia in casi oncologici. Riguardo alle metodologie di ricerca e ai problemi metodologici in musicoterapia, sono discussi elementi quali la creatività nella ricerca qualitativa in musicoterapia e la creazione di una cultura estesa per la diffusione della ricerca in musicoterapia.

- L'area tematica "metanalisi" comprende gli articoli che hanno utilizzato i principi della metanalisi. Si tratta di una tecnica clinico-statistica che riassume e confronta i risultati di diverse ricerche condotte precedentemente sullo stesso argomento, con lo scopo di operare una sintesi quantitativa dei risultati. L'elaborazione dei dati è effettuata solitamente con metodologie statistiche rianalizzando i dati di precedenti ricerche, al fine di fornire un quadro generale riassuntivo rispetto all'argomento preso in analisi, valutandone la validità e apportandone ulteriori interpretazioni. Sono studi che non si limitano ad una rassegna della letteratura ma che fanno delle statistiche aggiuntive del materiale analizzato. Sono utili poiché possono confrontare dati discordanti e aggiungere potenza statistica a sostegno dei risultati di singole ricerche (i soggetti considerati complessivamente sono più numerosi) e consentono di fare una sintesi dei risultati raggiunti in un determinato ambito. Dal punto di vista metodologico vi possono essere alcuni problemi nella conduzione delle metanalisi, quando nelle ricerche precedenti i principi di selezione dei soggetti non sono specificati o sono avvenuti con criteri diversi. Vi è anche la questione che le ricerche presentano spesso un'eterogeneità nelle metodologie impiegate, nei contesti di applicazione e nelle caratteristiche dei pazienti che a volte rende problematico rapportarle a denominatore comune. Gli articoli di metanalisi considerati hanno riguardato gli strumenti testistici e gli strumenti di misura, l'efficacia dei metodi di musicoterapia con varie tipologie di soggetti quali quelli affetti da demenza, psi-

cosi, autismo, pazienti oncologici; l'efficacia di particolari metodi di musicoterapia ad esempio quelli che utilizzano la voce, i disegni di ricerca ad esempio con l'uso di gruppi di controllo, gli approcci delle ricerche quali quelli quantitativi, qualitativi o storici e vari tipi di sintomi.

- L'area tematica "ricerche sperimentali con la musicoterapia" comprende le categorie interventi indirizzati a partecipanti con disagi psicologici quali la depressione, interventi indirizzati a partecipanti ospedalizzati o ricoverati in centri clinici, quali bambini abbandonati, soggetti con patologie oncologiche, osteoartrite, amnesia, morbo di Parkinson, o casi neurologici; interventi indirizzati a partecipanti con deficit e a partecipanti disabili. Si tratta di ricerche che si rifanno all'impiego di trattamenti specifici per il miglioramento delle condizioni fisiche e psico-fisiche dei pazienti con lo scopo di determinarne l'efficacia e di verificarne gli effetti pratici, sia durante il momento terapeutico, sia nei periodi successivi al trattamento. Sono verificate sperimentalmente anche specifiche tecniche di musicoterapia, ad esempio quella passiva e quella attiva o altre che fanno riferimento all'immaginazione guidata. Riguardo alle sindromatologie più ricorrenti, si rileva il riferimento alla riduzione dello stress, della paura, dell'ansia, del dolore cronico, all'aumento dell'umore positivo, allo sviluppo di funzioni cognitive, di abilità comunicative e relazionali. In molti casi vi è il riferimento allo sviluppo di abilità esterne alla musicoterapia, presupponendo un transfer di abilità e di apprendimenti. Riguardo alle metodologie, vi è un notevole riferimento ad approcci quantitativi anche se approcci misti sono piuttosto diffusi. Approcci esclusivamente qualitativi sono comunque presenti così come studi di caso. Riguardo agli strumenti, vi è l'uso di scale standardizzate quali quelle per l'osservazione di pazienti anziani, per delineare una valutazione generale del loro comportamento in un contesto ospedaliero; test cognitivi per la valutazione di

aspetti clinicamente rilevanti della memoria e dell'apprendimento, con stimoli visivi e uditivi, strumenti per la misurazione e la descrizione dello sviluppo del bambino, test sull'ansia, scale sulla qualità della vita dei soggetti, con la misura del grado di performance, misura del funzionamento e del grado di disabilità di pazienti con malattie mentali, valutazione delle disabilità cognitive, strumenti per la misurazione dei progressi di pazienti che seguono terapie mediche o psicologiche. Riguardo ai risultati, la maggior parte degli studi riporta degli effetti positivi e significativi della musicoterapia e solo in minima parte non sono stati riscontrati dati significativi. Riguardo al confronto tra tecniche di musicoterapia, non sono state riscontrate enormi differenze tra le varie tipologie di musicoterapia, mentre le differenze più significative si sono avute tra musicoterapia e altre tipologie di trattamenti. I risultati ottenuti sono stati di stimolo per lo sviluppo di nuove ricerche e in generale è stato evidenziato il limite dello scarso numero di soggetti partecipanti e degli approcci metodologici.

• L'area tematica "caratteristiche e sviluppo professionale dei musicoterapisti" comprende ricerche che sondano vari aspetti dello sviluppo professionale del musicoterapista, da quelli legati alla dimensione emotiva affettiva, poiché spesso l'impatto e la relazione con i pazienti è complessa, a quelli formativi ed educativi. Lo scopo di questi articoli è di delineare le competenze dei musicoterapisti e di rapportarle alle richieste del servizio che offrono. I temi trattati riguardano le influenze dei musicoterapisti ad esempio sull'andamento dell'intervento e sulle percezioni dei pazienti, le esperienze emotive dei musicoterapisti, le percezioni dei musicoterapisti, le capacità e le competenze ad esempio di riconoscere brani di repertorio folclorico. Un ultimo ambito di articoli si sofferma sul curriculum e sul percorso di studio dei musicoterapisti, analizzando i training professionali dei musicoterapisti, specificando le caratteristiche di quelli mirati alla preparazione

del team professionale, nonché esperienze per l'accrescimento personale del musicoterapista.

## Discussione

Dall'analisi dei contenuti delle ricerche emerge la grande varietà tematica del settore di studi, evidenziabile anche nella manualistica esistente (Manarolo, 2006). In particolare, si rileva che gli articoli pubblicati riguardano anche elementi che potrebbero essere considerati di cornice rispetto alla musicoterapia, con aree tematiche quali le esperienze sonore prenatali, neonatali e infantili e gli effetti della musica. Si tratta di aree tematiche che in ogni caso hanno un'attinenza con la musicoterapia, poiché danno conto di una serie di processi che risultano fondamentali per l'applicazione di trattamenti con i suoni e con la musica. Si può considerare che la musicoterapia faccia riferimento ad un quadro sperimentale molto articolato e variegato, nel quale convergono molteplici argomenti e tecniche. Nella definizione degli approcci metodologici vi dovrebbe essere la presenza di un'ottica anti-riduzionistica, superando la separazione tra ricerca quantitativa e qualitativa e valorizzando cosa può essere quantificato e come, e cosa deve essere osservato nel contesto naturale di svolgimento e colto in maniera descrittiva e globale.

È opportuno riflettere anche sulle modalità di valutazione individuando strategie e tecniche globali da applicare ad ogni setting clinico. La valutazione deve essere in relazione ad un processo metodologico che prevede collegamento agli obiettivi, alla misurazione delle variabili, alla raccolta dei dati, agli strumenti utilizzati e all'interpretazione. Un altro elemento da discutere è la pratica della triangolazione dei risultati che risulta ancora poco diffusa e può essere un metodo per verificare e sostenere maggiormente gli esiti ottenuti nelle sedute sperimentali. Oltre a test standardizzati si rileva l'uso di schede di osservazione e di materiale di misurazione sviluppato ad hoc in rapporto con quan-

- Aldridge D.  
(1994). An overview of music therapy research, *Complementary therapies in medicine*, 15(2), 204-216.
- Biasutti M.  
(1999). *Autonomia scolastica e ricerca educativa*, Padova, Cleup.
- Brooks D.  
(2003). A history of music therapy journal articles published in the English language, *Journal of Music Therapy*, 40 (2), 151-168.
- Bruscia K.  
(1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publishers.
- Bruscia K.  
(1988). A survey of treatment procedures in improvisational music therapy, *Psychology of music*, 16, 1-24.
- Glaser B.G., Strauss A.L.  
(1967). *The discovery of grounded theory*, Chicago, Il, Aldine.
- Goertz J.P., LaCompte M.D.  
(1981). Ethnographic research and the problem of data reduction. *Anthropology and education quarterly*, 12, pg. 51-70.
- Gregory D.  
(2000). Test Instruments Used by Journal of Music Therapy Authors from 1984-1997, *Journal of music therapy*, 37 (2), 79-94.

to proposto da Gregory (2000), ma si rileva invece una scarsità di strumenti per analizzare gli eventi e i comportamenti musicali espressi dai soggetti in collegamento con questioni terapeutiche. È importante avviare anche delle riflessioni e delle sperimentazioni su metodologie di valutazione più globali da applicare ad ogni setting clinico.

Alcuni autori propongono l'uso di scale per la valutazione della comunicazione e della relazione che si instaura tra cliente e terapeuta (Nordoff, Robbins 1983), mentre Bruscia (1987, 1988) nell'improvisation assessment profile ha proposto un'analisi complessa e dettagliata degli elementi musicali come base per analizzare i cambiamenti con i seguenti sei profili di analisi: autonomia, variabilità, integrazione, rilevanza, tensione e congruenza, con cinque criteri per valutare l'improvvisazione.

Un altro problema è la distinzione tra attività di educazione musicale e di musicoterapia, poiché tali attività a volte si sovrappongono ed è difficile stabilire quando finisce una e inizia l'altra. Si tratta forse di un continuum che contraddistingue le attività con i suoni e con la musica nel quale la differenziazione è data oltre dalle particolarità musicali dell'approccio anche dalle caratteristiche dei soggetti, dagli obiettivi e dal contesto di applicazione, elementi che contribuiscono a connotare l'intervento. I soggetti solitamente coinvolti nel campo della musicoterapia presentano un quadro clinico rilevante e gli obiettivi prevedono lo sviluppo di abilità parallele rispetto a quelle prettamente musicali. Si tratta di elementi che definiscono in maniera distinta le varie situazioni e per tale motivo risultano complesse da generalizzare.

## Conclusioni

Come note conclusive una prima riflessione riguarda lo sviluppo della ricerca in musicoterapia. Si rileva che oggi vi è un momento maturo delle ricerche e si è superata la fase nella quale il problema più rilevante era di verificare l'efficacia della musicoterapia. Oggi le tematiche più rile-

vanti di ricerca riguardano il confronto per l'affinamento delle tecniche della musicoterapia per verificarne quelle più funzionali. Vi è anche un'espansione verso aree quali lo sviluppo professionale dei musicoterapisti che ha avuto una crescente attenzione negli ultimi anni. Si tratta di un riconoscimento del livello professionale e dell'importanza delle modalità formative con l'avvio di confronti e di riflessioni su elementi quali i vissuti e la dimensione emotiva-affettiva del musicoterapista oltre ai temi "classici" relativi alle tecniche e alle metodologie di lavoro. Questo rende conto della complessità della professione e delle diverse sfaccettature che la compongono.

Un ultimo elemento può riguardare la necessità di rispondere al crescente bisogno di scientificità, rispettando le caratteristiche della prassi della musicoterapia nei vari contesti di applicazione. Si tratta di una questione complessa che dovrebbe portare ad una ridiscussione del ruolo e della dimensione formativa del musicoterapista, che dovrebbe adottare modalità di pensiero scientifico. In generale, sarebbe opportuno collegare la pratica quotidiana della musicoterapia con il lavoro di ricerca al fine di controllare maggiormente le varie attività svolte. Il rapporto deve essere reciproco, poiché anche il musicoterapista dovrebbe adottare un comportamento "scientifico" e di controllo dell'attività svolta, con una mentalità positivista che consente di mettere in discussione le scelte effettuate, esaminandone la validità e la rilevanza. La valutazione dovrebbe essere considerata un processo metodologico presente ad ogni livello del lavoro, che consente di collegare gli obiettivi del trattamento alla misurazione delle variabili, alla raccolta dei dati, agli strumenti utilizzati e all'interpretazione. In sintesi, il musicoterapista dovrebbe fare della sua professione un'attività di ricerca utilizzando dei principi di verifica e di controllo delle metodologie utilizzate ed essere animato da uno spirito di sperimentazione, adottando delle scelte innovative nel rapporto con i clienti e nelle tecniche operative utilizzate.

■ Lincoln Y., Guba E.  
(1985). *Naturalistic enquiry*.  
Beverly Hills, CA, Sage.

■ Manarolo G.  
(2006). *Manuale di musicoterapia*, Cosmopolis, Torino.

■ Maykut P., Morehouse R.  
(1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*. London: The Falmer Press.

■ McLeod J.  
(1994). *Doing counselling research*. London, Sage.

■ Nordoff P., Robbins C.  
(1983). *Music therapy in special education*. MMB Music Inc.

■ Strauss A., Corbin J.  
(1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

# Musicoterapia e Danzaterapia nel trattamento dei disturbi dell'equilibrio in pazienti con sclerosi multipla: studio su due pazienti

*Demyelinating syndromes, including multiple sclerosis (MS), represent for health professionals (physicians, rehabilitation therapists, nurses, etc..) daily comparison field, in order to realize a multidisciplinary approach, with the aim to prevent, treat and rehabilitate several disorders welded to the primary neurological distress, addressing the psychological problems resulting from the disease and improving the social accommodation for patients, both at the level of health infrastructure, as in the workplace. Our discussion aims to follow the stages of the diagnostic, prognostic and therapeutic efficacy for Multiple Sclerosis, with particular regard to the evaluation of the impairment and the adoption of more appropriate rehabilitative interventions, including the musical / dance therapy treatment.*

## Introduzione

Le sindromi demielinizzanti, ivi compresa la Sclerosi Multipla (S.M.), rappresentano ormai per gli operatori sanitari (medici, terapisti della riabilitazione, infermieri, ecc.) terreno quotidiano di confronto, affinché si realizzi una multidisciplinarietà d'intervento, volta a prevenire, curare e riabilitare le diverse turbe saldate al primario disagio neurologico, oltre che ad affrontare le problematiche psicologiche derivate dalla patologia e migliorare l'accoglienza sociale per i pazienti, tanto a livello delle infrastrutture sanitarie, quanto in ambito lavorativo; ciò al fine di consentire rispettivamente l'adeguatezza delle fasi di diagnosi, cura e riabilitazione della patologia e, quindi, il reintegro più rapido ed efficace del soggetto polisclerotico nel proprio ambito sociale e professionale.

La nostra trattazione si propone di percorrere le tappe dell'iter diagnostico, prognostico e terapeutico della Sclerosi Multipla, con particolare riguardo per la valutazione del grado di disabilità e l'adozione degli interventi riabilitativi più opportuni, ivi compreso il trattamento musico/danza terapeutico. Quest'ultimo si è rivelato uno strumento irrinun-

La nostra  
trattazione si  
propone di  
percorrere le  
tappe dell'iter  
diagnostico,  
prognostico e  
terapeutico della  
Sclerosi Multipla

## Le favorevoli ricadute terapeutiche della Musicoterapia e della Danzaterapia trovano una ratio nella cosiddetta "teoria dei tre cervelli"

ciabile per il trattamento dei disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria, oltre che per il percorso recuperativo generale del paziente; inoltre si è di-

mostrato essere un'utile marcia in più quale training psicofisico pre-lesionale che educi ed alleni il soggetto colpito da S.M. ad attivare ed utilizzare prassie alternative che, sebbene non necessarie in situazioni di completa autonomia, possono diventarlo successivamente per il sopravvenire di disagi motori più importanti.

Quanto detto è realizzato soprattutto grazie all'elaborazione superiore degli stimoli musicali che promuove l'affinamento di prassie già esistenti o la creazione di nuovi schemi motori, al fine di ripristinare le abilità compromesse o, laddove ciò non sia possibile, di attivare nuove abilità psichiche e/o fisiche che consentano al paziente una vita più autonoma e gratificante, rispettosa del benessere bio-psico-sociale della persona.

### Obiettivi dello studio ed elaborazione corticale dello stimolo sonoro

Il nostro studio, sulla base degli effetti benefici scientificamente provati esercitati dalla Musicoterapia (MT) e Danzaterapia (DT), si propone di verificare se tali trattamenti, associati al convenzionale trattamento riabilitativo, concorrano a ottimizzare le performance globali dei pazienti affetti da S.M., migliorando quelli che sono i disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria, entrambi elementi critici e disabilitanti della patologia.

Le evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che, nell'ambito di deficit motori correlati a patologie neurologiche, la musicoterapia ed in particolare la danzaterapia giocano un ruolo importante; in particolare è stata evidenziata un'efficace attivazione dell'emisfero minore che, com'è noto, presiede alla attivazione e alla regolazione di prassie specializ-

zate, la cui esecuzione si avvantaggia della musica quale elemento ritmizzante e, quindi, ottimizzante la performance motoria, risultante dall'azione di meccani-

smi nervosi deputati al controllo del tono muscolare, dell'equilibrio e della coordinazione.

Le favorevoli ricadute terapeutiche della Musicoterapia e della Danzaterapia trovano una ratio nella cosiddetta "teoria dei tre cervelli" dello psichiatra inglese Sivadon (Humeau, 1990), secondo cui il cervello umano opererebbe a tre diversi livelli, il primo costituito dal cervello "rettileo", rappresentato dal tronco encefalo e deputato al controllo nervoso delle funzioni organiche, il secondo dato dal cervello "limbico" o emozionale, rappresentato dal sistema ipotalamo-ipofisario, che presiede al controllo degli aspetti affettivo-emozionali, ed il terzo noto come il cervello "razionale", rappresentato dalla corteccia cerebrale, che rappresenta l'aspetto più evoluto ma anche più esposto alle aggressioni destrutturanti. Secondo la sopradetta teoria un intervento musicale, operante a livello del cervello "emozionale", potrebbe rappresentare la chiave d'accesso per regolarizzare il livello inferiore e/o quello superiore.

A suffragio della "teoria dei tre cervelli" giungono le numerose osservazioni scientifiche sulla benefica azione esercitata su pazienti cardiopatici dal canto gregoriano il cui ascolto favorirebbe una sorta di ginnastica cardio-vascolare in grado di favorire la regolarizzazione del ritmo circadiano. Ulteriori studi hanno evidenziato importanti modificazioni a carico della funzione digestiva (Dooren, 1985), dei ritmi respiratorio e cardiaco (Dooren, 1985; Bence, Mereaux, 1993), del tracciato elettrocardiografico (Laurentaci et al., 1997).

Le acquisizioni maturate durante le sedute di Musicoterapia e Danzaterapia risultano utili a fini ri-educativi posturali, anche in associazione con al-

tri metodi di posturizzazione, sulla scorta dei rilievi neurofisiologici operati da Tomatis (1963), il quale ha dimostrato che lo stimolo acustico, percepito oltre che per via aerea anche per via ossea, è in grado di stimolare il vestibolo che, tramite il labirinto membranoso, sollecita i recettori ampollari dei canali semicircolari e le macule dell'utricolo e del sacculo, provocando azioni riflesse dei muscoli posturali e della fonazione (riflessi audio-muscolare e audio-fonatorio), con inevitabili ricadute anche a carico del Sistema Nervoso Vegetativo, regolate dai cervelli "rettileo" e "limbico" già ricordati. Ciò comporta, in ultima analisi, l'attivazione del riflesso vestibolo-spinale per il controllo posturale di tutto il corpo.

Nel trattamento musicoterapico, sia esso passivo o attivo, la musica assume al ruolo di "oggetto transazionale" su cui il paziente riversa angosce e conflitti interiori che, se soffocati, inficerebbero l'efficacia del trattamento, mentre esteriorizzati nel transfert sarebbero risolti o, almeno, superati alla luce di un controtransfert che, guidato dal terapeuta in un lavoro continuo e paziente di isosintonizzazione, favorisce la realizzazione di una espressione corporea psicofisicamente vantaggiosa per il singolo paziente e per il gruppo.

Al proposito è, poi, corretto rimarcare l'importanza degli studi di Selye (1966) che, sin dal 1936, teorizzò l'esistenza della Sindrome Generale di Adattamento quale risposta del sistema neuro-endocrino-immunitario agli eventi stressanti, interni (saldati alla costituzione individuale) ed esterni (provenienti dall'ambiente), con ricadute variabili da individuo a individuo, sia della possibilità di ammalare, sia della capacità di superare la patologia contratta. Studi successivi hanno dato ragione al ricercatore dimostrando l'utilità di un blando esercizio fisico, che agisce favorendo ed ottimizzando quei processi immunitari indispensabili per la prevenzione e/o cura della patologia, rimarcandone altresì le ricadute sfavorevoli, in termini di eccessiva suscettibilità alle infe-

zioni, in caso di performance psicomotorie altamente stressanti.

Successivamente questi studi sono stati ulteriormente ampliati dall'apporto della branca psicobiologica che ha accorpato nel termine omnicomprensivo di Neuropsicoimmunologia (PIN) il campo scientifico deputato alla comprensione e spiegazione delle correlazioni tra psiche e sistema neuro-endocrino-immunitario.

In tale ambito è stato scoperto che stimoli sonori fastidiosi, reiterati nel tempo, sono in grado di sopprimere nei conigli la produzione anticorpale antigene-specifica mediante continua produzione di adrenalina, la cui azione provoca diminuzione dei linfociti Th, responsabili dell'avvio della risposta immunitaria. Al contrario l'induzione della cosiddetta "risposta di rilassamento" (Borysenko, 1996), in presenza di musica o mediante il solo ascolto dei propri ritmi corporei, può agire favorendo la lisi dell'ansia, un migliore dialogo estero-proprio-cettivo con il corpo e, quindi, una maggiore gratificazione fisica e mentale, tanto per le persone sane quanto per quello già colpite da patologia.

In sintesi possiamo affermare che la musica, analogamente a quanto avviene per il linguaggio, prevede una "strutturazione triangolare" con tre vertici uniti fra loro, dati da:

1. un vertice periferico sensoriale-percettivo, dato dalle capacità uditive, tattili e visive;
2. un vertice periferico esecutivo-prassico, che interessa ogni segmento corporeo;
3. un vertice centrale fonologico-concettuale che prevede una parte congenitamente strutturata (LAD - Language acquisition device secondo N. Chomsky) (Chomsky, 2010) ed un'altra che s'innesta in base alla realtà culturale (MAD - Music acquisition device).

Giova, inoltre, sottolineare che il training musicodanzaterapico sarà utile ed efficace solo se, rispettando gli obiettivi del trattamento, ne valuterà anche eventuali controindicazioni, foriere

non solo di insuccesso terapeutico, ma di potenziale danno per il paziente (Tabella 1).

Tabella 1 – Obiettivi del trattamento con MT/DT e controindicazioni

Obiettivi del trattamento	Controindicazioni
Ottimizzazione delle abilità motorie residue e/o creazione di schemi motori vicarianti	Intolleranza alla musica (per deterioramento sensoriale o patologie corticali) o cattivo rapporto con i suoni e/o con il gruppo e/o con il terapeuta
Accesso al vissuto sonoro-corporeo. (stati regressivi - concetto di ISO)	Turbe emotive (iper-eccitabilità, intolleranza al gruppo, ecc.) o recenti eventi luttuosi (< 3 mesi)
Apertura di canali comunicazionali	Depressione grave e fase maniacale
Costruire relazioni affettive nel gruppo	Aritmie cardiache o recente Infarto del miocardio (< 1 mese)
Integrazione psico-sociale	Epilessie musicogene

## Casistica

- Caso clinico n°1

(Paziente: C.M.R.; Sesso: femmina; Età: 45 anni). Diagnosi clinica e funzionale: paziente affetta da S.M. dal 2000; la patologia insorge con un senso di malessere ed astenia, associato a parestesie tetrartuali. Anamnesi patologica remota: patologia cardiaca valvolare che porta la paziente, nel 2005, ad effettuare una valvuloplastica mitralica. Portatrice di meningioma cervicale. Frattura caviglia sinistra nel 2006. Scoliosi.

Anamnesi patologica prossima: ultima pousseès di malattia nel maggio 2008 con peggioramento funzionale ed evidente atassia della marcia, di-sparsia arto superiore sinistro, con maggiore interessamento della mano, adiadococinesia mano sinistra; urge-incontinenza (ulteriore pousseès di malattia a giugno 2009, con peggioramento deambulatorio tale da richiedere tutorizzazione arto inferiore sx per stabilizzare genu recurvatum in valgo).

In particolare in seguito a valutazione funzionale sono emersi:

- deficit della deambulazione, caratterizzata da andatura di tipo precauzionale a base allargata, con difficoltà nei cambi di direzione;
- discreto deficit di forza tetrartuale, specie a sinistra, con difficoltà nella stabilizzazione degli schemi di movimento in modalità contro-resistenza; con frequenti episodi di fatica muscolare;
- ipertono muscolare;
- note di adiadococinesia a sinistra, con incoordinazione motoria evidente alla prova indice - naso, caratterizzata da frenàge a sinistra;
- difficoltà nel controllo dell'equilibrio statico e dinamico.

In data 10 settembre 2008 la paziente viene presa in carico dall'U.O di Fisioterapia dell'Ospedale Madonna Delle Grazie di Matera, in regime di Day Hospital riabilitativo.

In sede valutativa sono state somministrate le seguenti scale, con i relativi punteggi:

- FIM: con punteggio di 91;
- OXFORD HANDICAP SCALE: con punteggio di 3/6;
- MOTRICITY INDEX: con punteggio per l'arto superiore destro di 76/100; per l'arto inferiore destro di 60/100; per l'arto superiore sinistro di 66/100 e per l'arto inferiore sinistro di 55/100.

La paziente è stata avviata a trattamento riabilitativo convenzionale fino al 17 dicembre 2008.

Alla dimissione la paziente presentava:

- discreto miglioramento della deambulazione eseguita con restringimento della base di ap-

poggio, necessitante la supervisione con lieve aiuto nei percorsi accidentati;

- netto miglioramento della performance attiva dell'emisoma sinistro, pur persistendo deficit della destrezza gestuale, specie per quanto attiene la velocità di esecuzione dei movimenti;
- discreto miglioramento dell'equilibrio in modalità statica e dinamica.

Alla somministrazione delle scale valutative si sono evidenziati i seguenti risultati:

- FIM: con punteggio di 102;
- OXFORD HANDICAP SCALE: con punteggio di 3/6;
- MOTRICITY INDEX: con punteggio per l'arto superiore destro di 76/100; per l'arto inferiore destro di 76/100; per l'arto superiore sinistro di 76/100 e per l'arto inferiore sinistro di 60/100.

Durante il ricovero la paziente ha eseguito sedute di EMG – biofeedback con supporto musicoterapico finalizzato a controllare la spasticità muscolare agli AAIL, con discreto giovamento.

Al fine di ottimizzare i risultati ottenuti, ed essendo necessario perseguire un costante lavoro riabilitativo finalizzato alla prevenzione del degrado funzionale, nel maggio 2009 si propone alla paziente il trattamento musico/danza terapeutico, finalizzato, in particolare, all'ottimizzazione dei disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria. La paziente è stata pertanto sottoposta a valutazione.

Durante la valutazione della deambulazione, ci siamo serviti, con il solo scopo di guida, della scala GARS – Gait Assessment Rating Scale.

Si è chiesto alla paziente di camminare per un percorso di circa 8 metri, durante il quale la paziente presentava:

- imprevedibilità del ritmo, approssimativamente per il 25–75% del tempo;
- centro di gravità di capo, braccia e tronco, sopra il profilo anteriore del piede, con riduzione dei movimenti coordinati passo – movimenti pendolari delle braccia;
- due o tre deviazioni dalla linea di progressione;

- cammino con base di appoggio allargata caratterizzata da movimento laterale appena percettibile di capo e tronco;
- improvvisa ed inaspettata perdita dell'equilibrio con almeno 3 ondeggiamenti laterali;
- fase di appoggio nettamente prolungata ma con qualche chiara oscillazione residua;
- contatto del tallone prima dell'avampiede appena visibile;
- coscia allineata rispetto alla verticale;
- flessione del ginocchio più evidente nella tarda fase d'appoggio che durante il contatto del tallone, poca distanza tra alluce e terreno durante l'oscillazione.

Per oggettivare i risultati attesi, all'inizio del trattamento musico/danza terapeutico, sono state somministrate le seguenti scale valutative, con i relativi punteggi:

- STANDING BALANCE BY BOHANNON: assegnato il punteggio di 2/4; la paziente è infatti capace di mantenere la stazione eretta per 30 secondi, ma con base d'appoggio allargata e non con piedi uniti;
- INDICE SECONDO HAUSER: assegnato il punteggio di 4/9; in quanto la paziente necessita di sostegno monolaterale per la deambulazione ed è capace di percorrere 8 metri in 20 secondi o meno;
- BERG BALANCE SCALE: assegnato un punteggio di 36/56.
- MFIS: con punteggio alla sottoscala fisica di 29/36, alla sottoscala cognitiva di 8/40, e alla sottoscala psicosociale di 8/8; con punteggio totale di 45/84.

Sono state nuovamente somministrate:

- FIM: con punteggio di 102;
- OXFORD HANDICAP SCALE: con punteggio di 3/6;
- MOTRICITY INDEX: con punteggio per l'arto superiore destro di 76/100; per l'arto inferiore destro di 76/100; per l'arto superiore sinistro di 76/100 e per l'arto inferiore sinistro di 60/100.

- Caso clinico n° 2

(Paziente: R.M.; Sesso: femmina; Età: 27 anni).

Diagnosi clinica e funzionale: Paziente affetta da S.M dal 2002; la malattia insorge con deficit di forza di entità lieve-moderata agli AAIL (> a sx), facile stancabilità ed episodica incontinenza urinaria (urge incontinence)

Anamnesi patologica remota: nel 2000 incidente stradale con distorsione cervicale e schiacciamento dei dischi intervertebrali. Frattura clavicola sinistra (due volte in età scolare);

Anamnesi patologica prossima: La paziente presenta un peggioramento della deambulazione, rispetto all'esordio della patologia con deficit dell'equilibrio soprattutto nei cambi di direzione. Buona la forza tetrartuale, seppur con ipostenia contro modesta resistenza specie all'emisoma sinistro. Presenti turbe della minzione con episodi di fughe urinarie con senso di incompleto svuotamento (attualmente non nuove riacutizzazioni di malattia). In particolare in seguito a valutazione funzionale sono emersi:

- deficit della deambulazione, eseguita autonomamente, ma caratterizzata da andatura di tipo precauzionale a base allargata, con difficoltà nei cambi di direzione;
- lieve deficit di forza tetrartuale, specie a sinistra, con difficoltà nella stabilizzazione degli schemi di movimento in modalità contro-resistenza, con comparsa episodica di fenomeni di fatica muscolare;
- ipertono muscolare;
- difficoltà nel controllo dell'equilibrio sia statico, che dinamico.

In data 27 agosto 2008 la paziente viene presa in carico dall'U.O di Fisiatria dell'Ospedale Madonna Delle Grazie di Matera, in regime di Day Hospital riabilitativo.

Alla somministrazione delle scale valutative si sono evidenziati i seguenti risultati:

- OXFORD HANDICAP SCALE: con punteggio di 3/6;

- MOTRICITY INDEX: con punteggio per l'arto superiore destro di 76/100; per l'arto inferiore destro di 64/100; per l'arto superiore sinistro di 60/100 e per l'arto inferiore sinistro di 64/100.

La paziente è stata avviata a trattamento riabilitativo convenzionale fino al 27 novembre 2008.

Alla dimissione la paziente presentava:

- miglioramento della deambulazione eseguita con restringimento della base di appoggio, con andatura più sicura;
- discreto miglioramento dell'equilibrio in modalità statica e dinamica.

Alla somministrazione delle scale valutative si sono evidenziati i seguenti risultati:

- OXFORD HANDICAP SCALE: con punteggio di 2/6;
- MOTRICITY INDEX: con punteggio per l'arto superiore destro di 99/100; per l'arto inferiore destro di 83/100; per l'arto superiore sinistro di 76/100 e per l'arto inferiore sinistro di 83/100.

Al fine di mantenere e ottimizzare i risultati ottenuti, nel maggio 2009 si propone alla paziente il trattamento musico/danzaterapico finalizzato, in particolare, all'ottimizzazione dei disturbi dell'equilibrio e della coordinazione motoria. La paziente è stata pertanto sottoposta a valutazione. Durante la valutazione della deambulazione, ci siamo serviti, anche in questo caso, con il solo scopo di guida, della scala GARS – Gait Assessment Rating Scale.

Si è chiesto alla paziente di camminare per un percorso di circa 8 metri, durante il quale la paziente presentava:

- interruzioni occasionali (cambi di velocità), approssimativamente inferiori al 25% del tempo; presenti sincinesie pendolari scarse all'arto superiore destro, buon equilibrio in rotazione, ma con peso spostato indietro;
- centro di gravità di capo, braccia e tronco, proiettata solo lievemente davanti al punto di stacco, ma coordinazione braccia – gambe ancora buona;
- una sola deviazione dalla linea retta di progressione;

- stretta base d'appoggio con tronco tenuto quasi verticale sopra i piedi;
- perdita parziale dell'equilibrio con un solo, ma lieve, ondeggiamento laterale;
- rapporto 1:1 o leggermente inferiore del tempo di appoggio e oscillazione;
- chiara angolazione posteriore delle cosce durante l'appoggio bi podalico;
- il ginocchio compie un movimento di piena estensione nella fase di contatto del tallone (e nella tarda fase di appoggio) fino a quasi 90° (70°) durante la fase di oscillazione.

Per oggettivare i risultati attesi, all'inizio del trattamento musico/danza terapeutico, sono state somministrate le seguenti scale valutative, con i relativi punteggi:

- **STANDING BALANCE BY BOHANNON:** assegnato il punteggio di 4/4; la paziente è infatti capace di mantenere la stazione eretta per 30 secondi o più, a piedi uniti (la base di appoggio era leggermente allargata a causa di un valgismo delle ginocchia)
- **INDICE SECONDO HAUSER:** assegnato il punteggio di 2/9; in quanto sono presenti episodi di disequilibrio, l'anomalia viene notata da familiari ed amici; ma è capace di percorrere 8 metri in 10 secondi
- **BERG BALANCE SCALE:** assegnato un punteggio di 49/56
- **MFIS:** con punteggio alla sottoscala fisica di 16/36, alla sottoscala cognitiva di 9/40, e alla sottoscala psicosociale di 3/8; con punteggio totale di 28/84.

### Materiali e metodi

Le pazienti arruolate per lo studio sono state sottoposte a Valutazione funzionale. Sono state raccolte informazioni circa la deambulazione mediante l'osservazione e mediante l'utilizzo di scale che evidenziassero la presenza di turbe dell'equilibrio e della coordinazione motoria in statica e in dinamica.

Le scale somministrate in sede valutativa sono state le seguenti:

- FIM;
- OXFORD HANDICAP SCALE;
- MOTRICITY INDEX;
- STANDING BALANCE BY BOHANNON – Equilibrio in stazione eretta secondo Bohannon;
- INDICE SECONDO HAUSER;
- BERG BALANCE SCALE;
- MFIS.

Il protocollo terapeutico prevedeva sedute di MT e DT a cadenza trisettimanale, della durata di 60', per 4 mesi (maggio, giugno, settembre, ottobre) e comprendeva una parte di allenamento tecnico, con esercizi posturali, per l'equilibrio e la coordinazione motoria, ed una parte di espressione corporea, finalizzata al rilassamento ed al miglioramento degli aspetti relazionali con il gruppo ed il terapeuta (Tabella 3). Giova, al proposito, ricordare che dal punto di vista psicodinamico la musica gioca un ruolo determinante come "oggetto transazionale" e, rappresenta, insieme alla danza, un utile supporto terapeutico durante la fase iniziale di accettazione della malattia, vissuta come "limitante" ancor prima che il deficit motorio sia comparso, condizionando così ogni aspetto (socio-professionale, relazionale, ecc.) della vita del paziente.

Quanto fin qui detto giustifica il dispiegarsi nel tempo delle varie tappe del trattamento musico/danza terapeutico, che si compone di una prima fase, dedicata alla valutazione musicoterapica (Tabella 2), utile alla conoscenza del paziente ed al raggiungimento dell'ISO sintonia tra i partecipanti all'incontro e di una seconda fase (Tabella 3), di natura più squisitamente riabilitativa che mira al recupero, da parte del paziente, della propria autonomia psico-fisica con ricadute favorevoli tanto sul tono fondamentale dell'umore quanto in ambito relazionale.

Tabella 2 – Valutazione musicoterapica

Indagine anamnestica generale (compresa valutazione clinica generale)
Indagine anamnestica della patologia (esordio, durata e gravità della malattia)
Bilancio fisiatrico degli esiti (motori e cognitivo-comportamentali)
Valutazione psicologica pre-trattamento
Identificazione dell'ISO mediante sedute recettive individuali e/o di gruppo
Rilevazione dei parametri durante le sedute recettive (PA, FC, RR, PP)
Indagine psico-sonora (remota ed attuale)
Rapporto con gli strumenti (preferenzialità di ascolto e/o manipolazione)
Rapporto con il gruppo e con il terapeuta (apertura e/o chiusura)
Test di esplorazione dell'ambiente (per l'età evolutiva)

Tabella 3 – Protocollo di trattamento

Protocollo per pazienti con S.M.

- Valutazione clinica (sulla base di EOG ed EON) periodica (ogni 2-4 settimane)
- Valutazioni Fisiatrica /Musicoterapica (inizio e fine trattamento)
- Valutazione funzionale (inizio e fine trattamento)
- Somministrazione di scale di valutazione
- Sedute di Musicoterapia recettiva (MTr)
- Sedute di Musicoterapia attiva / Danzaterapia

Allenamento tecnico:

- Esercizi segmentari (in posizione assisa ed in posizione eretta)
- Esercizi posturali (rilassamento + coscientizzazione del gesto)
- Esercizi per la coordinazione motoria
- Rieducazione alla stazione eretta ed alla deambulazione
- Esercizi per la respirazione
- Esercizi di difficoltà crescente per ripristino delle ADL

Espressione corporea:

- Induzione del rilassamento ad occhi chiusi mediante esercizi di immaginazione attiva
- Uso rappresentazione immaginifica
- Stimolazione del linguaggio corporeo
- Vissuto del silenzio
- Coscientizzazione e regolazione dei ritmi corporei (FC e RR)
- Contatto corporeo (in coppia)
- Apertura canali comunicazionali mediante musica e danza
- Verbalizzazione delle emozioni
- Gratificazione

## Risultati

I dati desunti dal nostro studio depongono per un miglioramento clinico, ma soprattutto funzionale, generale del paziente, nonché per ricadute favorevoli sul grado di disabilità saldato alla malattia. Il trattamento presupponeva, come già illustrato, una parte ritmica, finalizzata alla rieducazione psicomotoria e, quindi, al recupero della coordinazione statica e dinamica delle prassie, ed una parte più squisitamente "espressiva" che, oltre a facilitare il gesto in ogni sua componente, favorisce il rilassamento, l'attenzione, l'interiorizzazione dei processi cognitivi e, quindi, una maggiore consapevolezza del proprio corpo con ridefinizione dello schema corporeo: ciò con innegabili favorevoli ricadute anche sulla socializzazione e sul recupero della stabilità affettivo-emozionale. In particolare, si realizzano, tanto durante le sedute di musicoterapia, quanto nel corso di quelle di danzaterapia, i seguenti effetti favorevoli:

- correzione delle posture viziate;
- innalzamento della "soglia di fatica muscolare";
- migliore reclutamento motorio temporo-spaziale;
- ottimizzazione gestuale mediante ritmizzazione degli esercizi;
- miglioramenti a carico del mantenimento dell'equilibrio e della coordinazione motoria;
- ottimizzazione della dinamica respiratoria;
- aumento della capacità di attenzione e concentrazione;

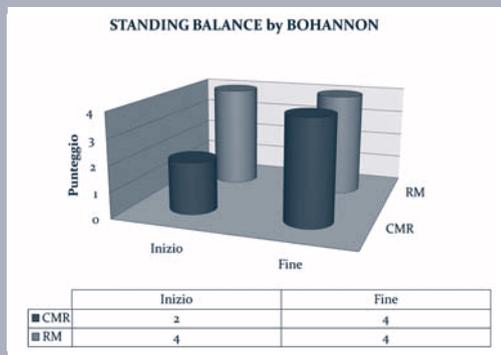
- Arcieri F. et al.  
Metodo Tomatis e postura. In *Riabilitazione oggi*, anno XIII, n°4, pp. 34-40, Speciale Riabilitazione, Milano, 1996.
- Aristosseno e Aristotele  
*L'enciclopedia della musica*, De Agostani, Novara, 1995.
- Bence L., Mereaux M.  
Esperienze e osservazioni, in *Musicoterapia, ritmi, armonia e salute*, Xenia, 1993.
- Berger T., Rubner P., Schautzer F., Et Al.  
Antimyelin antibodies as a predictor of clinically definite multiple sclerosis after a first demyelinating event. *N Engl J Med* 349:139, 2003.
- Borysenko J.  
Il potere della musica su psichismo e affettività, in *Guarire con la mente*, Sperling e Kupfer, Milano, 1996.
- Chomsky N.  
*Il linguaggio e la mente*, Bollati Boringhieri, Torino, 2010.
- Doreen A.  
L'utilizzazione della ritmica nello sviluppo motorio dei soggetti affetti da Morbo di Parkinson. In *Musicoterapia realtà e futuro*, Atti del V Congresso Mondiale di Musicoterapia. Omega, Genova, 9-14 dicembre 1985.
- Hader W.J., Yee I.M.  
Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Saskatoon, Saskatchewan *Neurology*. 2007; 69: 1224 - 1229.
- Humeau S.  
Gli effetti neurofisiologici della musica - I tre cervelli: riepilogo della teoria. In *Le musiche che guariscono*, IPSA, 1990.
- Kurtzke J.F., Hillestend K.  
Multiple Sclerosis in the Faroe Island:II. Clinical update, transmission, and the nature of MS. *Neurology* 36: 307, 1986.

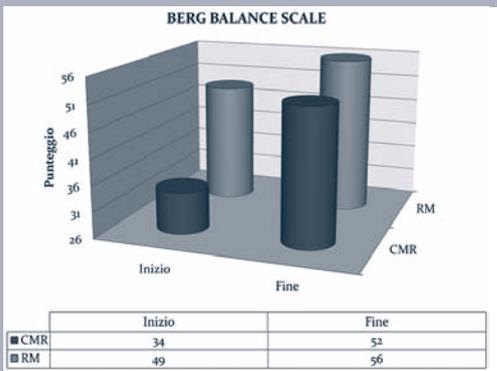
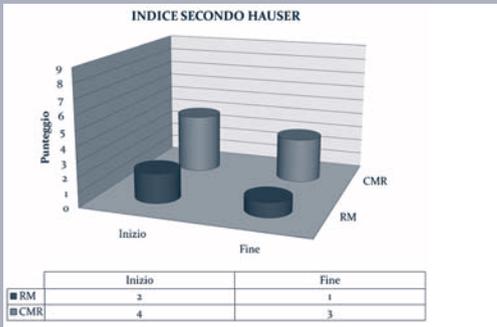
- stato di rilassamento psicofisico (anche a distanza dalla seduta di terapia);
- assenza di "stanchezza muscolare" dopo la seduta di trattamento (riferita, invece, dai pazienti dopo sedute di terapia recuperativa "classica", anche quando vengano rispettate le fasi di riposo tra un esercizio e l'altro);
- favorevoli ricadute sul piano relazionale (per apertura dei canali comunicazionali, sia con il gruppo che con il terapeuta);
- innalzamento del livello di autostima e stimolo alla creatività.

I risultati ottenuti sono stati testimoniati dal miglioramento dei punteggi delle scale funzionali somministrate, già ricordate nel precedente paragrafo (vedi grafici).

Sulla scorta di tali rilievi la danzaterapia e la musicoterapia si impongono all'attenzione degli operatori di ambito riabilitativo come possibile training psicomotorio pre-lesionale, utile soprattutto nelle fasi più precoci della malattia per allenare il paziente, ancora pienamente abile ed autosufficiente, a potenziare, ampliare ed affinare le proprie abilità psicomotorie: ciò gli garantisce, infatti, la possibilità di essere pronto ad attivare differenti prassie nel caso di un sopravvenuto deficit motorio, transitorio o permanente, evitando di rinunciare alla propria autonomia.

A seguire le tabelle relative ai dati di inizio e fine trattamento osservati nelle pazienti (CMR RM).





## Conclusioni

Quanto fin qui detto e i risultati mostrati in precedenza, rendono ragione della disponibilità dei pazienti al trattamento, che prescinde dalla gravità del deficit presente, in base al presupposto che ogni paziente può recuperare a partire dal proprio residuo funzionale, operando una ricostruzione di quanto è inficiato dalla patologia o, laddove ciò non sia pienamente attuabile, attivando altre abilità in funzione vicariante.

In questo modo è possibile garantire all'individuo la più ampia autonomia possibile: facendo attenzione non solo agli obiettivi che ci prefiggiamo nel trattamento, ma anche a quegli aspetti che, se ignorati, potrebbero vanificarne l'efficacia o, peggio, provocare effetti dannosi al paziente.

Sulla scorta di quanto già detto, non sorprendonno i brillanti risultati ottenuti da numerosi ricercatori nell'ambito delle più diverse patologie, ivi

■ Laurentaci C., Megna G.  
"La Musicoterapia e la Danzaterapia nel trattamento recuperativo di alcune patologie neurologiche, in *Musica e Terapia*, Vol. 5 N.2, Ugo Boccassi, giugno 1997.

■ Laurentaci C., Loverre A., Ranieri M., Megna M., Giorgio C., Ianieri G., Megna G.  
Musicoterapia e danzaterapia nel trattamento recuperativi della S.M.: studio su 11 pazienti, in atti del V Congresso Nazionale di Neuroriabilitazione, St. Vincent, 1996.

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

■ Laurentaci C., Ranieri M., Ianieri G., Giorgio C., Megna G.  
"Validità del trattamento con Musico-Danzaterapia per pazienti affetti da Sclerosi Multipla: studio su 14 casi In *Atti III Congresso Nazionale Musicoterapia*, pp.28-30, Torino, 10-11 ottobre 1997.

■ Laurentaci G., Laurentaci C.  
Immunogenetica e patogenesi immunitaria delle sindromi demielinizzanti. *The Medit. J. of Surg. And Med.* N°1, Vol 1, 1993.

■ Laurentaci G., Occhiogrosso M., Laurentaci C., Merlicco G.  
Immunological mechanisms and therapeutic perspectives in demyelinating syndrome. *The Mediterranean J. of Surg. And Med.*, vol. 2 n°4, 1994.

■ Megna G., Laurentaci C., Loverre A., Blocca P., Megna M., Fiore P.  
Terapia occupazionale in Italia: il punto di vista del fisiatra. *Europa Medicophysica*, vol 31, suppl. 1 al n° 2. Minerva Medica, giugno 1995.

■ Ottonello M., Ferriero G., Benevolo E., Sessarego P., Dughi D.

Psychometric evaluation of the Italian version of the Berg Balance Scale in rehabilitation patients. *Eur Med Phys* 2003; 39:181-9.

■ Platone

*Tutte le opere*, Sansoni, Milano, 1993.

■ Postacchini P.L.

Armonizzare sintonizzandosi. In *Musica e Terapia*, vol. 4 n°1 pp 4-6. Ugo Boccassi, Genova, gennaio 1996.

■ Rodriguez M., Siva A., Ward J. Et Al.

Impairment disability and handicap in multiple sclerosis. *Neurology* 44: 28-33, 1994.

■ Selye H.

*Inflammation et maladies pluricasuales*, Masson, 1966.

■ Tartaglia M.C.,

Narayanan S., Francis S.J. The relationship between diffuse axonal damage and fatigue in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 61, 2004.

■ Tomatis A.

*L'oreille et le langage*, Seuil, Parigi, 1963.

■ Vanage S.M., Gilbertson K.K., Mathiowetz V.

Effects of an energy conservation course on fatigue impact for persons with progressive multiple sclerosis. *Am J Occup Ther.* 2003 May Jun; 57(3): 315-323.

■ Wolfson L., Whipple R., Amerman P., Tobin J.N.

Gait assessment in the elderly: a gait abnormality rating scale and its relation to falls. *J Gerontol*, 1990; 45:M 12-19.

comprese quelle neurologiche, in cui la musica espleta un'azione non tanto sulla malattia, quanto sul malato globalmente inteso, di cui riesce ad attivare meccanismi di fisiologica reazione all'evento lesivo, con ricadute spesso sorprendenti come guarigioni e/o lunghe remissioni, un tempo ritenute "inspiegabili", ma attualmente assai più comprensibili scientificamente, secondo quanto ipotizzato già nel 1936 da Hans Selye con la Sindrome Generale di Adattamento (Humeau, 1990; Bence, Mereaux, 1993).

Giova, inoltre, ricordare l'importante ruolo giocato dal trattamento musico/danzaterapico nell'ambito di deficit motori saldati a patie neurologiche; infatti, come già illustrato, la musicoterapia ed in particolar modo la danzaterapia sono metodiche recuperative in grado di migliorare ed ottimizzare la performance motoria, risultante dall'azione di meccanismi nervosi deputati al controllo del tono muscolare, dell'equilibrio e della coordinazione motoria.

In tal senso è opportuno richiamare l'attenzione, ancora una volta, sul trattamento musico/danzaterapico che presuppone una parte ritmica, finalizzata alla rieducazione psicomotoria, capace di garantire un'efficace attivazione dell'emisfero minore che, presiedendo all'attivazione ed alla regolazione di prassie specializzate, determina l'affinamento di prassie già esistenti o educa il paziente all'utilizzo di prassie alternative (al fine di ripristinare le abilità compromesse); ed una parte "espressiva" che favorisce il gesto in ogni sua componente, oltre, che il rilassamento, l'attenzione ed l' interiorizzazione dei processi cognitivi, che determinano una maggiore consapevolezza del proprio corpo oltre ovviamente, ad un miglioramento degli aspetti relazionali con il gruppo e il terapeuta.

Alla luce di quanto detto, tutto ciò, determina sicuramente per il paziente un'esistenza migliore, piena e gratificante, anche e soprattutto in ambito sociale, permettendo al paziente affetto da S.M di continuare a vivere e non a sopravvivere.

# Sviluppo di una sequenza sonoro/musicale da impiegare come strumento d'indagine nella fase di valutazione musicoterapica

*The scientific literature shows no research inquiring into the relationship between the way of music listening and individual differences. We created an experimental sequence to be used as a preliminary tool before the music therapy treatment, in order to analyze possible correlations between person-related aspects, psychopathological aspects and listening ways.*

*The enquiry aimed at following goals:*

- 1. Planning and experimentation of a sonorous/musical tool, verification of the correlations between the response ways to 9 sonorous/musical excerpts and personal data's, that include musical know-how.*
- 2. Testing of the correlations between the response ways to 9 sonorous/musical excerpts and state anxiety/personality features.*
- 3. Subject division into clusters to define the person-related and/or diagnostic categories that are most correlated to the evocative potentialities of the S-S.*

È stata elaborata  
una proposta  
d'ascolto  
denominata  
sequenza sonoro-  
musicale (S-Sm)  
da impiegare  
come strumento  
preliminare al  
trattamento  
musicoterapico

## Introduzione

La letteratura scientifica presenta poche ricerche che indaghino la relazione tra la modalità d'ascolto sonoro/musicale e le differenze individuali. È stata quindi elaborata una proposta d'ascolto denominata sequenza sonoro-musicale (S-Sm) da impiegare come strumento preliminare al trattamento musicoterapico per studiare l'identità sonoro/musicale del soggetto e analizzare le possibili correlazioni tra aspetti personologici e modalità d'ascolto.

La presente ricerca costituisce un primo studio pilota e fa riferimento alle seguenti teorie e studi.

- Il concetto di Iso

Al centro dell'approccio musicoterapico di Rolando Benenzon (1984) troviamo il concetto di Iso. Tale principio rappresenta il vissuto sonoro di ogni individuo, sintetizza la nozione dell'esisten-

## La musica avrebbe la potenzialità di stimolare interpretazioni sulla base degli indizi che contiene

za di un suono o di un insieme di fenomeni sonori che ci caratterizzano e che ci individualizzano.

La conoscenza dell'Iso del paziente consente al musicoterapista di avviare

un rapporto interpersonale con finalità connesse al benessere e all'evoluzione del paziente.

La risposta fornita all'ascolto della S-Sm (una volta che la stessa sia stata validata statisticamente) potrebbe fornire indicazioni sull'Iso del paziente utili al trattamento.

- Le potenzialità parasemantiche dell'elemento sonoro/musicale

La potenzialità evocativa dell'elemento sonoro/musicale è suggerita da diversi indizi (variamente articolati e interconnessi fra di loro):

- i significati naturali. Nattiez (2002) ricorda come gli stati psichici fondamentali (calma-eccitazione, tensione-distensione, esaltazione-depressione) si traducano in analoghe forme gestuali caratterizzate da precisi profili temporali ed energetici; la trasposizione di questi profili sul piano sonoro costituisce il fondamento del linguaggio espressivo della musica; l'associazione simbolica è dunque radicata nel funzionamento del corpo;
- il semantismo per convenzione. Sempre Nattiez (2002) precisa come esistano associazioni fra parametri musicali e significati da essi evocati che hanno un fondamento convenzionale, variabile in rapporto alla cultura di provenienza;
- i fattori propriamente musicali. Nella musica occidentale gli intervalli melodici in rapporto con la tonica del brano analizzato possono acquisire una valenza parasemantica. La spiegazione del parasemantismo, per Nattiez (2002), risiederebbe soprattutto nella combinazione dei parametri dove il fattore tempo giocherebbe un ruolo decisivo;

- altri elementi che possono indirizzare gli aspetti parasemantici sono le qualità onomatopeiche, fonosimboliche, gli aspetti analogici e le associazioni musicali.

Per Nattiez (2002) la musica rappresenterebbe una forma simbolica, vale a dire sarebbe in grado di evocare nel fruitore, come nell'interprete e nel compositore la realtà del mondo (sia quella esteriore, mondana, che quella interiore, psichica).

Tali concettualizzazioni ci consentono di formulare un'ipotesi di percorso della S-Sm, sulla base delle qualità parasemantiche espresse dai diversi brani, che dovrà poi essere validata statisticamente.

- Le tecniche proiettive inerenti i test di personalità  
La musica avrebbe la potenzialità di "stimolare interpretazioni sulla base degli indizi che contiene, cioè di invitare a ricostruire schemi affettivi sia generici e universali ...sia specifici di una determinata cultura " (Baroni, 2002), sia specifici in termini strettamente soggettivi e individuali (sulla base degli aspetti biografici e dell'Iso individuale). L'elemento sonoro/musicale si presterebbe così a configurarsi come uno stimolo proiettivo, in analogia a quanto avviene nelle tecniche dette proiettive dove "...nelle prove standardizzate costituite dai test proiettivi propriamente detti (Rorschach, T.A.T., per esempio) il soggetto è messo di fronte a situazioni poco strutturate e a stimoli ambigui, il che consente di leggere, secondo regole di decodificazione proprie del tipo di materiale e di attività creativa proposta, alcuni tratti del suo carattere e alcuni sistemi di organizzazione della sua condotta e delle sue emozioni" (Laplanche, Pontalis, 1987). La S-Sm potrebbe così permettere di registrare, attraverso i giudizi espressi tramite il Differenziale semantico, differenze individuali nella valutazione dei diversi brani.

- Il rapporto intercorrente tra tratti di personalità e preferenze musicali

Tra i tanti fattori che hanno un impatto considerevole sulle preferenze musicali vi sono i tratti di personalità (Daoussis & McKelvie, 1986; Klimas-Kuchtowa, 2000; Mc Cown, Kaiser, Mulhearn, & Williamson, 1997; Rawlings, Hodge, Sherr, & Dempsey, 1995).

La ricerca nell'ambito della correlazione tra preferenze musicali e personalità risale ad alcuni anni or sono. La maggior parte degli studi sono associati alle dimensioni di personalità di Eysenck: estroversione, nevroticismo e psicoticismo (Eysenck, 1958, 1992). Gli estroversi preferiscono una musica omogenea, vivace, emotivamente vigorosa, sensuale, mentre gli introversi preferiscono una musica intellettuale, mistica, profonda, introspettiva, calma (Klimas-Kuchtowa, 2000). Lo psicoticismo è invece significativamente correlato alle preferenze per la complessità musicale: all'aumento del livello di psicoticismo corrisponde un aumento della complessità dei pezzi musicali (Rawlings ed altri, 1995).

Mc Cown ed altri (1997) affermano che tratti come l'estroversione e lo psicoticismo sono positivamente correlati con le preferenze per brani musicali suonati con i bassi amplificati.

Altre ricerche mostrano che la musica, intesa come mezzo di stimolazione, può aiutare l'attività cognitiva negli estroversi e sopprimerla negli introversi (Furnham, Trew, Sneade, 1999).

La relazione intercorrente fra tratti di personalità (Eysenck, 1992) e preferenze musicali è stata indagata da Kopacz (2005). Tale studio ha evidenziato differenze associate ai profili personologici, in riferimento alla classificazione di Cattell, che descrive la struttura della personalità in modo dettagliato, separando 16 fattori. Questo ha permesso di effettuare descrizioni più precise sulle relazioni esistenti tra i tratti della personalità e gli specifici elementi musicali che definiscono i brani scelti dai partecipanti.

La percezione della musica è basata sulla percezione degli elementi musicali e ha luogo sulla base di regole stabilite (similarmente a quanto avviene per la percezione del linguaggio sulla base della teoria psicolinguistica). L'ascolto di un brano musicale richiede la sua implicita decodifica strutturale su di un piano cognitivo. Di conseguenza in questa ricerca ciascun brano musicale (scelto dai partecipanti) è stato analizzato con l'obiettivo di classificare i suoi elementi musicali primari e determinarne quindi le principali caratteristiche.

Hanno partecipato alla ricerca 145 studenti, maschi e femmine, scelti in maniera randomizzata in diversi poli universitari. Essi dovevano compilare il questionario di Cattell 16 PF (1970-1980). Le preferenze musicali venivano raccolte grazie ad un secondo questionario in cui si richiedeva di indicare il titolo, l'esecutore, il compositore del brano preferito. Ogni musica "preferita" veniva raccolta in cd ed analizzata in base a nove elementi musicali (tempo, cambiamenti del tempo, ritmo, numero di temi melodici, varietà degli strumenti, aspetti dinamici del brano, timbro, registro degli strumenti, tipologia del ritmo). I tratti di personalità considerati sono stati: il fattore F (livello di apertura, contrapposto alla riservatezza); il fattore H (audacia sociale contrapposta alla prudenza); il fattore L (sospettosità, contrapposta alla fiducia); il fattore Q1 (disponibilità al cambiamento, contrapposta alla resistenza al cambiamento); il fattore generale di Estroversione (legato al tempo e al numero di temi melodici).

L'analisi statistica indica che alcune caratteristiche di personalità hanno influenza sulle preferenze musicali, in particolare:

- le persone con più alto valore F (apertura) scelgono brani con un maggior numero di temi melodici;
- il fattore H è legato ai seguenti elementi musicali: tempo, numero di temi melodici e tipologia del ritmo.

Un basso valore di H (timidezza, sensibilità) rimanda a soggetti che preferiscono temi lenti e poche melodie;

- le persone con più alti valore L (sospettosità) preferiscono brani musicali con un basso numero di temi melodici;
- le persone con più alto valore Q1 (disponibilità al cambiamento) preferiscono brani musicali connotati da un gran numero di temi melodici;
- il fattore estroversione è legato al tempo e al numero dei temi melodici

Lo studio di Kopacz (2005) ha preso in considerazione i soggettivi gusti musicali individuando significative correlazioni con i rispettivi tratti personologici. La nostra ricerca, sulla base di tali risultati, si propone di studiare le modalità di risposta all'ascolto di una sequenza sonoro/musicale (predefinita dal musicoterapista) per rilevare possibili rapporti con profili di personalità e dimensioni cliniche

## Metodo

### Campione utilizzato e studi previsti

Lo studio pilota ha coinvolto 200 studenti del corso di musicoterapia Apim di Genova e Torino. Nell'ambito di diverse annualità (2005-2010), all'interno del modulo didattico dedicato alla musicoterapia recettiva, è stato proposto ai diversi gruppi classe l'ascolto della S-Sm; l'ascolto era preceduto dalla compilazione di alcune schede (scheda anagrafico-anamnestica; questionari autosomministrati).

Durante l'ascolto i singoli partecipanti dovevano esprimere le loro impressioni per ognuno dei 9 brani, utilizzando la tecnica di valutazione psicologica del differenziale semantico. Prima di tale esperienza gli studenti sono stati informati che i dati, raccolti in maniera anonima, sarebbero stati trattati in modo aggregato e nel pieno rispetto della privacy per una ricerca sull'ascolto in musicoterapia. Le schede e la sequenza di ascolto è stata somministrata sempre dallo stesso operato-

re. Lo studio è stato condotto col metodo del doppio cieco<sup>1</sup>; i dati raccolti sono stati analizzati da una psicologa esperta in statistica (dott.ssa Sara Piattino).

Lo studio pilota si è articolato in due diverse fasi.

- Studio 1a: è stato sviluppato un percorso d'ascolto sonoro/musicale da impiegare come strumento preliminare al trattamento musicoterapico per indagare l'identità sonoro/musicale del soggetto; è stata effettuata una verifica delle correlazioni tra le modalità di risposta ai nove estratti, costituenti la S-Sm, e dati anagrafico-anamnestici, includenti le competenze musicali.
- Studio 1b: È stata effettuata una verifica delle correlazioni tra le modalità di risposta ai nove estratti, costituenti la S-Sm, e ansia di stato/tratti di personalità. Sulla base dei risultati emersi dal campione è stata svolta, successivamente, una clusterizzazione dei soggetti per la definizione di categorie personologiche e/o cliniche correlate alle potenzialità evocative della S-Sm.

### Strumenti impiegati per la raccolta dati

- Scheda anagrafico-anamnestica

Si tratta di una breve scheda anagrafico-anamnestica, costruita "ad hoc" per gli scopi di ricerca. La scheda, oltre alle anagrafiche di base, raccoglie informazioni inerenti il titolo di studio, la professione, la formazione musicale, la pratica strumentale e/o vocale; si indagano inoltre le modalità di ascolto musicale, i gusti musicali (musiche preferite, musiche disturbanti); l'ultima parte della scheda esplora una dimensione con maggiori implicazioni psichiche richiedendo di definire la propria voce, la propria andatura, di precisare il rapporto col silenzio, di indicare brani musicali soggettivamente evocatori di diversi stati d'animo (tristezza, allegria, paura).

- Questionari auto-somministrati

Prima dell'ascolto musicale dei nove brani, è stato chiesto ai soggetti di compilare due semplici

questionari self report: lo STAI-S Anxiety Scale (Spielberger, 1983) e il EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire – Riveduto, validazione italiana a cura di Dazzi, Pedrabissi, & Santinello, 2004).

Lo State Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger, op. cit.) è stato somministrato al fine di avere una misura del livello di ansia di stato percepita subito prima dell'ascolto.

L'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R, forma breve, validazione italiana di Dazzi, Pedrabissi, & Santinello, op. cit.) corrisponde alla versione ridotta del questionario di personalità di Eysenck; è costituito da quarantotto items che saturano una composizione fattoriale a quattro scale denominate "Psicoticismo" (P), "Nevroticismo" (N), "Introversione/estroversione" (E), "Lie" (L) che indaga la veridicità delle risposte date dal soggetto. Specificatamente, l'EPQ-R consente di ottenere una misura delle tre fondamentali dimensioni della personalità: tendenze antisociali e contatto emotivo (P), stabilità-instabilità emotiva (N) e socievolezza e vivacità su un continuum che va da estroversione a introversione (E).

#### - Differenziale Semantico

Questo strumento ha permesso la registrazione della risposta soggettiva all'ascolto della sequenza sonoro-musicale: ogni brano ha ottenuto una valutazione tramite dodici coppie di aggettivi standardizzate e quantificabili, al fine di rilevare il significato connotativo attribuito dal soggetto ad un determinato concetto (Camoza, 1978). Le coppie di aggettivi sono state scelte fra quelle che maggiormente saturano i fattori di "Valutazione", "Potenza" ed "Attività" (Osgood, et al., 1957).

Il fattore "Valutazione" esprime un giudizio di valore: indica se il concetto è caricato di un atteggiamento positivo o di rifiuto e se produce sensazioni gratificanti o meno; esprime anche un giudizio sulle qualità estetiche del brano.

Il fattore "Potenza" esprime la forza del concetto, la capacità di suscitare con forza emozioni profonde.

Il fattore "Attività" indica le qualità cinetiche del concetto. Per la musica misura la sensazione soggettiva del tempo e del ritmo.

Per ogni brano è stata fornita agli ascoltatori una scheda contenente le dodici coppie di aggettivi opposti, con l'indicazione di effettuarne una valutazione quantitativa tramite una scala di sette punteggi numerici, denominati analogicamente, e per ciascun aggettivo, "molto", "abbastanza", "un poco", "né l'uno né l'altro" (quest'ultimo indica una posizione neutrale nel caso in cui il soggetto non abbia chiaro o non esponga il suo giudizio rispetto a quanto richiesto).

#### Criteria di compilazione della sequenza sonda

La sequenza sonda è stata compilata a partire dal repertorio del musicoterapista (Dott. Gerardo Mannarolo) che ha cercato di costruire un percorso d'ascolto diversificato e articolato tale da offrire all'utente la possibilità di ritrovarvi elementi sonoro/musicali significativi ed emotigeni.

La S-Sm presenta qualità soggettive e qualità oggettivabili.

- Le qualità soggettive: i brani proposti esprimono l'identità sonoro/musicale del musicoterapista che li ha selezionati, attingendo alla propria discografia, e ne ha articolato la successione presentando, con modalità alternate, alcune tematiche fondanti le proprie peculiarità personali e professionali.

La S-Sm rappresenta quindi una modalità attraverso cui il musicoterapista si presenta al paziente col fine di articolare un dialogo fra due diverse identità sonoro/musicali (quella del paziente e quella del musicoterapista)

- Le qualità oggettivabili: i brani proposti, perseguendo un criterio di accessibilità e di massima diversificazione, sono caratterizzati da specifiche potenzialità parasemantiche espresse da diversi indizi variamente articolati e interconnessi fra di loro (Nattiez, 2002); tali qualità simboliche e segniche (Cano, 1985) consentono di individuare le

prevalenti evocazioni suggerite dai diversi brani e conseguentemente di formulare un'ipotesi relativa al percorso d'ascolto.

La S-Sm è stata proposta a due esperti indipendenti (Prof. Stefano Leoni, Conservatorio G. Verdi, Torino; Prof. Gianni Nuti, Università della Valle D'Aosta), che hanno sostanzialmente confermato le diverse valenze parasemantiche (i pareri degli esperti sono disponibili all'indirizzo web:musica-terapia.it).

La S-Sm offre quindi un percorso predefinito che consente la raccolta di dati oggettivabili attinenti le modalità d'ascolto del paziente.

Di seguito viene presentata la successione degli estratti, con le relative potenzialità parasemantiche e la relativa ipotesi di percorso.

- I brani

- 1) E. Satie, 'Gymnopédie I', versione orchestrale di C. Debussy, The New London Orchestra, Direttore Ronald Corp, Hyperion, 1989.  
Potenzialità parasemantiche: accogliente, cullante, ambivalente (serenità-note dolenti).
- 2) A. Piazzolla, 'Tres Piezas Para Orquesta De Camara', Preludio (estratto, primi 6'), Kremerata Baltica, Teldec, 1999.  
Potenzialità parasemantiche: il brano inizia in modo misterioso, se non minaccioso, ed evolve con qualità affettive-romantiche-passionali, permane però in sottofondo la pulsazione iniziale che può connotare il brano in senso persecutorio.
- 3) S. Micus, 'The Horses Of Nizam', Desert Poems, ECM, 2001.  
Potenzialità parasemantiche: elementi arcaici, tribali, esotici, gruppali e maschili congiuntamente ad evocazioni rituali.
- 4) Battito cardiaco, Sound Effects vol.6, 1997.  
Potenzialità parasemantiche: qualità primarie connesse alla vita e alla morte.
- 5) M. Meghnagi, 'Oy El Dia De Purim', Fonè 1990.  
Potenzialità parasemantiche: accogliente, qua-

lità materne, qualcosa di domestico, conosciuto, sono presenti anche rimandi ad una festa religiosa (ebraica).

- 6) M. Ravel, 'Trio Pour Piano, Violon et Violoncelle', Premier Mouvement (estratto, primi 3'), Kantorow/Muller/Rouvier, Erato, 1973-1974.  
Potenzialità parasemantiche: il fluire, la trasformazione, tensione-distensione, il climax, le coordinate spazio-temporali (inizio-conclusione del brano) sono ambigue.
- 7) Risacca di un mare non agitato, Sound Effects vol. 8, 1997.  
Potenzialità parasemantiche: qualità primarie connesse alla vita, alla trasformazione (immergersi e riemergere), al contenimento (il cullare del mare), le coordinate spazio-temporali evocano una dimensione ciclica.
- 8) J. Cage, 'She is Asleep' (estratto, primi 3'), Jay Clayton, voice, Joshua Pierce, piano, Wergo, 1986-1988.  
Potenzialità parasemantiche: elementi arcaici, qualità femminili-materne, ma altresì un suono secco che dialoga-disturba i vocalizzi; la voce, morbida e pastosa, si alterna e si sovrappone a tali suoni con una modalità espressiva a tratti interrotta e sospesa (qualcosa di caldo e di freddo nello stesso tempo), le coordinate spazio-temporali (inizio-conclusione del brano) sono ambigue.
- 9) E. Satie, 'Gymnopédie I', versione originale per pianoforte, Laurence Allix, piano, Ensayo.  
Potenzialità parasemantiche: ritrovare qualcosa di già incontrato ma trasformato (ritorno ma altresì disorientamento); sono presenti le qualità individuate nel primo brano, ma la versione originale per pianoforte solo può evocare una dimensione più intima rispetto a quella orchestrale che è descrittiva perché ricca di colori orchestrali; inoltre, questa interpretazione può svolgere una funzione attivante in quanto è più veloce della versione orchestrale e la modalità esecutiva appare meno morbida.

- L'ipotesi di percorso

Il percorso proposto dalla sequenza in oggetto risulta articolato in due parti fra di loro speculari. L'ascolto propone dal 1° brano al 4° un iter regressogeno, centrato sul progressivo emergere di una dimensione sonora e pulsante; si passa, infatti, da aspetti strettamente musicali (1°, 2°), ad aspetti sonoro-musicali (3°), ad aspetti sonori (4°). Il 5° brano ha una funzione duplice: ricolloca l'ascoltatore in una dimensione accogliente ed è altresì il brano da cui si parte nuovamente per un nuovo percorso regressogeno (brani 6, 7, 8), centrato però sulla proposta di brani caratterizzati da aspetti formali e strutturali progressivamente sempre meno prevedibili.

Il 6° brano, pur conservando alcuni elementi di prevedibilità, si caratterizza per la dimensione cinetica, per il suo fluire, per il suo articolarsi tra tensione e distensione in un divenire che non prospetta un punto d'arrivo ma un continuo ripartire. Il 7° brano, la risacca di una mare non agitato, propone un movimento sempre uguale ma altresì sempre diverso, non vi è come nel precedente una direzione ma il tempo è sospeso.

Nell'8° brano il divenire musicale non appare prevedibile, il dialogo fra la voce ed il pianoforte preparato potrebbe proseguire all'infinito.

Infine, il 9° brano svolge una funzione strutturante (rispetto ai brani precedenti) e rappresenta la conclusione ciclica del percorso (è lo stesso brano di apertura); la versione per pianoforte testimonia però un cambiamento e può metaforizzare un percorso dall'esterno (1° brano, versione orchestrale) all'interno (9° brano, versione pianistica).

## Risultati

Hanno partecipato 200 soggetti, studenti di musicoterapia ( $F = 129$ , 66,5%; Età media =  $31.6 \pm 8.07$ ) caratterizzati, in maggioranza, da un livello di istruzione superiore (64,2%) o laurea (34,1%). Le domande socio-anagrafiche hanno

permesso di estrapolare alcune informazioni sulla composizione campionaria. Di questi solo il 17% circa ha dichiarato di effettuare una professione nel settore musicale, ma tutti i soggetti erano accomunati da un interesse per la musica, pur possedendo competenze tecniche eterogenee e qualitativamente diverse.

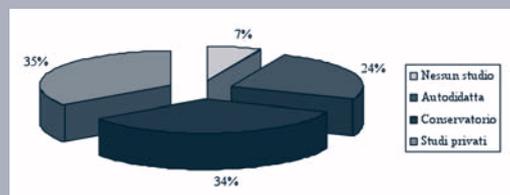


Figura 1

Del campione di ricerca il 90% circa suona almeno uno strumento musicale e il 70% riferisce l'ascolto della musica come attività principale (le preferenze sono state accorpate in macrocategorie presentate in Tabella 1); su 200 soggetti 26 risultano Professionisti del settore musicale e 154 appartengono, invece, al gruppo dei non Professionisti, pur avendo una competenza musicale.

Generi musicali	Frequenza	Percentuale valida
classica	26	13,90
jazz/blues	7	3,74
rock	12	6,42
commerciale	3	1,60
sudamericana etnica	12	6,42
altro	55	29,41
nessuna preferenza	72	38,50
Totale	187	100

Tabella 1

Le analisi statistiche sono state realizzate per mezzo del pacchetto software SPSS (vers. 13). In particolare è stata effettuata:

- una analisi della varianza e covarianza per confrontare l'andamento della sequenza sonda rispetto a quello supposto, attraverso le medie dei punteggi delle scale del D-S;
- una indagine esplorativa preliminare sulle correlazioni bivariate di Pearson tra i punteggi dei test, le variabili anagrafico-anamnestiche e le scale del D-S per ogni brano della sequenza;
- un confronto tra gruppi estratti dal campione in base alle variabili anagrafico-anamnestiche (e.g.<sup>2</sup>, genere, livelli di expertise musicale) per la valutazione delle differenze individuali;
- una analisi dei Cluster (utilizzando il metodo della distanza euclidea) per verificare i profili psicologici emergenti in relazione alle risposte ai questionari confrontati successivamente al D-S.

#### Studio 1a

In questa sede non verranno riportati i risultati sulle differenze anagrafico-anamnestiche (e.g., Genere) e che, pur non evidenziando risultati statisticamente significativi, conducono a riflessioni degne di nota, per gli obiettivi futuri della ricerca. Tali aspetti verranno approfonditi nella sezione dedicata alla discussione dei risultati.

È stata applicata una Ancova fattoriale mista 9 (Scala del D-S per la S-Sm) x 2 (Genere), x 2 (Professionisti del settore musicale), con l'età come covariata. L'Ancova fattoriale<sup>3</sup> è stata condotta per ciascuna delle tre dimensioni del D-S su ognuno dei nove brani della sequenza (variabile within su 9 livelli). I dati sono stati analizzati controllando gli effetti di Genere, Professione (Professionisti della musica vs Non Professionisti) ed Età, posta come covariata all'interno del modello lineare generale.

#### • Fattore Valutazione

Per quanto concerne i risultati della Ancova alla scala Valutazione (variabile within del modello, su 9 livelli), le varianze non sono risultate omogenee

al test di Mauchly ( $W_{35} = .514, p < .001$ ), per cui è stata effettuata la correzione di Greenhouse-Geisser dei gradi di libertà ( $F_{6,90}; 1367,30 = 7,23, p < .001, \eta^2 = .40$ ). In Tabella 2 e Figura 2 sono riportate le statistiche descrittive e l'andamento dei brani per i punteggi medi alla scala Valutazione.

Brano sequenza-sonda	Media	Errore std.
1	22,14	0,39
2	15,58	0,49
3	19,57	0,54
4	17,29	0,60
5	22,03	0,48
6	17,03	0,48
7	20,50	0,57
8	17,82	0,63
9	21,46	0,47

Tabella 2

#### Differenziale semantico: scala Valutazione

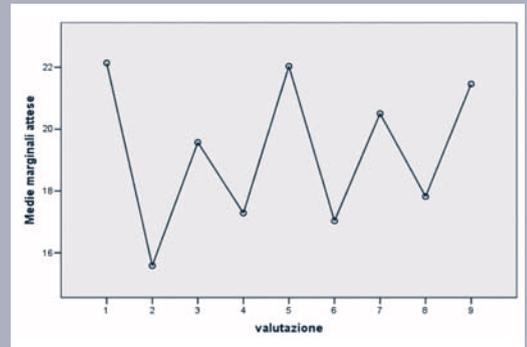


Figura 2

Non sono emersi effetti significativi per le variabili di stratificazione Età, Genere. Non sono state evidenziate differenze significative tra Professionisti della musica e Non Professionisti alla dimensione Valutazione del D-S.

Come evidenziato in Tabella 3 e Figura 3.

(I) Gruppo	(J) Gruppo	t	Sig.(a)
Professionisti settore musicale	Popolazione generale	1,15	p > .05

a) Basato sulle medie marginali stimate  
 b) Correzione per confronti multipli: Bonferroni.  
 (Tabella 3)

Confronto tra i gruppi alla scala Valutazione

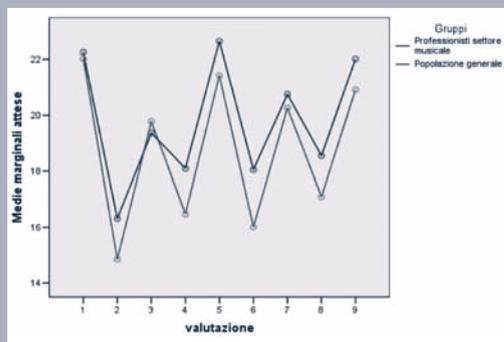


Figura 3

Il confronto tra i punteggi medi alla scala di Valutazione ha evidenziato alcune differenze interessanti e in linea con i criteri descrittivi dei brani. L'andamento della scala Valutazione sembra seguire un profilo a "dente di sega" (vedere Figura 2). La sequenza inizia con una valutazione positiva e si alterna con valutazione negativa (con i picchi dei brani 1, 5, 9, (↑) e la gola, soprattutto, per la valutazione al brano 2 (↓). Invece, la valutazione positiva dei brani 3 e 7, e quella negativa dei brani 4, 6, 8, sono in una posizione intermedia. Di conseguenza, i brani 1, 5 e 9 che costituiscono i brani di apertura, ripristino e chiusura della sequenza sonda, hanno ottenuto punteggi medi significativamente superiori rispetto ad altri brani della sequenza. Non sono emerse differenze significative nel confronto tra questi.

Il brano 2, invece, è quello valutato più negativamente dal campione della ricerca e risulta, al contempo, il più potente. In Tabella 4 vengono riportati tutti i Post hoc<sup>4</sup> tra i punteggi medi dei bra-

ni per la scala Valutazione del D-S.

(I) val	(J) val	t	Sig.(a)	(I) val	(J) val	t	Sig.(a)
1	2	11,94	p < .001	4	5	-8,10	p < .001
	3	4,83	p < .001		6	0,39	n.s.
	4	7,76	p < .001		7	-5,19	p < .001
	5	0,20	n.s.		8	-0,75	n.s.
	6	9,62	p < .001		9	-6,27	p < .001
	7	2,93	p < .01				
	8	6,63	p < .001	5	6	9,36	p < .001
	9	1,39	n.s.		7	2,60	p < .05
					8	6,68	p < .001
2	3	-6,92	p < .001		9	1,00	n.s.
	4	-2,62	p < .05				
	5	-11,86	p < .001	6	7	-5,55	p < .001
	6	-2,87	p < .05		8	-1,39	n.s.
	7	-7,83	p < .001		9	-8,67	p < .001
	8	-3,26	p < .05				
	9	-9,83	p < .001	7	8	3,88	0,01
					9	-1,59	p > .05
3	4	3,51	p < .01				
	5	-5,08	p < .001	8	9	-5,58	p < .001
	6	4,65	p < .001				
	7	-1,50	n.s.				
	8	3,28	p < .05				
	9	-3,10	p < .05				

Basato sulle medie marginali stimate

\* La differenza fra medie è significativa al livello .05

a) Correzione per confronti multipli: Bonferroni.

(Tabella 4)

• Fattore Potenza

Anche per la scala Potenza è stata applicata una Ancova. Le varianze non sono risultate omogenee<sup>5</sup> al test di Mauchly ( $W_{35} = .530, p < .001$ ), per cui è stata effettuata la correzione di Greenhouse-Geisser dei gradi di libertà ( $F_{6,90} ; 1208,16 = 14.32, p$

< .001,  $\eta^2 = .076$ ). In Tabella 5 e Figura 4 sono riportate le statistiche descrittive e l'andamento dei brani per i punteggi medi alla scala Potenza.

Brano sequenza-sonda	Media	Errore std.
1	12,93	0,39
2	22,75	0,51
3	17,98	0,49
4	19,35	0,61
5	12,87	0,41
6	18,12	0,51
7	16,66	0,58
8	15,32	0,58
9	15,17	0,45

a) Le covariate presenti nel modello verranno valutate in base ai seguenti valori: Età = 31,60.

Tabella 5

Differenziale semantico: scala Potenza

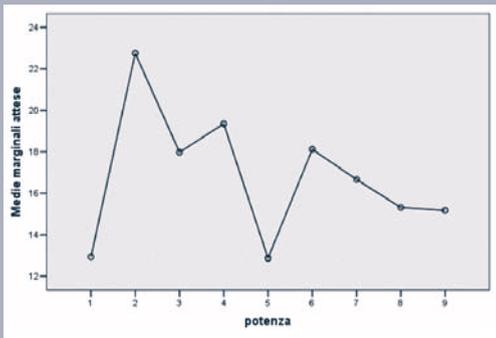


Figura 4

Dai risultati non si evincono effetti significativi per le variabili di stratificazione Età, Genere e Professionisti (Professionisti della musica vs Non Professionisti).

(I) Gruppo	(J) Gruppo	t	Sig.(a)
Professionisti settore musicale	Popolazione generale	1,34	p > .05

- a) Basato sulle medie marginali stimate
- b) Correzione per confronti multipli: Bonferroni.

Tabella 6

Confronto tra i gruppi alla scala Potenza

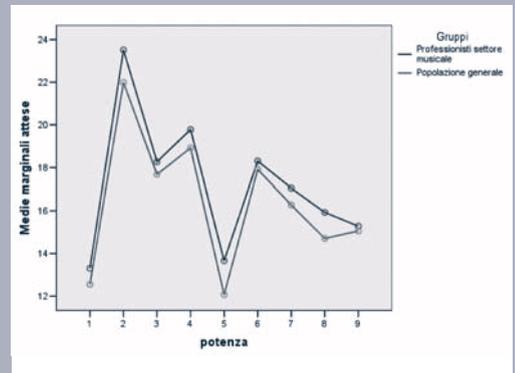


Figura 5

L'andamento della scala Potenza è a dente di sega fino al brano 6 con maggior discontinuità fra 1(↓) e 2(↑) e fra 4(↑), 5(↓), 6(↑). Dal brano 6 al brano 8 la potenza decresce e risale di poco al 9. Il brano 2 viene percepito come il più potente (differenze statisticamente significative tra questo e tutti gli altri brani della sequenza). I brani 1, 5, 9 sono stati giudicati meno potenti dai partecipanti allo studio, anche se sussiste una differenza significativa tra la potenza al brano 1 e 9 (con il 9 che risulta più potente). Le specifiche dei confronti multipli vengono presentate nella Tabella 7 dei Post hoc.

(I) pot	(J)	t	Sig.(a)	(I) val	(J) val	t	Sig.(a)		
1	2	-18,42	p < .001	4	5	10,07	p < .001		
	3	-9,59	p < .001		6	1,80	n.s.		
	4	-9,55	p < .001		7	4,30	p < .001		
	5	0,14	n.s.		8	5,83	p < .001		
	6	-9,20	p < .001		9	6,53	p < .001		
	7	-6,44	p < .001						
	8	-4,02	p < .001		5	6	-9,27	p < .001	
	9	-4,55	p < .001			7	-6,51	p < .001	
						8	-4,36	p < .001	
2	3	9,39	p < .001	6	7	2,32	p < .05		
	4	5,76	p < .001		8	4,60	p < .001		
	5	18,67	p < .001		9	5,42	p < .001		
	6	8,37	p < .001						
	7	9,47	p < .001		7	8	2,10	p < .05	
	8	11,62	p < .001			9	2,37	p < .05	
	9	13,63	p < .001						
	3	4	-2,45		p < .05	8	9	0,26	n.s.
		5	10,57		p < .001				
6		-0,24	n.s.						
7		2,42	p < .05						
8		4,14	p < .001						
9		5,30	p < .001						

Basato sulle medie marginali stimate

\* La differenza fra medie è significativa al livello .05  
a) Correzione per confronti multipli: Bonferroni.

Tabella 7

• Fattore Attività

Infine, è stata applicata una Ancova anche per la scala Attività del D-S. Le varianze non sono risultate omogenee al test di Mauchly ( $W_{35} = .470$ ,  $p < .001$ ), per cui è stata effettuata la correzione di Greenhouse-Geisser dei gradi di libertà ( $F_{6,76}$ ;  $1183,83 = 4.83$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .27$ ). In Tabella 8 e

Figura 6 sono riportate le statistiche descrittive e l'andamento dei brani per i punteggi medi alla scala Attività.

Brano sequenza-sonda	Media	Errore std.
1	14,82	0,45
2	18,24	0,64
3	17,89	0,54
4	19,01	0,67
5	18,28	0,55
6	17,38	0,59
7	17,22	0,56
8	16,07	0,67
9	15,71	0,48

a) Le covariate presenti nel modello verranno valutate in base ai seguenti valori: Età = 31,60.

Tabella 8

Differenziale semantico: scala Attività

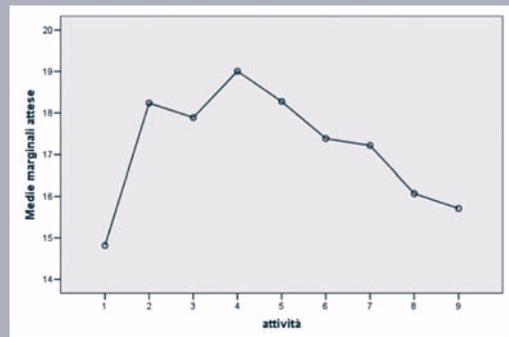


Figura 6

Le variabili di stratificazione Età, Genere non sono risultate significative. Inoltre, per la scala Attività, emerge una differenza ma non significativa tra Professionisti della musica e Non Professionisti, come evidenziato in Tabella 9 e Figura 7.

(I) Gruppo	(J) Gruppo	t	Sig.(a)
Professionisti settore musicale	Popolazione generale	0,78	p > .05

- a) Basato sulle medie marginali stimate  
 b) Correzione per confronti multipli: Bonferroni.

Tabella 9

### Confronto tra gruppi alla scala Attività

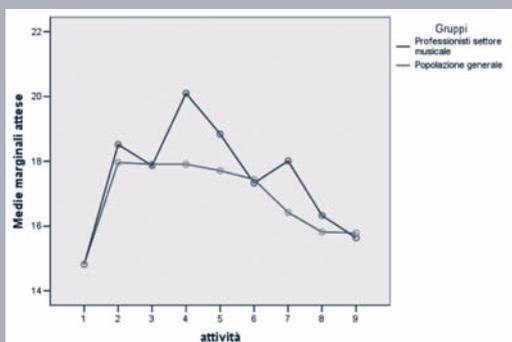


Figura 7

L'andamento dell'attività segue, fino al brano 4, un percorso a "dente di sega". Dal quarto brano in avanti l'attività decresce fino al brano 8, mantenendosi stabile al 9°. I brani 1, 8 e 9 sono stati giudicati meno attivi, soprattutto per il brano 1 al confronto con i brani 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Perciò, sia per Attività (dal brano 4), sia per Potenza (dal brano 6) vi è un decremento lineare che segue un'alternanza. Anche per la scala Attività, in Tabella 10, vengono riportati i Post hoc.

(I) attiv.	(J) attiv.	t	Sig.(a)	(I) val	(J) val	t	Sig.(a)
1	2	-6,21	p < .001	4	5	1,06	n.s.
	3	-5,83	p < .001		6	2,17	p < .05
	4	-6,44	p < .001		7	2,61	p < .05
	5	-6,19	p < .001		8	3,81	p < .01
	6	-4,21	p < .001		9	4,86	p < .001
	7	-4,72	p < .001				
	8	-1,84	n.s.	5	6	1,40	n.s.
	9	-2,00	n.s.		7	1,96	n.s.
					8	3,42	p < .01
2	3	0,60	n.s.		9	5,18	p < .001
	4	-1,11	n.s.				
	5	-0,06	n.s.	6	7	0,26	n.s.
	6	1,28	n.s.		8	1,96	n.s.
	7	1,62	n.s.		9	2,96	p < .01
	8	2,85	p < .05				
	9	4,28	p < .001	7	8	1,66	n.s.
					9	2,96	n.s.
3	4	-1,75	n.s.				
	5	-0,77	n.s.	8	9	0,56	n.s.
	6	0,82	n.s.				
	7	1,25	n.s.				
	8	3,22	p < .01				
	9	4,22	p < .001				

Basato sulle medie marginali stimate

\* La differenza fra medie è significativa al livello .05

a) Correzione per confronti multipli: Bonferroni.

Tabella 10

Sono state effettuate le correlazioni di Pearson tra le tre scale del D-S dei brani della S-Sm. In Tabella 11, si evince che Valutazione, Potenza ed Attività dei brani 1, 5 e 9 evidenziano correlazioni sostanziali<sup>6</sup>, replicando l'andamento dei punteggi medi al D-S.

	Val_5	Val_9	Pot_1	Pot_5	Pot_9	Att_1	Att_5	Att_9
Val_1	<b>0,36</b>	<b>0,36</b>	<b>0,28</b>	0,22	<b>0,32</b>	<b>0,49</b>	<b>0,33</b>	<b>0,34</b>
Val_5	1,00	<b>0,31</b>	0,24	<b>0,37</b>	<b>0,31</b>	<b>0,36</b>	<b>0,62</b>	<b>0,37</b>
Val_9		1,00	0,13	<b>0,27</b>	<b>0,28</b>	0,24	<b>0,35</b>	<b>0,51</b>
Pot_1			1,00	<b>0,40</b>	<b>0,32</b>	<b>0,43</b>	<b>0,31</b>	<b>0,31</b>
Pot_5				1,00	<b>0,40</b>	<b>0,37</b>	<b>0,56</b>	<b>0,41</b>
Pot_9					1,00	<b>0,50</b>	<b>0,47</b>	<b>0,55</b>
Att_1						1,00	<b>0,36</b>	<b>0,52</b>
Att_5							1,00	<b>0,51</b>
Att_9								1,00

(\*) in grassetto vengono riportate le correlazioni  $|.25|$   
 Tabella 11

Diversamente, gli stessi brani (soprattutto per 1 e 5) correlano negativamente con il livello di gradimento medio, espresso dai partecipanti, al brano 2 che ottiene punteggi più bassi per Valutazione e, al contrario, più alti per Potenza ed Attività.

	<b>Valutazione_2</b>
Valutazione_1	<b>-0,26</b>
Valutazione_5	<b>-0,34</b>
Valutazione_9	-0,20
Valutazione_4	<b>0,25</b>

(\*) in grassetto vengono riportate le correlazioni  $|.25|$   
 Tabella 12

### Studio 1b

In questa sede non verranno riportati i risultati sulla dicotomizzazione empirica<sup>7</sup> (tramite media dei punteggi ottenuti dal campione di osservazione) riferiti ai gruppi di soggetti più o meno ansiosi, che sono state approfondite separatamente e che, pur non evidenziando risultati statisticamente significativi, conducono a riflessioni degne di nota per gli obiettivi futuri della ricerca. Tali aspetti verranno approfonditi nella sezione dedicata alla discussione dei risultati.

Lo Studio 1b ha previsto, in primis, l'analisi delle caratteristiche del campione, descritto in precedenza, in termini di Ansia di stato e Tratti di personalità. Si riportano in tabella 13 le statistiche descrittive dei punteggi medi ottenuti dal campione di osservazioni in base alle risposte dichiarate dai soggetti ai self report STAI-S e EPQ-R.

Scale dei questionari	Minimo	Massimo	Media	Deviaz. Std.
Ansia di stato (STAI-X1)	20	68	37,34	8,25
Scala Psicoticismo (EPQ-R_P)	2	10	6,56	1,21
Scala Nevroticismo (EPQ-R_N)	0	12	5,22	3,28
Scala Estroversione/introversione (EPQ-R_E)	2	11	7,71	2,07
Scala Lie (EPQ-R_L)	1	12	5,64	1,87

Tabella 13

Il punteggio medio allo STAI-S è risultato inferiore al valore di cut off (punteggi < 40, per la versione adulti) come indicato dal manuale. Per cui il campione è costituito da soggetti caratterizzati da livelli di Ansia di stato contenuta (range entro  $\pm 1$  d.s.). Per quanto riguarda i punteggi delle scale dell'EPQ-R, il fattore P ottiene punteggi medi significativamente superiori al cut off (posto a 3,5). Le statistiche del T di student per un campione confrontato con il parametro della popolazione evidenziano una differenza elevata, con un  $t(199) = 35,8$ ,  $p < .001$  (dimensione dell'effetto grande,  $d > .80$ ).

Successivamente, sono state verificate le correlazioni di Pearson tra le scale dei questionari somministrati. Il punteggio medio allo STAI-S correla, in modo sostanziale, con la scala dell'Estroversione dell'EPQ-R e, come atteso, con quella del Nevroticismo. In Tabella 14 vengono presentati integralmente i risultati delle correlazioni di Pearson (le correlazioni sostanziali sono state evidenziate in grassetto all'interno della tabella).

	Scale dei questionari	1	2	3	4	5
1	Ansia di stato (STAI-X1)	1,00	,17	,52	-,25	-,01
2	Scala Psicoticismo (EPQ-R_P)		1,00	0,27	,03	,00
3	Scala Nevroticismo (EPQ-R_N)			1,00	-,07	,09
4	Scala Estroversione/introversione (EPQ-R_E)				1,00	,04
5	Scal Lie (EPQ-R_L)					1,00

(\*) Correlazione di Pearson con correzione di Bonferroni  
Tabella 14

Al contrario, non sono state individuate correlazioni sostanziali tra le scale del D-S (per ognuno dei nove brani della sequenza) rispetto sia ai tratti di personalità misurati con l'EPQ-R, sia ai punteggi medi dei questionari relativi alla valutazione dell'Ansia di stato, eccetto per la Valutazione al brano 7 ( $r = - .36$ ). Tuttavia, alcuni risultati sembrano essere degni di nota, come verrà specificato nella discussione dei risultati.

Successivamente, è stata effettuata un'analisi dei cluster sui soggetti del campione di ricerca allo scopo di individuare profili prototipici di risposta associati all'ascolto musicale della sequenza sonda. I cluster sono stati identificati in base all'andamento dei punteggi alle scale (dimensioni dei questionari della ricerca STAI-S e EPQ-R). Trattandosi di due self report diversi è stato necessario standardizzare i punteggi convertendoli in punti Z ( $M = 0$ , d.s. =  $\pm 1$ ).

L'analisi è stata effettuata con SPSS vers. 13, attraverso la tecnica Two steps. Per garantirne la replicabilità, il numero di cluster è stato determinato mediante simulazione bootstrap su 1000 campioni casuali. La soluzione ottimale dei casi è risultata uguale a tre, con un unico soggetto escluso dalle analisi.

Cluster		
Cluster	1	76
Cluster	2	77
Cluster	3	46
Casi validi		199
Missing		1

Tabella 15

Ogni cluster è caratterizzato da un punteggio (trasformato in punti Z) di almeno una delle scale dei questionari di ricerca significativamente superiore agli altri due. I risultati dell'analisi vengono riportati di seguito.

Scale	Media		Errore		F	Sig.
	Quadrata	gdl	Media Quadrata	gdl		
punti Z: Ansia di stato (STAI-X1)	50,19	2	0,50	196	100,04	$p < .001$
punti Z: Scala Psicoticismo (EPQ-R_P)	35,27	2	0,654	196	53,87	$p < .001$
punti Z: Scala Nevroticismo (EPQ-R_N)	47,05	2	0,53	196	88,32	$p < .001$
punti Z: Scala Estroversione/introversione (EPQ-R_E)	29,85	2	0,70	196	42,31	$p < .001$

Tabella 16

Scale	Cluster		
	1	2	3
punti Z: Ansia di stato (STAI-X1)	-0,37	-0,41	1,30
punti Z: Scala Psicoticismo (EPQ-R_P)	0,56	-0,74	0,30
punti Z: Scala Nevroticismo (EPQ-R_N)	0,19	-0,77	0,99
punti Z: Scala Estroversione/introversione (EPQ-R_E)	0,66	-0,25	-0,68

Tabella 17

Successivamente, i risultati hanno permesso di definire i tre cluster in base ai punteggi medi prevalenti, per scala. In Figura 8, viene presentata la rappresentazione grafica dei cluster sui punteggi (standardizzati) delle scale EPQ-R e STAI -S.

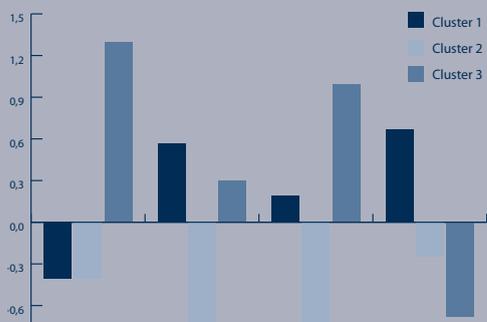


Figura 8

- Cluster 1: il gruppo dei "socievoli-estroversi" (n = 76 soggetti)

In base ai risultati ottenuti e secondo le specifiche del manuale EPQ-R questo profilo si caratterizza in termini di socievolezza e personalità attiva con un buon controllo emotivo<sup>8</sup> (indotto, in questo caso, anche da bassa ansia di stato e basso nevroticismo), da cui il cluster dei socievoli-estroversi.

- Cluster 2: il gruppo dei "controllati (emotivamente)" (n = 77 soggetti)

Questo profilo si caratterizza, in particolar modo, per bassa ansia di stato e bassa instabilità emotiva. Per questo è stato definito come il gruppo dei "controllati (emotivamente)".

- Cluster 3: il gruppo degli "ansiosi-introversi" (n = 46 soggetti)

Questo profilo è caratterizzato da soggetti più chiusi e poco controllati in termini di ansia di stato e stabilità umorale. Per questo sono stati classificati come il gruppo degli "ansiosi-introversi".

Infine, è stata effettuata una Ancova 3 (Cluster), x 2 (Genere), con l'Età come covariata, separatamente su alcuni punteggi riferiti alle tre scale del differenziale semantico per poter verificare la presenza di eventuali differenze nella modalità di ascolto secondo le variabili del differenziale semantico. L'Ancova non ha evidenziato effetti principali significativi per le variabili di stratificazione (Età; Genere). In tutti i confronti multipli al test F di Fisher dell'analisi della varianza non si rilevano differenze significative per i punteggi attribuiti, dai soggetti, alle scale del differenziale semantico (Valutazione; Potenza; Attività) sui brani posti in analisi (1, 2, 4, 5, 9); tali brani sono stati selezionati in base ai risultati emersi al D-S (1, 5, 9, brani percepiti come più positivi; 2 brano percepito come più potente; 4 brano percepito come più attivo).

L'unico Post hoc che evidenzia differenze marginalmente significative (se pur con una dimensione dell'effetto, d, piccola  $.20 < d < .50$ ) risulta il confronto multiplo per la Valutazione al brano 4 (battito cardiaco) con  $F(2,196) = 2,5, p = .08, d = .03$ . I post hoc specificano la differenza tra i cluster responsabili della significatività. Precisamente, il cluster 1 valuta meglio il brano 4 (cluster 1:  $M = 17,7 \pm 5,3$  e cluster 2  $M = 15,8 \pm 5,6$ , con  $t = 2,21, p = .07$ ). Inoltre, dalle analisi si rileva una differenza significativa per la variabile dipendente "Potenza" al brano 2. Emerge, infatti, una differenza tra i punteggi medi del cluster 1 e 2 e tra quelli del cluster 3 e 2 per potenza al brano 2. Il cluster 2 (dei controllati/passivi) dichiara il brano 2 come meno potente rispetto ai punteggi dei cluster 1 e 3 che sono, rispettivamente, più estroversi da una parte ed ansiosi dall'altra.

## Discussione

### Studio 1a

- Sviluppo della S-Sm

• Fattore Valutazione: il fattore valutazione segue un profilo a dente di sega per tutto il percorso

so della S-Sm. Emerge con chiarezza la valutazione positiva conferita ai brani 1, 5, 9 che conferma il ruolo contenitivo e rassicurante ipotizzato nella S-Sm, in virtù della loro potenzialità parasemantica e della loro posizione all'interno della stessa.

Il primo brano è valutato maggiormente positivo rispetto al 5° e al 9°, probabilmente per due ordini di motivi:

- la posizione iniziale del brano favorisce l'aspettativa di incontrare una proposta gratificante;
- le qualità sonoro/musicali del brano lo connotano come più accogliente e seducente del 5° e del 9°.

Il brano 3 (con connotazioni etniche e tribali) e il brano 7 (la risacca di un mare non agitato), sono stati valutati positivamente anche se con moderazione (in ordine decrescente: 7°, 3°).

I brani 2, 4, 6, 8 hanno ottenuto una valutazione negativa (in ordine decrescente: 2°, 6°, 4°, 8°); questi estratti sono connotati da strutture formali non consuete, per quanto attiene i brani 6 e 8, da una sonorità corporea fortemente ambivalente (vita/morte) per quanto riguarda il brano 4 (Battito Cardiaco).

Il secondo brano (quello valutato anche come il più potente) appare connotato da un' elevata valutazione negativa (evoca paura, mistero, nostalgia, pericolo, tensione) probabilmente per due ordini di motivi:

- la potenzialità parasemantica del brano (la quota di mistero o minacciosità che l'incipit del brano evoca);
  - la sua collocazione nella S-Sm subito dopo l'apertura positiva del 1° brano, che ne esalta la valenza negativa.
- Fattori Potenza e Attività: il fattore Potenza e il fattore Attività suggeriscono profili diversi.

La Potenza mantiene un profilo alternante fino al brano 6, con maggiore discontinuità fra brano 1 e brano 2 e fra i brani 4, 5, 6, per poi decrescere fino al brano 8 e risalire al brano 9. La Potenza

pare essere suggerita dalla dinamica (crescendo), dal ritmo, dall'agogica (accelerando).

Il fattore Attività evidenzia brani di minore attività alternati ad altri di maggiore attività fino al brano 4 per poi decrescere fino al brano 8 e rimanere stabile fino al brano 9.

Probabilmente l'agogica e la dinamica del brano 6 vengono valutati come Potenza e non come Attività, fattore che pare più in rapporto con aspetti ritmici (brani 2 e 4), prevedibili e ricorrenti.

- Verifica delle correlazioni esistenti tra la modalità di risposta ai nove estratti costituenti la S-Sm e i dati anagrafici e anamnestici, fra cui la competenza musicale posseduta.

- Professionisti e non Professionisti della musica: non sono emerse differenze significative per quanto attiene i fattori Valutazione e Potenza; emerge, invece, una differenza, pur non statisticamente significativa, per quanto attiene il fattore Attività (i brani 4, 5, 7, 8 sono percepiti come più attivi dai Professionisti). Il campione utilizzato, pur differenziato al suo interno fra Professionisti e non Professionisti, appare comunque composto nel suo insieme da soggetti che, in quanto iscritti ad un Corso di Musicoterapia, intrattengono con il musicale un rapporto intenso e particolare, inficiando in parte la distinzione fra queste due categorie.

- Differenza di genere: il brano 5 è valutato più positivo dalla popolazione femminile; emerge un dato opposto per il brano 8 nel quale, pur essendo anch'esso caratterizzato da una vocalità femminile, prevale forse la sua struttura insolita e imprevedibile come tratto caratterizzante. Tali dati pur non avendo una significatività statistica sembrerebbero essere degni di nota.

- Descrizione della propria voce: i soggetti che descrivono la propria voce utilizzando categorie emotive positive valutano meno positivamente l'8° brano rispetto a coloro che descrivono la propria voce impiegando altre categorie: forse la

connotazione emotiva positiva data alla propria voce evidenzia per contrasto le qualità irregolari della vocalità dell'8° brano. Tali dati pur non avendo una significatività statistica sembrerebbero degni di nota.

### Studio 1b

- Verifica delle correlazioni esistenti tra la modalità di risposta ai nove estratti costituenti la S-Sm e ansia di stato/tratti di personalità.

#### • Ansia di stato

Per quanto riguarda la registrazione del livello d'ansia di stato, il campione è stato diviso secondo il valore della mediana della distribuzione campionaria in due sottogruppi, rispettivamente "più ansioso" e "meno ansioso", anche se entrambi risultano essere caratterizzati da punteggi sotto il cut off indicato dalla validazione italiana del questionario.

Sul fattore Valutazione l'ansia di stato incide solo parzialmente. Il gruppo degli "ansiosi" dichiara punteggi medi inferiori per la valutazione ai brani 2, 4, 8 che, nel complesso, risultano poco apprezzati da tutto il campione, non evidenziando quindi una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi, anche se degna di nota. Diversamente, emerge una correlazione negativa ( $r = -.25$ ) nel gruppo degli "ansiosi" rispetto al brano 7. Non esiste contraddizione rispetto alla prevalente valutazione positiva registrata dal campione nel suo insieme nei confronti del brano 7 perchè questo risultato si osserva solo nel sottogruppo specifico dei più ansiosi. Tale dato suggerisce una opportunità di indagine per verificare se su pazienti affetti da disturbi d'ansia, rispetto alla popolazione generale, questa correlazione viene replicata.

Questi dati inoltre suggeriscono un rapporto fra specifiche caratteristiche del materiale sonoro/musicale (aspetti informali nel brano 8, atmosfera incombente nel brano 2, sonorità naturali e corporee nel brano 4 e 7) e l'ansia di stato che, quando pre-

sente oltre una certa soglia, ne sollecita una connotazione negativa. I soggetti più ansiosi valutano molto bene i brani 1 e 9 che per le loro caratteristiche formali e per il ruolo che occupano all'interno della S-Sm svolgono una funzione contenitiva.

#### • Tratti di Personalità

Dai dati osservati non emergono correlazioni sostanziali tra i tratti di personalità (misurati con le scale dell'EPO-R) e la valutazione dei brani della S-Sm (misurata con la tecnica di Osgood).

- Clusterizzazione dei soggetti per la definizione di categorie personologiche e/o cliniche correlate alle potenzialità evocative della S-Sm.

#### • Analisi dei cluster

L'individuazione di tre cluster estratti dal campione di ricerca della popolazione generale ha permesso di sottolineare che il gruppo dei "socievoli - estroversi" valuta meglio il brano 4 rispetto al gruppo dei "controllati emotivamente"; quest'ultimo cluster, inoltre, avverte il secondo brano come meno potente rispetto a quanto espresso dal 1° cluster e dal 3° cluster degli "ansiosi-introversi". Questi dati connotano il gruppo dei pazienti "controllati emotivamente" come meno suscettibile alle sollecitazioni emotigene del secondo brano (ascoltato forse dal cluster 2 con maggiore distacco rispetto al 1° e il 3° gruppo), e il gruppo dei "socievoli - estroversi" (cluster 1) come più sensibile agli aspetti positivi presenti all'interno dell'ambivalente evocazione sollecitata dal battito cardiaco.

### Conclusioni

#### Studio 1a

Non emerge un andamento lineare e speculare corrispondente allo sviluppo progressivo di una componente regressogena dal brano 1 al brano 4 e dal brano 5 al brano 8; si riscontra, invece, un andamento "a dente di sega" dato che le potenzialità parasemantiche e le qualità formali dei diversi bra-

ni vanno prevalentemente a sollecitare valutazioni positive alternate a valutazioni negative, dal brano 1 al brano 9. In questo percorso il ruolo dei brani 1, 5, 9 risulta avere una valutazione positiva, diversamente da altri brani, tra cui il brano 2, caratterizzati da una valutazione negativa.

### Studio 1b

Si evidenziano due risultati interessanti.

Primo, dai dati sembrerebbe emergere una correlazione negativa tra la valutazione al brano 7 e i punteggi all'ansia di stato.

Secondo, i risultati dell'analisi dei cluster sul campione considerato hanno evidenziato tre profili differenti. È interessante notare che la risposta al brano 2 del secondo cluster, ovvero il gruppo dei "controllati emotivamente", percepisce e dichiara tale estratto meno potente, rispetto a quanto dichiarato dagli altri due cluster. Lo stesso cluster inoltre conferisce al 4° estratto una connotazione meno positiva di quanto espresso dal cluster 1.

Da ciò si può supporre che questa differenza di percezione indotta dall'ascolto dei brani della S-Sm possa essere associata al tipo e alla qualità di controllo emotivo che ne modula la percezione stessa.

### **Prospettive**

Come già detto, aver sottoposto la S-Sm ad un congruo numero di persone ha permesso di confermare, o disconfermare, le ipotesi relative alle possibili sollecitazioni associative indotte dai brani, al loro ruolo all'interno della sequenza e all'opportunità di mantenere o meno determinati brani. Questo è utile alla riformulazione di una nuova S-Sm ed ad un'ipotesi di percorso maggiormente congruente con la stessa, da sottoporre ad una nuova indagine statistica.

La nuova S-Sm potrebbe, quindi, partire dai brani maggiormente connotati rispetto ai fattori Valutazione e Potenza. Verrebbero mantenuti i tre brani che svolgono una funzione contenitiva e rassicurante con caratteristiche formali prevedi-

bili, agogica e dinamica uniformi e tonalità emotivo-affettive caratterizzate prevalentemente da qualità positive, per costruire una struttura tripartita (brani 1, 5, 9). Verrebbero altresì mantenuti i brani che sembrano maggiormente correlati con i dati clinici e personologici (brani 2, 4, 7) con caratteristiche formali meno prevedibili e rimandi a sonorità naturali.

La nuova sequenza potrebbe quindi proporre il seguente percorso: 1, 2, 4, 5, 7, 9, dove i brani 1, 5, 9 svolgerebbero una funzione contenitiva, mentre gli estratti 2, 4, 7 potrebbero avere una rilevanza clinica. Tale sequenza, presentando in parte la successione della precedente, vuole tenere conto nella valutazione delle potenzialità parasemantiche dei diversi brani dell'effetto contagio da un brano all'altro.

### **Note**

<sup>1</sup> Il "doppio cieco" (double-blind control procedure) è una procedura metodologica di ricerca. Viene chiamata così poiché sia i soggetti esaminati che gli sperimentatori ignorano informazioni importanti che potrebbero influenzare pesantemente i risultati. Di conseguenza, viene applicata per rendere pulita e corretta la lettura e interpretazione dei dati, a differenza del "cieco semplice" (simplex-blind control procedure) dove solo il soggetto compilatore è all'oscuro degli obiettivi dello studio e/o del trattamento e dei criteri di scelta (nel caso della ricerca: i criteri di scelta dei brani della S-Sm o delle loro caratteristiche parasemantiche e strutturali).

<sup>2</sup> e.g. (e.g. = example giving, usato negli articoli scientifici, è l'analogo di "per esempio").

<sup>3</sup> L'Ancova (analisi della covarianza) è un test statistico, appartenente alla famiglia dei modelli lineari generali, che è stato applicato al fine di misurare l'andamento della S-Sm (per i punteggi ai tre fattori del D-S) eliminando l'eventuale componente spuria delle variabili socio anagrafiche della ricerca (covariate. Genere; Professione; Età). L'ancova è un'estensione dell'anova (analisi della varianza).

<sup>4</sup> I test post-hoc sono test statistici che vengono applicati per la comparazione tra i livelli (gruppi di osservazioni) delle variabili oggetto di studio, inserite in un

modello di ANOVA. Sono, quindi, necessari per l'individuazione delle differenze in presenza di un effetto generale significativo dell'ANOVA.

<sup>5</sup> Una delle ipotesi alla base del modello ANOVA è che le varianze all'interno degli strati siano uguali tra loro. È quindi necessario verificare l'ipotesi nulla di omogeneità delle varianze: se tale ipotesi viene rifiutata, la procedura standard è inadeguata e bisogna applicare altri test o effettuare procedure che utilizzino fattori di correzione.

<sup>6</sup> Un indice di correlazione (o covarianza tra due o più variabili) oscilla tra  $r = -1$  (CORRELAZIONE NEGATIVA PERFETTA) ed  $r = +1$  (CORRELAZIONE POSITIVA PERFETTA) dove, per la dimensione dell'effetto, solo se  $r \geq .30$ , la correlazione risulta sostanziale (non si parla di significatività perché l'indice di correlazione dovrebbe essere testato tramite il test  $t$  su  $r$ ). Sostanziale significa che la variabilità condivisa dalle due variabili correlate è almeno discreta (se non moderata; forte; molto forte; perfetta). È trascurabile se  $r < .30$ .

<sup>7</sup> Indica il calcolo della mediana, data una distribuzione di dati osservati su un punteggio o variabile. La mediana è l'indice di tendenza centrale che divide a metà (da cui dicotomizzazione) la distribuzione. Questa divisione si basa sui dati raccolti, quindi: per questo si dice che è empirica (ovvero, basata sui dati raccolti).

<sup>8</sup> Bassa ansia di stato e basso nevroticismo sono caratteristiche di persone poco disforiche e, solitamente, capaci di un buon controllo emotivo. Queste due dimensioni psicologiche, infatti, correlano anche in altri studi, come specificato anche nel manuale del test EPQ-R.

#### Nota esplicativa e commenti alle tabelle

##### Tabella 1

Statistiche descrittive della distribuzione percentuale dei generi musicali indicati dal campione.

##### Tabella 2

Statistiche descrittive (indici di media e deviazione standard) dei punteggi alla scala della Valutazione dei brani della S-Sm, ovvero medie di valutazione-gradimento dei brani ascoltati. Si ricorda che i punteggi derivano da un calcolo medio rispetto alle risposte dei soggetti che hanno valutato ciascun brano su una scala a 7 punti di aggettivi opposti (es. bello-brutto) chiamata Differenziale Semantico. L'indice di risposta è in rapporto con il valore numerico; ovvero, più il valore numerico è alto più il brano è stato percepito positivamente.

##### Tabella 3:

Confronto al test  $t$  tra i punteggi medi della scala Valutazione dei due sottogruppi del campione generale:

Professionisti della musica e non Professionisti. La differenza nei punteggi medi di risposta dei soggetti essendo minima ( $p > .05$ ) non risulta significativa ma imputabile al caso. Di conseguenza, dai dati osservati il livello di expertise musicale sembrerebbe non incidere sulla Valutazione dei brani della S-Sm.

La correzione di Bonferroni è una soluzione d'emergenza al problema dei confronti multipli a posteriori (detti anche Post hoc). Questa viene effettuata per evitare di cadere nell'errore di I Tipo (dire che c'è una differenza statistica quando questa in realtà non c'è) e quindi nei casi in cui ci sono diversi confronti a coppie da effettuare e si desidera ottenere un valore realistico del confronto evitando di sovrastimarne la differenza.

##### Tabella 4:

Confronti di approfondimento (tecnicamente definiti: post hoc) alla scala Valutazione per ogni coppia di brani musicali. Per confronti ampi (ovvero, che oltrepassano un valore convenzionale) la differenza risulta statisticamente significativa (per  $p < .05$ ). Il segno del  $t$ , (test statistico applicato per il confronto tra i brani) indica quale brano a confronto con l'altro viene valutato meglio (es. se confronto A con B e in valore  $t$  risulta "+" significa che nella differenza il brano A viene valutato significativamente meglio del brano B; viceversa in presenza del segno "-"). L'assenza di segno nella tabella sottointende il segno +

##### Tabella 5:

Statistiche descrittive (indici di media e deviazione standard) dei punteggi alla scala della Potenza dei brani della S-Sm, ovvero medie di percezione della potenza dei brani ascoltati. L'indice di risposta è in rapporto con il valore numerico; ovvero, più il valore numerico è alto più il brano è stato percepito potente.

##### Tabella 6:

Confronto al test  $t$  tra i punteggi medi della scala Potenza dei due sottogruppi del campione generale: Professionisti della musica e non Professionisti. La differenza nei punteggi medi di risposta dei soggetti essendo minima ( $p > .05$ ) non risulta significativa ma imputabile al caso. Di conseguenza, dai dati osservati il livello di expertise musicale sembrerebbe non incidere sulla valutazione dei brani della S-Sm per quanto concerne la scala della Potenza.

##### Tabella 7:

Confronti post hoc alla scala Potenza per ogni coppia di brani musicali. Confronti che ottengono  $p < .05$  risultano significativi. Il segno del  $t$ , invece, indica quale brano a confronto con l'altro risulta essere più potente (es. se confronto A con B e in valore  $t$  risulta "+" significa che nella differenza il brano A viene percepito si-

- **Baroni M.**  
*L'ermeneutica musicale in  
Enciclopedia della musica II*,  
Einaudi, Torino, 2002
- **Benenzon R.**  
*Manuale di musicoterapia*,  
Borla, Roma, 1984.
- **Camozza D.**  
*Il differenziale semantico.  
Problemi teorici e metrici*,  
Patron, Bologna, 1978.
- **Cano C.**  
*Simboli Sonori*, F. Angeli,  
Milano, 1985
- **Cattell R.B., Eber H.W.,  
Tatsuoka M.M.**  
(1970 or 1980 Edition).  
*Handbook for the Sixteen  
Personality Factor  
Questionnaire (16 PF)*.  
Champaign IL: Institute for  
Personality and Ability  
Testing.
- **Daoussis L., McKelvie S.J.**  
Musical preferences and  
effects of music on reading  
comprehension test for  
extraverts and introverts,  
*Perceptual and Motor Skills*,  
62, 283-543; 1986.
- **Dazzi C., Pedrabissi C.L.,  
Santinello M.**  
*EPO-R, Eysenck Personality  
Questionnaire - Riveduto*.  
La nuova versione per adulti  
del test di Eysenck H.J.  
Eysenck e S.B.G. Eysenck.  
Ed. Giunti OS., 2004.
- **Eysenck H.J.**  
(1958). A short questionnaire  
for the measurement of two  
dimensions of personality.  
*Journal of Applied  
Psychology*, 42, 14-17.
- **Eysenck H.J.**  
1992. The definition and  
measurement of psychoticism.  
*Personality and Individual  
Differences* 13, pp. 757-785.

gnificativamente più potente del brano B; viceversa in presenza del segno "-"). L'assenza di segno nella tabella sottointende il segno +

#### Tabella 8:

Statistiche descrittive (indici di media e deviazione standard) dei punteggi alla scala dell'Attività dei brani della S-Sm, ovvero medie di percezione dell'attività dei brani ascoltati. L'indice di risposta è in rapporto con il valore numerico; ovvero, più il valore numerico è alto più il brano è stato percepito attivo.

#### Tabella 9:

Confronto al test t tra i punteggi medi della scala Attività dei due sottogruppi del campione generale: Professionisti della musica e non Professionisti. La differenza nei punteggi medi di risposta dei soggetti pur riscontrabile ma essendo minima ( $p > .05$ ) non risulta significativa ma imputabile al caso. Di conseguenza, dai dati osservati il livello di expertise musicale sembrerebbe non incidere sulla valutazione dei brani della S-Sm per quanto concerne la scala dell'Attività.

#### Tabella 10:

Confronti post hoc alla scala Attività per ogni coppia di brani musicali. Confronti che ottengono  $p < .05$  risultano significativi. Il segno del t, invece, indica quale brano a confronto con l'altro viene percepito più attivo (es. se confronto A con B e in valore t risulta "+" significa che nella differenza il brano A viene percepito significativamente più potente del brano B; viceversa in presenza del segno "-"). L'assenza di segno nella tabella sottointende il segno +

#### Tabella 11:

Verifica dell'associazione (correlazione bivariata di Pearson) tra i punteggi medi delle tre scale del D-S (Valutazione, Potenza ed Attività) al brano 1,5,9. I valori in grassetto indicano una dimensione dell'effetto moderata, ovvero un buon livello di correlazione. Infatti, secondo i criteri scientifici, vengono considerate sostanziali le correlazioni con valore superiore a .25. Il segno (l'assenza di segno nella tabella sottointende il segno +), invece, indica la direzione dell'associazione tra la valutazione dei brani. Dalla tabella sembrerebbe risultare un'associazione tra una valutazione positiva del brano e buone qualità di potenza ed attività dei brani 1, 5, 9.

#### Tabella 12:

Verifica dell'associazione (correlazione bivariata di Pearson) tra i punteggi medi della scala di Valutazione dei brani 1, 5, 9, 4 vs 2. I valori in grassetto indicano una dimensione dell'effetto moderata, ovvero un buon livello di correlazione. Infatti, secondo i criteri scienti-

fici, vengono considerate sostanziali le correlazioni con valore superiore a .25. Il segno, invece, indica la direzione dell'associazione tra la valutazione dei brani. Precisamente, il brano 2, valutato negativamente dal campione mostra correlazioni inverse con la valutazione ai brani 1,5,9 che ottengono un giudizio positivo. Il brano 4 (l'assenza di segno nella tabella sottointende il segno +, quindi una correlazione non inversa), diversamente, viene valutato un pò meno negativamente del brano 2 ma, comunque, rientra fra i brani a valenza negativa (poco graditi).

Tabella 13:

Statistiche descrittive delle scale dei questionari dell'Ansia di stato (STAI-X1) e dei tratti di Personalità (EPQ-R) (valore minimo e massimo di risposta data dai soggetti del campione; media e deviazione standard di punteggio del campione per ogni test).

Tabella 14:

Verifica dell'associazione (correlazione bivariata di Pearson) tra i punteggi medi delle scale dei questionari dell'Ansia di stato (STAI-X1) e dei tratti di Personalità (EPQ-R). Valori  $>$  a .25 (in valore assoluto) rappresentano correlazioni sostanziali (dimensione dell'effetto almeno moderata) tra le variabili in relazione. Come si può notare dalla tabella l'Ansia di stato correla positivamente (l'assenza di segno nella tabella sottointende il segno +) con la scala del Nevroticismo e negativamente con quella dell'estroversione. Ciò significa che soggetti caratterizzati da ansia elevata tendono ad avere tratti di instabilità dell'umore e chiusura del Sè o introversione; viceversa persone con bassa ansia tendono ad avere tratti di personalità caratterizzati da stabilità dell'umore e estroversione/apertura alla relazione. Questi dati confermano quanto riscontrato in letteratura.

Tabella 15:

Composizione numerica dei cluster emersi dalle analisi.

Tabella 16:

Scale di composizione dei cluster (differenza per  $p > .001$ ).

Tabella 17:

Statistiche descrittive dei punti z delle scale di composizione dei cluster.

■ **Klimas-Kuchtowa E.**  
Music preferences and music prevention. *Publication of the Academy of Music in Wrocław*, 76, 2000.

■ **Kopacz M.**  
Personality and music preference: the influence of personality traits on preferences regarding musical elements. *Journal of music theory*, vol 42, no.3, 216-239, 2005.

■ **Laplanche J., Pontalis J.B.**  
*Enciclopedia della Psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari 1987

■ **McCown W., Keiser R., Mulhearn S., Williamson D.**  
The role of personality and gender in preference for exaggerated bass in music. *Personality and Individual Differences*, 4,543-547, 1997.

■ **Nattiez J.J.**  
*Musica e significato in Enciclopedia della musica II*, Einaudi, Torino 2002

■ **Osgood C.E., Suci G.L., Tannenbaum PA.**  
*The measurement of meaning*, University of Illinois Press, Urbana, 1957.

■ **Rawlings D., Hodge M., Sherr D., Dempsey A.**  
Toughmindedness and preference for musical excerpts, categories and trials. *Psychology of Music*, 23, 63-80, 1995.

■ **Spielberger C.D.**  
*Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Menlo Park, CA: Mind Garden, 1983.

# recensioni

a cura di Luca Zoccolan

## ■ Schizophrenia. The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care.

National Collaborating Centre for Mental Health, The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists

La Società Britannica di Psicologia e il Royal College degli Psichiatri hanno recentemente pubblicato (2010) le linee guida generali per il trattamento e la gestione della schizofrenia, commissionato dall'Istituto Nazionale per la Salute e l'Ecceellenza Clinica Inglese.

All'interno del corpus e denso contributo, una sezione è dedicata alle artiterapie, che vengono considerate un approccio terapeutico e clinico efficace, affiancandole ai trattamenti tradizionali.

Le professioni artiterapiche si sono strutturate a partire dal 1800 e in Europa si sono diffuse nel 1900 negli ospedali e hanno sempre interessato il mondo clinico, come potenziali aiuti alla guarigione. Con l'arrivo dei veterani di guerra gli interventi sono stati maggiormente organizzati nei settori delle arti figurative, della musica, del teatro e della danza-movimento terapia.

Sposando un approccio psicodinamico, le artiterapie si sono evolute, con la finalità di instaurare relazioni terapeutiche efficaci, per agevolare l'espressione emozionale, nel canale non-verbale. Nel Regno Unito, il percorso della terapeutica artistica è controllato dallo stato e regolato e normato dal Consiglio delle Professioni Sanitarie.

Nelle linee guida, viene precisato che le artiterapie costituiscono un intervento complesso, che combina le tecniche psicoterapiche con attività miranti alla promozione dell'espressione creativa. La forma estetica ha la funzione di contenere l'esperienza del soggetto e darle significato.

Il mezzo artistico si configura come un ponte verso la verbalizzazione e apre nuovi canali di comunicazione, precedentemente non esperiti. Ci sono prove evidenti che le artiterapie siano efficaci nel ridurre i sintomi negativi, sia nella popolazione

ospedalizzata, sia nell'utenza dei servizi territoriali, quindi sia in fase acuta che post-acuta.

Le finalità terapeutiche di interesse, secondo lo studio, dovrebbero essere: mettere in condizione i malati di schizofrenia di sviluppare nuovi modi di relazionarsi con gli altri; aiutarli ad esprimersi e organizzare la loro esperienza personale in forma estetica; favorire l'espressione e la regolazione delle emozioni, durante il processo creativo, rendendole compatibili con la qualità di vita. Ciò che risulta evidente, in questo studio ufficiale, è la funzione complementare e di affiancamento che viene riconosciuta agli interventi artiterapici, che vengono inseriti a pieno titolo nel progetto di cura.

Si sottolinea altresì il valore relazionale ed estetico-espressivo della terapeutica artistica, che spesso interviene laddove i trattamenti "classici" sono poco efficaci. Questo approccio integrato alla malattia mentale colma un "gap" culturale e scientifico, nel quale il dialogo fra le due realtà, ora considerate paritarie, sembrava avere scarse possibilità di successo.

## ■ Music therapy for depression: it seems to work, but how?

Anna Maratos, Mike J. Crawford, Simon Procter, The British Journal of Psychiatry, The Royal College of Psychiatrists, 2010.

## ■ Individual music therapy for depression: randomised controlled trial.

Jaakko Erkkila, Marko Punkanen, Jorg Fachner, Esa Ala-Ruona, Inga Pontio, Mary Tervaniemi, Mauro Vanhala, Christian Gold, The British Journal of Psychiatry, The Royal College of Psychiatrists, 2010. I due articoli vengono recensiti assieme perché fanno riferimento ad una comune esperienza di musicoterapia, con pazienti affetti da depressione. Inoltre nel primo, a firma di Maratos, Crawford e Procter, si rimanda alla sperimentazione randomizzata del secondo contributo. Da un punto di vista empirico emerge il dato che la musicoterapia possa incrementare la salute mentale del soggetto con diagnosi di depressione. Il meccani-

simo di azione positiva sembra risiedere, in modo specifico, nel "fare musica" all'interno della cornice terapeutica. Al paziente, infatti, viene proposta la terapia musicale, in affiancamento al percorso che prevede un approccio integrato di tipo farmacologico/psicoterapico.

La ricerca si svolge in Finlandia ed è stata suggerita dal Centro Internazionale di ricerca in arteterapie (ICRA), sulla base dell'evidenza clinica di problematiche depressive in età lavorativa del 5/6% della popolazione.

L'azione condivisa della produzione musicale, in un contesto relazionalmente efficace, secondo gli studiosi, permette ai soggetti di esprimere emozioni e sentimenti a volte non ottenibili in ambito psicoterapico e la musicoterapia può costituire un intervento complementare, propedeutico alla successiva verbalizzazione dei propri stati d'animo della persona.

La produzione sonora in musicoterapia esplicita la sua azione concreta in tre ambiti specifici. Estetico: la restituzione musicale mette in condizione il paziente di essere gratificato e trovare significazione, all'interno di una patologia che tende ad appiattire la creatività. Fisico-motorio: il movimento fisico diventa intenzionale e indirizzato all'espressione fisica di sé all'interno del gruppo di lavoro, riscoprendo la dimensione di "essere in movimento". Relazionale: l'aspetto della relazione, con la musica, permette fenomeni di tipo regressivo e ricostruttivo dei legami primari di attaccamento, in una cornice di condivisione. Ciò facilita percorsi di riconfigurazione e riscoperta del sé. Risulta evidente la matrice sociale dell'attività e i risultati abilitano a sostenere che si ottiene il coinvolgimento di utenti, che di norma è difficile coinvolgere.

Nella ricerca si analizza un percorso musicoterapeutico individuale con soggetti che già sono seguiti dai servizi psichiatrici e che sono sottoposti a terapie. Proprio la combinazione di un doppio canale verbale/non-verbale, unito ai trattamenti sanitari standard, ha dato i risultati migliori, rispetto al gruppo di controllo. Sembra quindi che

l'integrazione degli approcci terapeutici possa dare un plus-valore a tutto il trattamento di utenti, con problemi di depressione. La terapeutica musicale viene vista come una modalità espressiva alternativa e un modo per entrare in contatto con il mondo emotivo della persona e sviluppare relazioni costruttive.

Il metodo di riferimento è definito: musicoterapia improvvisativa psicodinamica, all'interno del quale il dato musicale, attivo, produttivo e improvvisativo, viene letto in un'ambito psicodinamico.

La terapia usa l'esperienza musicale, con l'obiettivo di una trasformazione e di una modificazione. Il ruolo del terapeuta è quello di agevolare e supportare il processo terapeutico del paziente, mediante l'uso degli elementi musicali e della sua "musicalità".

Nelle conclusioni risulta evidente, in modo empirico e con dati precisi, che la musicoterapia è in grado di agire sul grado di depressione di utenti con lievi, moderati o severi sindromi depressive.

Il valore di questo studio è l'aver messo in connessione la ricerca in musicoterapia e i metodi clinici, in vista di una sua più ampia applicabilità. I metodi tradizionali di approccio alla depressione riconoscono il suo significato terapeutico e riabilitativo, in ambito non-verbale, come supporto e integrazione dei metodi clinici "classici".

Si può dire che la musica offra la possibilità di entrare in contatto con un mondo "pre-verbale" che anticipa e precede la verbalizzazione psicoterapica. Lo studio si presenta rigoroso e ampio e affronta le tematiche del disagio da un doppio ordine metodologico-clinico: la terapeutica artistica e la clinica attuale. Si aprono in questo modo le porte ad un dialogo sicuramente fruttuoso, che potenzia gli effetti della cura e reifica l'intervento musicoterapico, nella sua validità relazionale e trasformativa.

*Egidio Freddi*

# notiziario

## ■ Confiam (Confederazione Italiana Associazioni e Scuole di Musicoterapia)

Il lavoro della Confiam in questo primo semestre 2011 si è focalizzato sui bisogni inerenti la ricerca in musicoterapia partendo dal presupposto che la visibilità dei lavori nella comunità scientifica possa immettere l'Italia in un sistema di visibilità più largo di quello attuale e per prevenire quella che definirei come la sindrome da autoreferenzialità di cui spesso soffrono i nostri setting. È con grande piacere che annuncio il primo corso di aggiornamento professionale dal titolo "Ricerca e Valutazione in Musicoterapia" grazie al lavoro del coordinatore scientifico della commissione ricerca della Confiam prof. Biasutti. Il corso, promosso dalla Facoltà di Psicologia e in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della Formazione e della Confiam, prevede una parte di didattica on line e quindi va incontro alle esigenze di molti professionisti anche residenti in luoghi distanti da Padova.

Gli obiettivi del corso di aggiornamento sono di fornire una preparazione nel campo della ricerca e della valutazione in musicoterapia. Il corso si rivolge a tutti gli operatori e ricercatori nel campo della musicoterapia e per l'accesso non è necessario avere un diploma di laurea.

Il corso prevede lo sviluppo di competenze specifiche coinvolte nell'elaborazione di un piano di ricerca e di valutazione in musicoterapia.

I contenuti del corso prevedono l'analisi delle principali tecniche di ricerca sia qualitative sia quantitative.

Il servizio aggiornamento perfezionamento e master dell'Università di Padova pubblicherà il bando entro novembre 2011 per l'attivazione del corso prevista nel 2012 e di cui daremo notizia

tramite il sito confiam. Si tratta di un lungo lavoro nato da un dialogo continuo con l'Università di Padova attraverso la condivisione di un convegno dedicato alla ricerca (Aprile 2010, Padova) di cui sono on line gli abstract nella sezione ricerca del nostro sito e attraverso altre iniziative che hanno definito il bisogno formativo in tema di ricerca.

Continuando sul tema è da segnalare lo sforzo del gruppo di Padova, coordinato da Mario degli Stefani coordinatore confiam della commissione ricerca, per una iniziativa rivolta alla applicazione clinica della musicoterapia nella salute mentale.

Si tratta di un gruppo di studio e ricerca sul tema "suono, musica, musicoterapia nella salute Mentale", che intende avviare un lavoro iniziale di ricerca focalizzato sugli strumenti valutativi in gruppi di musicoterapia in psichiatria. Il focus si intende a partire dall'esperienza pratica di gruppi di musicoterapia già attivi presso servizi di salute mentale, ma ovviamente rivolge l'invito a tutti gli operatori interessati a tale tematica.

Si è appena svolto nel mese di ottobre una giornata promossa dalla Struttura Interaziendale di Formazione e Progetti Internazionali del 2° Servizio Psichiatrico DISM di Padova dal titolo Suono, Ritmo, Parola, Comunicazione e linguaggio nella relazione di cura.

Queste iniziative testimoniano l'estrema vitalità di alcune realtà territoriali in un clima di frammentazione dello sviluppo della musicoterapia in Italia.

La riflessione e la provocazione che intendo lanciare a tutte le scuole e realtà italiane e

quella di rendersi più visibili. Non credo che la musicoterapia sia polarizzata intorno a una specifica città o regione e non intendiamo dare voce solamente ad alcune realtà che osano farsi sentire, invito pertanto i promotori e i referenti delle scuole a utilizzare i canali comunicativi e questo stesso notiziario per rendere maggiormente visibile il loro operato.

In questo senso la rivista Italiana Musica et Terapia costituisce un ground solido di visibilità della musicoterapia italiana. Mi auspico personalmente che la stessa possa prima o poi ricevere l'accreditamento quale rivista scientifica. In tal senso in occasione dell'annuale congresso del progetto Neuromusic, tenutosi a Edimburgo, La Fondazione Mariani, promoter italiano per il tramite di Luisa Lopez et al., ha richiesto alla Confiam di prendere parte alla tavola rotonda della sezione Musicoterapia e di essere partner della Fondazione. Questo onora il nostro operato e restituisce un'immagine positiva al di là dei pregiudizi o dell'assenza di informazioni che spesso hanno determinato un'immagine distorta della Confiam.

Nel 2013 si terrà l'VIII° Congresso Confiam grazie alla candidatura della Scuola "Giovanni Ferrari".

Per quanto attiene la formazione la commissione deputata, dopo l'esame Aim-Confiam 2011, intende raccogliere le sollecitazioni dell'Aim volte a rendere sempre più chiari i criteri e la valutazione dei requisiti formativi volti alla professionalità anche in accordo con le linee Europee dell'Emtc.

Il Presidente Confiam

Bruno Foti

Per info e contatti

Gruppo ricerca

Dott. Mario degli Stefani

mario.deglistefani@sanita.padova.it

Manuela Guadagnini

manuelaguadagnini@hotmail.com

Per corso Aggiornamento Professionale:

"Ricerca e valutazione in Musicoterapia"

[www.educazione.unipd.it/perfezionamento/mt](http://www.educazione.unipd.it/perfezionamento/mt)

• CONVEGNO DIMUSICOTERAPIA

"Dialogo interdisciplinare e possibili contributi delle neuroscienze"

9-11 Marzo 2012,

Cittadella di Assisi.

La Scuola quadriennale di Musicoterapia di Assisi – la prima sorta in Italia –, al suo 30° anno di fondazione, può definirsi senz'altro una istituzione "storica" nello specifico settore della formazione musicoterapeutica. In questi tre decenni, molti studenti si sono formati e sono diventati noti operatori specializzati.

In tale occasione, la Scuola e i suoi docenti sentono il bisogno di soffermarsi e dialogare sui possibili contributi che negli ultimi anni sono emersi da studi e da prassi condotte attraverso discipline specifiche o affini alla Musicoterapia. Un nuovo interesse è inoltre scaturito nel momento in cui le neuroscienze hanno fatto emergere studi e risultati che possono interessare gli apprendimenti in generale e musicali in particolare, sino a far intravedere, in futuro, possibili altre interpretazioni e applicazioni nel contesto musicoterapeutico.

per info [www.musicoterapiassisi.it](http://www.musicoterapiassisi.it)

# 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, 1° parte* (A. Osella, M. Gilardone)

## ■ Volume II, Numero 1, Gennaio 1994

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

## ■ Volume II, Numero 2, Luglio 1994

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

## ■ Volume III, Numero 1, Gennaio 1995

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

## ■ Volume III, Numero 2, Luglio 1995

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

## ■ Volume IV, Numero 1, Gennaio 1996

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

## ■ Volume IV, Numero 2, Luglio 1996

*Il suono della voce in Psicopatologia* (F. Giberti, G. Manarolo) • *La voce umana: prospettive storiche e biologiche* (M. Gilardone, I. Venero, E. Banco, O. Schindler) • *La stimolazione sonoro-musicale di pazienti in coma* (G. Scarso, G. Emanuelli, P. Salza, C. De Bacco) • *La creatività musicale* (M. Romagnoli) • *Musicoterapia e processi di personalizzazione nella Psicoterapia di un caso di autismo* (L. Degasperì) • *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. Pecorelli)

## ■ Volume V, Numero 1, Gennaio 1997

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

## ■ Volume V, Numero 2, Giugno 1997

*Gli effetti dell'ascoltare musica durante la gravidanza e il travaglio di parto: descrizione di un'esperienza* (P.L. Righetti) • *Aspettar cantando: la voce nella scena degli affetti prenatali* (E. Benassi) • *Studio sul potenziale tera-*

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

#### ■ Volume VI, Numero 1, Gennaio 1998

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

#### ■ Volume VI, Numero 2, Luglio 1998

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

#### ■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

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

#### ■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

Dalle pratiche musicali umane alla formazione professionale (M. Spaccaczocchi) • Formarsi alla relazione in Musicoterapia (G. Montinari) • Formarsi in Musicoterapia (P.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. Cangiotti) • Dalla periferia al centro: spazio-suono di una relazione (C. Bonanomi)

#### ■ Numero 3, Gennaio 2001

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

#### ■ Numero 4, Luglio 2001

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

#### ■ Numero 5, Gennaio 2002

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

#### ■ Numero 6, Luglio 2002

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

## ■ Numero 7, Gennaio 2003

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

■ 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. Marin)

## ■ 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 musicoterapia 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 grupale integrata* (Flora Inzerillo) • *Dal Caos all'armonia* (R. Messaglia)

## ■ Numero 14, Luglio 2006

*Il cervello nell'esecuzione e nell'ascolto della Musica* (M. Biasutti) • *Interazione, relazione e storia: ragionamenti di musicoterapia e supervisione* (F. Albano) • *Il suono e la mente: un'esperienza di conduzione di gruppo in psichiatria* (G. D'Erba, R. Quinzi) • *La condivisione degli stati della mente: una possibile lettura dell'interazione musicoterapica nella grave disabilità* (S. Borlengo, G. Manarolo, G. Marconcini, L. Tamagnone) • *Un'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice della azienda istituti ospedalieri di Cremona* (L. Gamba) • *La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze* (A. Raglio)

## ■ Numero 15, Gennaio 2007

*Implicazioni per l'educazione e la riabilitazione della ricerca psicologica sull'improvvisazione musicale* (M. Biasutti) • *Le componenti cerebrali dell'amusia* (L. F. Bertolli) • *Musicoterapia e stati di coma: un'esperienza diretta, il caso di Marco* (C. Ceroni) • *Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo nel centro diurno psichiatrico di Oderzo (TV)* (R. Bolelli) • *L'intervento integrato*

tra logopedista e musicoterapista nei bambini con impianto cocleare (A. M. Beccafichi, G. Giambenedetti)

#### ■ Numero 16, Luglio 2007

*Legato/staccato: la problematica della creazione e della morte nella musica occidentale del XX° secolo* (Michel Imberty) • *Memorie di gruppo e musicoterapia* (Egidio Freddi, Antonella Guzzoni) • *Giocando con i suoni: un intervento sul bullismo* (E. Prete, A. L. Palermi, M. G. Bartolo, A. Costabile, R. Marcone) • *Esserci, Esprimersi, Interagire tra adolescenti attraverso la musica e gli altri linguaggi* (Francesca Prestia) • *Musicoterapia e demenza: un caso clinico* (M. Gianotti, A. Raglio) • *Musicoterapia nelle strutture intermedie: un'esperienza in una comunità di riabilitazione* (F. Inzerillo) • *Le tecniche musicoterapiche* (G. Manarolo)

#### ■ Numero 17, Gennaio 2008

*La musicoterapia nel contesto delle neuroscienze* (P. Postacchini) • *La voce delle emozioni: l'espressività vocale tra svelamento e inganno* (G. Manarolo) • *Associazione Cantascuola: un percorso espressivo musicale scuola - sanità - scuola* (G. Guiot) • *Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica* (M. Macorigh) • *La stimolazione sonora-musicale alla casa dei risvegli Luca de Nigris di Bologna* (R. Bolelli) • *Gruppi di musicoterapia presso il servizio territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza* (L. Gamba) • *Attività di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica* (L. Gamba, A. Mainardi, E. Agrimi)

#### ■ Numero 18, Luglio 2008

*Musica e terapia: alcune riflessioni storiche* (S. A. E. Leoni) • *Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato* (E. Ceccato, P. A. Caneva, D. Lamonaca) • *Suonare e cantare, tra quotidianità e arte, dalla semiologia alla musicoterapia* (R. Bolelli) • *Quale musicoterapia nella scuola primaria?* (C. Massola, A. Capelli, K. Selva, F. Bottone, F. Demaestri) • *A Volte i pesci cantano... Musicoterapia e sordità: un'esperienza di lavoro con bambini "diversamente" udenti* (F. La Placa) • *Alice: percorso sonoro tra improvvisazione e composizione* (D. Bruna) • *Musicoterapia per operatori sanitari* (G. D'Erba, R. Quinzi) • *Viaggio attraverso la memoria* (R. Prencipe)

#### ■ Numero 19, Gennaio 2009

*Psicologia della Musica e Musicoterapia: quale dialogo?* (R. Caterina) • *Neuroscienze e musica: dallo sviluppo delle abilità musicali alle attuali conoscenze su percezione, cognizione e fisiologia della musica* (L. Lopez) • *"L'abito che fa il monaco": il processo terapeutico riabilitativo di una suora di clausura in Comunità Psichiatrica* (G. Cassano, M. Carnovale) • *Ambiguità e non ambiguità della musica: suggestioni in un trattamento di musicote-*

*rapia* (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Guida, F. Pannocchia) • *La costruzione di un intervento clinico integrato: Psicofisiologia e Musicoterapia* (A.R. Sabbatucci, M. Consonni) • *Musicoterapia nelle Cure Palliative: l'esperienza dell'hospice di Cremona* (L. Gamba) • *Importanza della ricerca sperimentale in musicoterapia* (M. Biasutti).

#### ■ Numero 20, Luglio 2009

*Il Canto Sociale della Corale Cavallini di Modena* (F. Albano, P. Curci) • *Il metodo STAM nella psicosi: il contributo della ricerca* (E. Ceccato, D. Lamonaca, L. Gamba, R. Poli, P.A. Caneva) • *La Composizione Facilitata di Canzoni nella riabilitazione psichiatrica* (P.A. Caneva) • *L'organizzazione temporale in pazienti psichiatrici: dalla ricerca alla riabilitazione con il modello di musicoterapia integrata MIM* (G. Giordanella Perilli) • *La misurazione degli esiti nel trattamento musicoterapico* (L. Gamba, R. Poli) • *Anamnesi di una cover band a proprio (dis)agio* (S. Bolchi, G. D'Erba, R. Quinzi) • *Musicoterapia in SPDC* (A. Sarcinella) • *Quale ricerca in Musicoterapia?* (A. Raglio)

#### ■ Numero 21, Gennaio 2010

*Musicoterapia. Scientifica o Umana?* (P.L. Postacchini, M. Spaccacocchi) • *Apprendimenti musicali e sistema specchio* (M. Mazzieri, M. Spaccacocchi) • *Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale* (P. Ciampi, A. Cavalieri) • *Quando la verità relazionale del vocalico canta intonata* (R. Gigliotti) • *La cultura e la risposta all'ascolto musicale. Le immagini come garanti metapsichici* (G. DelPuente, G. Manarolo, S. Guida)

#### ■ Numero 22, Luglio 2010

*Interpretazione psicoanalitica e interpretazione musicale. Osservazioni comparate* (F. Petrella) • *"Anche oggi ci siamo incontrati". Musica, narrazione, realtà* (P. Ciampi) • *Riflessioni e possibili orientamenti metodologici per il trattamento musicoterapico nei disturbi neuropsichici della adolescenza* (F. Demaestri) • *La persona al centro dell'ascolto: esperienze di musicoterapia recettiva nel trattamento del paziente psicogeriatrico* (M.C. Gerosa, M.A. Puggioni, C. Bonanomi) • *L'intervento musicoterapico in ambito psichiatrico: invio al trattamento, sintomatologia e strategie riabilitative* (S. Navone)

#### ■ Numero 23, Gennaio 2011

*Intervista ad Augusto Romano* • *Acquisizione linguistica e musica* (E. Freddi) • *La balbuzie e la voce del padre* (L. Pigozzi) • *La musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni* (A. Raglio) • *La canzone come strumento terapeutico* (P.L. Postacchini) • *Musicoterapia: processo, descrizione e analisi del comportamento non verbale* (A. Pitrelli) • *Schizoaffettività e musicoterapia l'esperienza della stabilità* (S. Neri) • *Un concerto di storie* (S. Cornara)

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

## 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. (Al), 1990, pp. 18-36.
  - d) ATTI DI CONVEGNI: Neumayr A., Musica ed humanitas. In A. Willeit (a cura di), Atti del Convegno: Puer, Musica et Medicina, Merano, 1991, pp. 197-205.
- 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.