



musica&terapia

numero

25

segreteria di redazione

Ferruccio Demaestri
Corso Don Orione 7
15052 Casalnoceto (AL)
tel. 347 8423620

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

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*

indice

numero
25

Cosmopolis s.n.c.

Corso Peschiera 320
10139 Torino
011 710209

L'abbonamento a
Musica&Terapia è di
Euro 20,00 (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

grafica ed impaginazione
Alessia Massari - Genova

Editoriale	1
Incontro-intervista con Umberto Petrin Ferruccio Demaestri	2
Musicoterapia e scuola a un bivio: quale direzione? Francesca Bottone, Antonio Cappelli	6
La fragilità emotiva del musicista. Report di un'indagine empirica preliminare Pier Luigi Righetti, Elena Battistella, Massimo Semenzin	12
Dialisi e rilassamento: un'esperienza di ascolto in musicoterapia Fabio Ricci	26
Ripetizione e variazione: chiave della strutturazione del tempo e delle esperienze emotive Giorgio De Battistini	38
Il musicale in musicoterapia: analisi di un intervento di gruppo Roberto Bolelli	46
Recensioni	50
Notiziario	56
Articoli pubblicati sui numeri precedenti	58

editoriale

Il 25° numero coincide con il ventennale della nostra rivista, festeggiamo questo importante traguardo rinnovando la veste grafica di Musica&Terapia.

Il numero 0 veniva editato nel luglio del '92 ospitando, fra gli altri, i contributi di Gian Domenico Montinari e di Maria Videsott. In questi vent'anni abbiamo assistito alla progressiva diffusione della musicoterapia e ad un suo crescente riconoscimento su di un piano scientifico.

Sul versante formativo e professionale la nascita della Confiam e dell'Aim ha consentito una migliore regolamentazione dell'offerta formativa ed un più preciso inquadramento del musicoterapista. Dobbiamo essere consapevoli di questi risultati, preservali e lavorare per un loro sviluppo.

Musica&Terapia si apre con l'intervista, curata da Ferruccio Demaestri, ad Umberto Petrin. Il dialogo evidenzia ed approfondisce tematiche pertinenti alla musicoterapia come al mondo musicale jazzistico ed improvvisativo.

A seguire l'articolo di Francesca Bottone e Antonio Capelli affronta il controverso tema della musicoterapia in ambito scolastico; le loro riflessioni ci aiutano senz'altro a meglio definirne specificità e limiti.

I contributi successivi si spostano dal piano teorico a quello legato alla ricerca ed alla sperimentazione.

Pier Luigi Righetti, Elena Battistella e Massimo Semenzin presentano un'indagine finalizzata a valutare le possibili correlazioni fra l'assetto emotivo individuale e la professione musicale (in questo caso il gruppo sperimentale è composto da 159 professori d'orchestra).

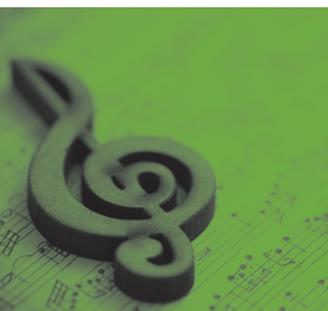
Fabio Ricci descrive un'esperienza pilota di musicoterapia recettiva, svolta in un reparto di Nefrologia e Dialisi a sostegno e cura di due pazienti dializzati.

Proseguendo, l'articolo di Giorgio De Benedetti affronta il tema della ripetizione, aspetto centrale della sintassi musicale ma altresì elemento fondante lo sviluppo psicologico dell'individuo e dato clinico con cui spesso il musicoterapista si trova a confrontarsi.

A conclusione, Roberto Bollelli descrive un intervento di musicoterapia attiva, condotta presso un Centro Diurno Psichiatrico, analizzandone lo sviluppo con criteri musicali e musicologici, come premessa alla definizione degli aspetti terapeutico-riabilitativi.

Dedichiamo questo numero al ricordo dell'amico e collega Denis Gaita.

Gerardo Manarolo



INCONTRO-INTERVISTA CON UMBERTO PETRIN

Ferruccio Demaestri

Pianista, Musicoterapista Centro Paolo VI, Casalnoceto (AL),
Formatore e Supervisore AIM

Musica&Terapia proposes a meeting with the Artist Umberto Petrin. The words of this musician suggest us some different ways to investigate the development of the processes of creative musical improvisation. He points out how the language of jazz music can be combined with the languages of contemporary art. We leave to the reader the pleasure to discover how Petrin's ideas can generate considerations and reflections related to the practice of Music Therapy.

Esistono luoghi destinati a diventare dei crocevia per incontri artistici talvolta inaspettati. Se hai occasione d'entrarci il flusso creativo ti travolge spingendoti con forza verso paesaggi nuovi e stimolanti. Non sono luoghi lontani. Si trovano alla portata di tutti. Basta acuire la curiosità, le capacità di osservazione, ascolto ed esplorazione. Uno di questi luoghi è indubbiamente la Casa della Musica di Genova. Da quel luogo carico di energie creative si è originato, attraverso il confronto con amici e colleghi, il mio bisogno d'incontrare l'artista Umberto Petrin, sia per questioni personali legate al desiderio di avvicinare il linguaggio del Jazz, sia per motivi professionali correlati alla mia attività di Formatore e Musicoterapista. Dall'incontro a quest'intervista, il passo è stato relativamente breve. Credo che le riflessioni espresse da Petrin nelle righe che seguono possano essere di stimolo al pensiero di chi, a vario titolo, s'interessa di Arteterapia e in particolare di Musicoterapia.

Ciao Umberto, ti ringrazio per la disponibilità con la quale hai accettato l'idea di quest'intervista, credo che per il mondo della musicoterapia sia importante una testimonianza come la tua, ovvero il racconto di un Artista che nel campo dell'improvvisazione musicale ha trovato ambiti diversificati ed eclettici di realizzazione, dico bene?

Ci puoi tracciare sinteticamente il tuo percorso artistico con i suoi punti nodali e peculiari?

Ci provo. Da bambino avrei voluto fare il chimico, studiai quindi chimica all'Istituto Tecnico, ma parallelamente, dall'età di 12 anni,

Musicista Jazz, Poeta, Performer, Docente di Jazz presso il Conservatorio "G. Nicolini" di Piacenza

iniziai a studiare il pianoforte. Mi interessai alla musica Jazz a partire dai 15-16 anni, ma senza particolare interesse (in realtà mi spronava molto il fatto che il mio insegnante di pianoforte fosse contrariato da questa mia propensione al Jazz... e infatti...). Mi dedicai alla Poesia dall'età di 17/18 anni e, dopo il diploma di Perito Chimico, iniziai a partecipare a concorsi di Poesia e inviai testi alle riviste letterarie specializzate. Vinsi alcuni concorsi ed iniziai a pubblicare e leggere in pubblico accanto a grandi nomi della Poesia contemporanea (alcuni dei quali, come ad esempio Giancarlo Majorino e Milo De Angelis, sono tuttora miei amici e li rivedo sempre con grande piacere). A partire dai 24 anni mi trovai a suonare Jazz dal vivo, ma pensai sempre a questa musica come ad un linguaggio in grado di dialogare, grazie all'improvvisazione, con i linguaggi dell'Arte e della Letteratura. Ho sempre visto il Jazz e soprattutto l'improvvisazione, come un'Arte in grado di elevarsi ai livelli maggiori.

Non ho mai smesso di crederci, anche se in questi anni molti musicisti di Jazz stanno rivestendo il ruolo di semplici intrattenitori, ma capisco, i tempi sono quelli che tutti abbiamo di fronte...

In che modo intendi l'integrazione tra il linguaggio musicale (soprattutto nell'accezione improvvisativa) e i linguaggi dell'Arte (pittura, scultura, cinema, danza, ecc). Quali sono, per tentare di essere più preciso nella domanda, i possibili codici e correlazioni da considerare per strutturare nessi e potenziali legami tra i diversi linguaggi?

Intanto occorre dire che ogni linguaggio ha i propri codici e sistemi, che variano grazie

all'apporto degli Artisti nelle epoche. Anche l'improvvisazione deve essere una costruzione condotta da logiche dipendenti dalla visione artistica e dal background culturale di chi la pratica. E deve svolgersi con consapevolezza. Da questo dipende la capacità dell'improvvisatore di dialogare con altri linguaggi paralleli.

Per essere più chiaro, personalmente tendo a costruire l'improvvisazione in modo "narrativo", secondo equilibri che mi derivano dalla frequentazione della Letteratura e dalla pratica della costruzione poetica. Poi, in altri casi, posso far leva, per quanto riguarda i rapporti di colore e le questioni prospettiche, sulla pittura (frequento più le mostre che i concerti), particolarmente su quella contemporanea per quanto riguarda i rapporti strutturali dell'informe e su quella rinascimentale per le questioni di costruzione, equilibrio e rapporti prospettici.

Non per nulla ci sono amici pittori (tra i più affermati oggi) che vedo lavorare nello studio ascoltando musica, o trarre spunto da pagine letterarie. È la stessa cosa, le Arti comunicano tra loro (e mi sento di inserire tra queste sicuramente anche l'architettura).

Cosa significa per te essere creativi nell'integrazione dei linguaggi?

Significa essere consapevoli della costruzione, soprattutto proprio se si è in relazione ad un altro linguaggio. È una forma di rigore e di conoscenza della materia, è una questione culturale e di approfondimento del pensiero. Non deve esserci gratuità in questa azione, come a volte si vede (detta in parole povere,

quando uno suona e l'altro legge, ma senza che nessuno dei due ascolti l'altro). Occorre conoscere prima di iniziare.

L'improvvisazione è un processo autodiretto e/o eterodiretto, ovvero nel processo improvvisativo emergono tratti della soggettività dell'improvvisatore

insieme alla capacità di ascoltare l'altro, il musicista con il quale condividi l'esperienza artistica, cogliendo e sviluppando le reciproche individualità. Ci puoi offrire qualche spunto di riflessione in tal senso?

È quanto ho appena detto, ma aggiungo che il rispetto reciproco, che si avvera nell'ascolto, è essenziale. Mi è capitato (per fortuna raramente) di trovarmi sul palco con attori o musicisti che non ascoltavano. È una tristissima forma di sordità e tutto sommato di eccessiva autostima mista ad ignoranza. Il risultato era di un patetico attendere il termine di quell'inutile operazione, che io già sapevo che non avrei ripetuto, se non per questioni economicamente vantaggiose. Un esempio di interazione che ogni volta riesce a perfezione è invece il mio duo con lo scrittore Stefano Benni. Un esempio di interazione naturale, un unico sentire il Suono, il Ritmo e la Parola. È un'unione ottimale difficilmente ripetibile.

In musicoterapia la capacità di decentrarsi e di accogliere la "musicalità" dell'altro è un elemento fondamentale per instaurare una buona relazione intersoggettiva. Alcuni autori evidenziano come competenza specifica del musicoterapista la capacità di "leggere" l'altro (il paziente) "come se fosse" uno spartito musicale. In questo modo le peculiarità espressive e comunicativo-relazionali del paziente possono offrire spunti per una "rilettura" di atteggiamenti mimici, posturali, vocali, psicomotori, in termini sonoro/musicali al fine di facilitare l'apertura relazionale. In base a questa considerazione, nell'ambito della tua esperienza, quale importanza attribuisce a

parametri quali il movimento ed il timbro nelle tue performance?

Credo che gesto, movimento, postura siano importanti nella produzione del Suono allo strumento: il coinvolgimento emotivo si traduce in atteggiamento fisico e quindi in timbrica

Ci puoi tracciare sinteticamente il tuo percorso artistico con i suoi punti nodali e peculiari?

sonora, che è la caratteristica che rende riconoscibile un interprete, un artista.

Nella musica questa interdipendenza tra gesto e suono è evidente, dal momento che spesso avviene di fronte allo spettatore.

La stessa cosa dicasi per la performance, in cui il gesto è fondamentale.

Anche nell'ambito della pittura esiste questo tipo di rapporto. Il gesto, la pennellata per intenderci, sono frutto di rapporti simili a quelli della produzione del suono. Tuttavia l'atto non accade di fronte a noi, ma ne vediamo solo il risultato.

Pensiamo ad esempio a Jackson Pollock: è possibile osservare nei video rimasti la danza che faceva intorno o sopra alla tela appoggiata a terra, mentre lasciava sgocciolare il colore. Andiamo a vedere poi il "nostro" Emilio Vedova, la cui pennellata era energica, persino violenta, e tanto prorompente da trasmettere all'osservatore una sensazione simile a quella provata dall'Autore.

Proprio a questa pratica penso durante la realizzazione delle mie performances e quindi movimento e timbro assumono per me un'importanza fondamentale.

Qual è il valore formativo dell'improvvisazione dal punto di vista umano e relazionale?

Svolgendo anche attività di docente, cerco di trasmettere agli studenti l'importanza dell'ascolto reciproco durante l'interplay, nel lavoro di gruppo. L'improvvisazione non deve essere intesa come puro sfogo od arida dimostrazione della propria abilità allo strumento, quanto invece come una costruzione logica che proceda attraverso una consapevolezza dei mezzi espressivi e lessicali.

Nel lavoro collettivo poi è necessario l'ascolto reciproco, che per me è dimostrazione di stima e fiducia nei confronti di coloro che compongono un gruppo.

Addirittura io valuto, nel corso di Musica d'Insieme, anche la puntualità alle prove, la correttezza nel comportamento.

Per me non è sufficiente che un gruppo "suoni bene": è necessario anche che tutti i componenti arrivino puntuali alle prove e che non mettano in difficoltà o a disagio i colleghi attraverso atteggiamenti o comportamenti irrispettosi o con stupidi egocentrismi, che in aula sono assolutamente fuori luogo.

Empatia e improvvisazione: quale rapporto si può cogliere e quali riflessioni inducono i due termini?

Credo di aver toccato già in altri punti l'argomento. L'interplay, il rispetto, l'ascolto reciproco, ma non solo nell'improvvisazione, ma anche in un lavoro di gruppo, come potrebbe essere in una formazione cameristica... Io ho sempre privilegiato l'aspetto umano ed a volte ho rinunciato a suonare con musicisti con i quali non riuscivo a trovare un assetto a livello empatico. Soprattutto per chi improvvisa è necessaria un'intesa che vada oltre la pratica puramente scenica.

Ci consigli un'opera d'arte contemporanea della quale fruire (dipinto, musica, installazione, testo letterario, film, altro...), dove l'aspetto dell'improvvisazione appare centrale?

Evidentemente nella musica gli esempi sono innumerevoli, basti pensare ai grandi nomi del Jazz.

Tuttavia mi piace segnalare nuovamente gli esempi in pittura, proprio perché sono "visibili"...ho citato poco fa Pollock e Vedova. Sono due esempi formidabili. Potrei aggiungerne parecchi altri, ma lascio alla curiosità ed alla sensibilità di ognuno questa meravigliosa scoperta.

In letteratura mi sentirei di citare Cortàzar tra i

più evidenti. Escluderei invece (anche se molti testi erano sorretti dall'idea di improvvisazione) gli autori della Beat generation, per i quali non nutro un particolare interesse (ad eccezione di William Burroughs), dal momento che il loro tipo di scrittura a volte mi sembra un'improvvisazione che mostra diverse carenze. Mi piace invece l'immediatezza "controllata" del Bukowski poeta o di Frank O'Hara dei "Lunch Poems" (un poeta, tra l'altro, la cui figura è pure legata all'Arte Contemporanea ed al già citato J. Pollock).

Occorre comunque dire che in Letteratura, forse per questioni di puro commercio (oppure, diciamo, per la scarsa qualità di molti "scrittori" di oggi), le bozze dei libri vengono spesso passate al vaglio degli "editor", che ne ricompongono il testo,

operando cambi, tagli a volte drastici.

In questi casi parlare d'improvvisazione è impossibile. Direi piuttosto, alla luce di quanto detto prima, che molti - in questa epoca - si improvvisano scrittori.

Ci puoi indicare tra le tue incisioni quelle più significative per il percorso artistico che hai svolto, se è possibile i lavori all'interno dei quali è più evidente l'aspetto dell'integrazione dei linguaggi espressivi?

Non è semplice sintetizzare, ogni disco è per me importante per diversi aspetti, vedi crescita artistica, incontri con Artisti diversi tra loro ecc. Certamente sono molto affezionato ad "Other Line", inciso nel 1990 con Guido Mazzon, poi "Breaths and Whispers" (1995), un omaggio a Skrjabin in duo con Lee Konitz, "Ellissi" (1999) con il mio trio ed il sassofonista Tim Berne, quindi direi sicuramente gli ultimi tre, nell'ordine "Law Years" (2007) in duo con il trombettista francese Jean-Luc Cappozzo, "Vaghissimo ritratto" (2007) con Gianluigi Trovesi e Fulvio Maras e quindi l'ultimo, per me importantissimo (e che mi sta regalando molte soddisfazioni) "A dawn will come" (2011), in Piano Solo, che racchiude proprio tutte le idee di cui abbiamo parlato finora.



MUSICOTERAPIA E SCUOLA A UN BIVIO: QUALE DIREZIONE?

Francesca Bottone psicologa, musicoterapista

Antonio Capelli musicista, musicoterapista

Casa della Musica, Genova

In this article we deal with the relationship between music therapy and school; this has been the subject of our apprenticeship and of our graduation theses at the Music Therapy School in Genoa. This article follows another one on the same subject, which we wrote together with other colleagues and was published on M&T n.18.

We start by discussing the different approaches of music therapy at school, either as a way of helping disabled children to integrate in the class, or as a general way of helping all the children develop their relationship skills.

Teachers don't often have a clear idea of what they can expect from music therapy in their class and what might be their role in the activity. So the music therapist has the responsibility of working in a strong connection with them, in order to build together the actual project, after making clear all the resources and limitations of his profession.

As a temporary conclusion we discuss some ideas about how this subject should be further analysed and discussed.

Premessa

Nel corso degli ultimi anni, grazie anche ad altre esperienze in campo educativo, abbiamo cercato di orientare il nostro lavoro all'interno della scuola in modo da spostare l'accento dagli aspetti più strettamente legati alla didattica musicale a quelli connessi all'espressività e alla relazione. Abbiamo inoltre orientato in questi ambiti parte del tirocinio svolto durante il nostro percorso formativo presso la scuola di Musicoterapia di Genova, proseguendo con esperienze lavorative negli anni successivi. Dallo scambio di esperienze, domande, ipotesi con alcuni colleghi della cooperativa "Il Giardino Sonoro" sono poi nate alcune riflessioni presentate in un contributo al convegno "Musica, psiche e processi di cura" tenutosi a Genova nel mese di maggio 2008 e successivamente pubblicate in questa rivista (Massola, Capelli, Selva, Bottone, Demaestri; "Quale musicoterapia nella scuola primaria?"; M&T n.18, luglio 2008). Infine abbiamo scelto di trattare tale argomento nelle nostre tesi di diploma, nelle quali abbiamo cercato, anche grazie al contributo del nostro correlatore Ferruccio Demaestri, di adottare due punti di vista differenti ma complementari (F. Bottone, "Interventi di musicoterapia in ambito scolastico: esperienze e riflessioni"; A. Capelli, "Scuola e musicoterapia: un incontro possibile?"). Da queste esperienze e da successivi momenti di confronto con colleghi musicoterapisti e con insegnanti di musica scaturiscono le seguenti riflessioni che, a nostro avviso,

La musicoterapia all'interno del contesto scolastico è una risorsa utile non solo per i cosiddetti soggetti certificati e per l'integrazione, ma soprattutto in un'ottica preventiva per la gestione di dinamiche complesse

potrebbero costituire un ulteriore passo nel dare maggiore definizione e stabilità al percorso di approfondimento dell'applicazione del sapere musicoterapico in un contesto scolastico. Andando alla ricerca di elaborazioni teoriche relative a tale specifico ambito d'intervento, risulta subito evidente la quasi totale assenza di contributi. Analizzando la letteratura esistente abbiamo infatti rintracciato un numero crescente di racconti dettagliati di esperienze specifiche, per lo più molto recenti, a cui non si accompagnano però riflessioni generali sull'argomento.

Nello specifico, i pochi terapisti di cui abbiamo rintracciato pubblicazioni sono concordi nel ritenere che la musicoterapia all'interno del contesto scolastico sia una risorsa utile non solo per i cosiddetti soggetti certificati e per l'integrazione, ma soprattutto in un'ottica preventiva per la gestione di dinamiche complesse (AA.VV. 2009; D'Agostini, Ordiner, e Matricardi, 2006; Massola et al., 2008; Oberegelsbacher, Rezzadore, 2003). Questi Autori descrivono interventi centrati sul gruppo classe con la finalità di sostenere gli insegnanti creando uno spazio altro, in cui rendere possibile la condivisione e l'elaborazione dell'emotività ed un clima armonico, in cui si possano osservare e sviluppare tutte le potenzialità individuali e collettive, favorendo in questo modo lo sviluppo delle capacità di attenzione, di elaborazione creativa, di socializzazione, di comunicazione e di relazione. Tutti i contributi citati consistono

comunque in descrizioni di singole esperienze, mentre rimangono carenti le riflessioni e gli approfondimenti sulla professionalità del musicoterapista e sui quadri teorici di riferimento.

Le nostre esperienze

Siamo stati chiamati a effettuare interventi di musicoterapia in ambito scolastico in diverse situazioni, alcune delle quali richiedevano un lavoro di integrazione di un bambino disabile all'interno della classe mentre altre riguardavano il gruppo classe, in generale, prevedendo un lavoro centrato sullo sviluppo delle capacità espressive e relazionali. In molte di queste, nella fase di avvio del progetto, abbiamo rilevato come spesso si mescolassero e a volte si confondessero negli insegnanti diverse aspettative rispetto a quanto ci apprestavamo ad attivare e cioè che si trattasse alternativamente di:

- interventi di animazione musicale
- interventi di carattere didattico musicale
- interventi finalizzati all'integrazione di soggetti disabili
- interventi finalizzati a favorire le competenze espressive e relazionali nel gruppo classe.

In ciascuna di tali possibili modalità di approccio sono presenti aspetti di carattere comunicativo-relazionale e di carattere sonoro-musicale che, a nostro avviso, devono sempre essere compresenti, mescolandosi in dosi differenti a seconda delle finalità che si vogliono raggiungere.

In base alla nostra esperienza e secondo molti autori che hanno lavorato in un contesto scolastico, la musicoterapia a scuola può costituire un valido contributo a sostegno degli insegnanti e dei gruppi classe (cfr AA.VV. 2009; D'Agostini, Ordiner e Matricardi, 2006; Massola et al., 2008; Oberegelsbacher, Rezzadore, 2003). Il ruolo più importante che l'operatore specialistico può

assumere è quello di facilitatore per aiutare gli insegnanti a definire e chiarire gli obiettivi che, di volta in volta, si ritengono prioritari.

Gli ambiti applicativi per un intervento musicoterapico a scuola si possono quindi riassumere in:

- Integrazione della persona con handicap all'interno del gruppo classe.
- Recupero di potenzialità specifiche per favorire nuovi schemi di comportamento, nuove potenzialità di ascolto e di interazione.
- Prevenzione: creazione di uno spazio altro in cui sia possibile raggiungere un clima relazionale positivo in cui migliori la comunicazione e la relazione nel gruppo, maturi la capacità di ascolto, siano favorite l'espressività e la creatività, sia possibile una costruzione positiva dell'immagine di sé.

La realtà scolastica si configura come un sistema complesso, all'interno del quale l'operatore verrà direttamente in contatto, al momento dell'intervento, essenzialmente con insegnanti e bambini. La direzione didattica, la segreteria, il consiglio di classe, gli ausiliari, sono però direttamente o indirettamente coinvolti: nella decisione di effettuare il percorso, nella scelta delle modalità di svolgimento, del calendario, degli spazi. Ci sembra dunque importante avviare, prima dell'intervento vero e proprio, un breve percorso di analisi della domanda e di definizione partecipata del progetto, da effettuare, quando possibile, non solo con l'insegnante direttamente coinvolto.

Ma allora? Alcune domande in cerca di una risposta

Nella nostra esperienza abbiamo spesso

incontrato vaghezza e confusione nelle richieste provenienti dalla scuola e, di conseguenza, poca chiarezza negli obiettivi definiti dagli insegnanti. Spesso le richieste partono da singoli soggetti per rispondere a bisogni contingenti, quali

I contributi citati consistono in descrizioni di singole esperienze, mentre rimangono carenti le riflessioni e gli approfondimenti sulla professionalità del musicoterapista

superare una momentanea difficoltà incontrata dall'insegnante di sostegno, oppure la musicoterapia è vista come ultima spiaggia per far fronte a una situazione di difficile gestione. A volte l'intervento del musicoterapista è confuso e magari mescolato con l'educazione musicale, richiedendo da un lato un obiettivo d'integrazione e parallelamente la preparazione di un prodotto musicale da presentare pubblicamente. Altre volte, infine, non c'è chiarezza su quali modalità di intervento saranno utilizzate dallo specialista, né sulla possibilità che il focus principale possa essere costituito da un lavoro sulla socializzazione e sull'espressività.

In tali situazioni è opportuno approfondire con gli insegnanti le loro motivazioni ed aspettative, chiarire con precisione le finalità e i limiti della musicoterapia e le metodologie utilizzate, dettagliare vincoli e risorse disponibili, definire un contratto condiviso, specificando ruoli e compiti delle diverse parti ed informare adeguatamente le famiglie.

Altro aspetto da considerare è il ruolo dell'insegnante all'interno del progetto. Spesso quando si lavora a scuola non si hanno a disposizione le risorse sufficienti per la presenza di due operatori, che garantirebbero la possibilità di tenere costantemente viva l'attenzione alla dimensione grupppale, offrendo contemporaneamente sostegno, incoraggiamento o contenimento ai singoli. Il coinvolgimento dell'insegnante diventa,

quindi, prezioso e deve essere progettato congiuntamente, prevedendo incontri di riprogettazione e di verifica in itinere.

L'insegnante può assumere differenti ruoli:

- osservatore esterno, presente per cogliere spunti dalle attività, da riprendere e sviluppare in altri momenti;
- operatore attivo, partecipando a tutte le attività con i bambini;
- collaboratore del musicoterapista, per costruire un ponte tra aspetti espressivi ed aspetti educativi;

In tutti i casi è importante che l'insegnante si astenga da interventi direttivi, contribuendo a creare un clima di libertà espressiva, privo di giudizio.

Siamo infine concordi con molti degli autori che progettano interventi di musicoterapia a scuola nel ritenere necessario che l'intervento duri almeno un intero anno scolastico, per favorire un reale processo di cambiamento. Poiché tale condizione spesso non si realizza, soprattutto per problemi legati alla scarsità di risorse, crediamo peraltro con altrettanta convinzione che interventi di durata più breve possano avere comunque un senso e un valore, purché sia chiaro a tutte le parti coinvolte che gli obiettivi realmente raggiungibili debbano essere in qualche modo ridimensionati.

Nonostante ciò sarà pur sempre possibile, per i bambini, sperimentare positivamente nuove modalità espressive e comunicative e, per gli insegnanti, osservare la classe in un contesto differente, potendo così arricchire o modificare il proprio punto di vista sui singoli alunni o sul gruppo.

Quali differenze tra musicoterapia e didattica musicale? Quali parole per definirle?

Ci siamo trovati più volte a discutere con colleghi in formazione o con insegnanti di didattica musicale sulla validità degli interventi di musicoterapia a scuola e sulla differenza tra questi ultimi e attività di didattica finalizzate non solo all'apprendimento del codice musicale, ma alla formazione di un gruppo. Nello specifico le perplessità emergono nel momento in

cui si descrivono le attività concrete che si svolgono con bambini e ragazzi e che spesso non sembrano troppo differenti tra loro.

L'immaginario vuole inoltre il musicoterapista da solo nel suo studio con il paziente con handicap e appare quindi poco definita la figura del professionista che lavora con un gruppo classe.

Riflettendo, ci siamo resi conto che il linguaggio psicologico, al contrario di quello musicoterapico, offre un termine in più per definire due pratiche differenti all'interno dello stesso ambito disciplinare: gli interventi psicologici sono cosa ben diversa dagli interventi di psicoterapia. I primi vengono, a ragione, ritenuti appropriati in contesto scolastico ove invece avrebbero poco senso i secondi, che prevedono obiettivi, setting, modalità e tempi di esecuzione, inconciliabili con quelli della scuola. Gli interventi psicologici possono riguardare il sostegno ai ragazzi, agli insegnanti, alle famiglie e difficilmente si incontrano difficoltà nel differenziare il ruolo di insegnante e psicologo o si discute sul fatto che il lavoro proposto da quest'ultimo possa essere di tipo didattico, nonostante alcune attività possano sconfinare in giochi proponibili anche dagli insegnanti.

E per la musicoterapia? Facendo riferimento alla coppia psicologia/psicoterapia, potremmo parlare di musicologia e musicoterapia, ma il termine musicologia viene utilizzato in altro settore, assai lontano da quello che stiamo trattando. Potremmo utilizzare il termine musicoterapia preventiva, ma anche questo crea inciampi e difficoltà di definizione. Al di là degli impicci terminologici, gli unici autori che provano a fare un po' di chiarezza sono Postacchini, Ricciotti e Borghesi (1997), i quali affermano che, per delineare e specificare quali siano da considerarsi interventi di musicoterapia a scuola e quali no, bisognerebbe considerare alcune regole elementari di chiarificazione metodologica e comunicativa, specificando preventivamente:

- i contesti operativi e le loro relative finalità istituzionali;
- chi e perché ha deciso in tali contesti di utilizzare la musicoterapia;

- qual è il progetto, chi ne è responsabile e quali sono gli obiettivi;
- i presupposti teorici usati per giustificare il proprio indirizzo progettuale e per interpretare, analizzare e valutare i dati esperienziali;
- le ragioni che hanno indotto, di fronte ad un'eventuale situazione di handicap, ad optare per un metodo e una tecnica e non per un'altra;
- le modalità di valutazione dei risultati ottenuti e non ottenuti;
- chi e come supervisiona l'intera attività.

Gli Autori continuano sottolineando l'importanza di considerare questi punti come un requisito necessario per ogni ragionamento che ambisca a definirsi scientifico e che si prefigga di delineare operativamente la linea di confine che attraversa educazione, prevenzione, riabilitazione e terapia. Una tale metodologia operativa consentirebbe al musicoterapista di lavorare nel contesto educativo in maniera chiara e aprirebbe un'area potenziale di incontro tra le diverse professionalità.

La musicoterapia è una disciplina relativamente giovane all'interno della quale si riscontrano alcune problematiche che altre professioni hanno da tempo superato: a oggi non ha un profilo professionale definito per legge, né un albo professionale e ciò pone il musicoterapista in una situazione diversa rispetto ad altre professioni di aiuto (medici, psicologi, infermieri, educatori).

Anche se da tempo le scuole di specializzazione hanno cercato di uniformare molte fasi del percorso formativo, sussistono tuttora molte differenze, non solo a proposito delle teorie psicologiche di riferimento, ma anche rispetto alla scelta di mettere l'accento sul musicale (MUSICoterapia) o sul terapeutico (musicoTERAPIA) (Bruscia 1993, Scardovelli 1999).

In tale realtà composita e poco definita, la maggior parte delle persone che intraprendono il percorso formativo provengono da altre professioni e hanno talvolta la prospettiva di affiancare questa specializzazione a quelle

che già possiedono (psicologo, infermiere, educatore, insegnante, ecc.), più che di dedicarsi esclusivamente al mestiere di musicoterapista. Sembra quindi di poter rintracciare tanti musicoterapisti quante sono le competenze aggiuntive che uno possiede e sembra che le fragilità e le ansie più rilevanti, rispetto alla propria figura professionale, emergano con maggiore facilità in persone che hanno solo la formazione in musicoterapia o in musica.

Manarolo sottolinea che la multidisciplinarietà che caratterizza una disciplina ancora in costruzione presenta "per forza di cose un contesto teorico poco integrato e più frutto di accostamenti che di reali integrazioni" e inoltre "non sempre si osserva una congruenza tra le premesse teoriche enunciate e la prassi che ne consegue". Quest'ultimo aspetto, continua Manarolo, risulta probabilmente connesso alla difficoltà di tradurre l'elemento sonoro/musicale all'interno delle categorie psicologiche utilizzate dai vari modelli di musicoterapia. Tale "fragilità concettuale" può evolversi "perseguendo un rapporto più stretto con la dimensione clinica" poiché solo in un contesto di questo tipo si può avviare un'integrazione fra le "diverse teorie che compongono la musicoterapia e fra queste e gli aspetti applicativi e di metodo" (2006). Se tutto ciò rende più semplice definire la figura del musicoterapista che lavora a livello individuale con il singolo paziente, non trova invece ancora una collocazione altrettanto precisa quella del musicoterapista in contesto scolastico, che non ha a che fare nello specifico con l'elemento clinico.

Conclusioni

Giunti a questo punto della riflessione, crediamo di poter affermare che la musicoterapia preventiva costituisca una disciplina certamente utile e valida per contribuire a creare all'interno della scuola un clima positivo e favorevole allo sviluppo armonico dei bambini, che in questo luogo trascorrono un tempo molto significativo in termini sia quantitativi che qualitativi. D'altra parte le specificità e le complessità dell'ambiente scolastico sembrano suggerire

l'opportunità di individuare uno specifico campo di intervento che richiede diverse modalità operative le quali, più che essere definite in termini generali, vanno costruite di volta in volta tenendo conto in modo dinamico delle particolarità di ogni singolo contesto.

Abbiamo inoltre notato, confrontandoci con molti colleghi, che gli interventi nella scuola rappresentano un'occasione di tirocinio e di lavoro abbastanza frequente, anche se spesso definita in modo poco chiaro, e che spesso ci si trovi ad affrontare tali contesti senza che, in ambito formativo, siano state trattate in modo sufficientemente esaustivo le competenze specifiche necessarie.

Considerando infine che le riflessioni finora operate sono ben lontane dal poter fornire risposte chiare e definite a tutto ciò che concerne, in termini sia teorici, sia applicativi, l'incontro tra scuola da una parte e pratiche didattiche, educative e terapeutiche che utilizzino il linguaggio sonoro-musicale, come elemento privilegiato, dall'altra, non possiamo che limitarci ad auspicare che la nostra esperienza possa trovare occasioni di ulteriore confronto e approfondimento attraverso:

- specifici percorsi in ambito formativo;
- momenti di confronto tra operatori del settore, quali seminari o convegni;
- ulteriori spazi di riflessione teorica su riviste e pubblicazioni.

Bibliografia

■ AA.VV.

Atti del Convegno Perché il/la Musicoterapista nella scuola?, Lucca, <http://www.mtdem.it/news/3-eventi-e-iniziative/11-convegno-perche-la-musicoterapia-nella-scuola-programma.html>, 2009.

■ Bruscia K.

Definire la Musicoterapia, Ismez, Napoli, 1993.

■ D'Agostini E., Ordiner I., Matricardi G.

Musicoterapia preventiva in ambito scolastico: un programma sperimentale per lo sviluppo dell'empatia in *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni in Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Manarolo G.

Manuale di Musicoterapia Teoria, Metodo e Applicazioni in Musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Massola C. et al.

Quale musicoterapia nella scuola primaria?, in *Musica&Terapia* n.18, Cosmopolis, Torino, 2008.

■ Oberegelsbacher D., Rezzadore G.

Il potere di Euterpe. Musicoterapia a scuola e con l'handicap, Franco Angeli, Milano, 2003.

■ Scardovelli M.

Musica e trasformazione, Borla, Roma, 1999.

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

Musicoterapia, Roma, 1997.



LA FRAGILITÀ EMOTIVA DEL MUSICISTA. REPORT DI UN'INDAGINE EMPIRICA PRELIMINARE

Pier Luigi Righetti

Psicologo, psicoterapeuta, Università degli Studi di Padova

Elena Battistella

Professore d'orchestra, Gran Teatro La Fenice di Venezia;

Massimo Semenzin

Psichiatra, Direttore del DSM Azienda ULSS n 2 Feltre (BL).

Objective: to assess if there is any correlation between the job of a professional musician and the development of a particular emotional sensitivity, different from the rest of the population. **Method:** three questionnaire have been presented to an experimental group consisted of 155 orchestra members from four Italian Symphonic-Opera Theaters and to a control group consisted of a random sample of 168 persons from the population: SCL-90 (composed of ten scales concerning somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism, sleep disorder) the Emotional Fragility Scales of Measure and the General Health Questionnaire (GHQ). **Results:** the experimental group reported significantly greater emotional sensitivity than the control group in the area of somatization, obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, depression, hostility, paranoid ideation, psychoticism, sleep disorder, global score index (GSI) and emotional fragility, on the other hand, it did not show statistically significant differences, compared with the control group, regarding the areas of anxiety and phobic anxiety. Statistical analysis was performed by Chi-square test, t-test and MANOVA

1. Aspetti introduttivi

L'uomo moderno è il risultato del miglior livello possibile di organizzazione e, nel suo continuo evolversi, ha fatto capo anche a tutte le informazioni acustiche e uditive disponibili per migliorare il proprio adattamento all'ambiente. I suoni, per l'essere umano, hanno superato la pura finalità adattiva per raggiungere il complesso livello di organizzazione chiamato "Musica": l'uomo è l'unico essere vivente che utilizza i suoni non solo per comunicare messaggi utili alla conservazione della specie, ma anche per puro godimento estetico. Una delle ragioni di questo stretto e antico legame tra uomo e musica è stata individuata da studiosi come Jan Panksepp (1998) nel fatto che quest'ultima, derivando dalle grida dei primi ominidi, atte a conservare il contatto tra madre e figlio, porta con sé un preciso significato biologico: contribuisce cioè a creare quello stato di benessere, protezione e gratificazione che è in qualche misura collegato alla presenza della madre. Non va inoltre dimenticato lo scopo sociale che la musica ha insito in sé: essa da sempre aiuta ad organizzare la vita di comunità ed a rinsaldare i legami tra i membri del gruppo. Sull'influenza terapeutica della musica si scrive, inoltre, da diversi secoli: già nei papiri egiziani risalenti al 1500 a.C. si faceva riferimento ai

**Tuttavia sono a tutt'oggi
oggetto di indagine gli effetti
dello studio della musica
e le implicazioni a livello
emotivo su chi svolge
questa attività in maniera
professionale**

suoi misteriosi poteri taumaturgici, ma è dalla fine del XIX secolo che si moltiplicano gli studi di fisiologia e psicologia del suono.

Oggi si sa quanto l'ascolto della musica influenzi la circolazione sanguigna, l'attività muscolare e respiratoria, l'ossigenazione dei tessuti, le funzioni endocrine e i processi enzimatici negli esseri viventi, ma anche la crescita delle piante nelle serre, la produzione di latte e uova in stalle e pollai, l'acquisto indiscriminato nei supermercati, ecc., e tutto ciò a seguito di modificazioni biochimiche, fisiologiche e neuropsichiche indotte dalla musica stessa.

Tuttavia sono a tutt'oggi oggetto di indagine gli effetti dello studio della musica e le implicazioni a livello emotivo su chi svolge questa attività in maniera professionale.

Studi morfologici basati su tecniche di neuroimmagine hanno dato come risultato che nei musicisti di professione il corpo calloso è più sviluppato, il planum temporale presenta un aumento dimensionale asimmetrico in chi possiede l'orecchio assoluto, la sostanza grigia nelle aree motrici, uditive e visuospatiali della corteccia presentano un aumento di volume, come pure il cervelletto.

Se non si sa come fosse il cervello dei musicisti prima che iniziassero la loro educazione e formazione, tuttavia le modificazioni sono fortemente correlate con l'età di inizio della

formazione musicale e l'intensità dello studio e dell'esercizio.

La "multisensorialità" che caratterizza lo studio e l'esecuzione musicale, sarebbe alla base di questa particolare tipologia di sviluppo psicofisico perché suonare richiede coordinazione dei movimenti, integrazione rapida degli stimoli visivi, uditivi e motori, nonché lungo periodo di pratica regolare. Ma, in questo ambito, come si sviluppa la personalità del musicista? E quali effetti, a livello emotivo e comportamentale, può produrre l'attività del musicista svolta quotidianamente e per lunghi anni? Una nostra recente ricerca si è interrogata in tal senso.

2. La ricerca

2.1 Scopi della ricerca

La ricerca si è posta l'obiettivo di capire se una particolare sensibilità emotiva, espressa da qualche forma di disagio, è evidenziabile in modo accentuato in una categoria di lavoratori con caratteristiche peculiari per tipologia, formazione, occupazione: i professori d'orchestra impegnati presso quattro Fondazioni Lirico-Sinfoniche italiane.

Scopo principale dello studio è stato verificare l'ipotesi che la propensione ai disturbi di tipo emotivo di questa tipologia di lavoratori fosse superiore a quella di un gruppo di controllo

costituito da lavoratori casualmente individuati tra la popolazione.

2.2 Materiali e metodi

Sono stati presi in considerazione due gruppi:

- il gruppo sperimentale formato da 155 professori d'orchestra (103 maschi e 52 femmine) dipendenti di quattro Fondazioni Lirico-Sinfoniche del Nord Italia (età media 42,62; range di età 22-59);
- il gruppo di controllo costituito da 168 lavoratori di altre categorie (95 maschi e 73 femmine) individuati tra la popolazione generale (età media 42,77; range di età 19-65) (si vedano le fig. 1a, 1b e 2)

Il tasso di risposta nel gruppo dei Professori d'orchestra (di seguito denominato gruppo 1) è quantificabile in modo preciso: sono stati consegnati 360 questionari e ne sono

L'uomo è l'unico essere vivente che utilizza i suoni anche per puro godimento estetico.

stati restituiti, interamente compilati 155, percentuale 43,1%. Per quanto riguarda il gruppo di controllo (di seguito denominato gruppo 2), la consegna è stata eseguita personalmente e solo chi ha visionato e accettato il questionario l'ha poi compilato e restituito. Anche se non è quantificabile esattamente il tasso di non risposta è d'obbligo segnalare che numerosi sono stati i rifiuti probabilmente a causa del carattere troppo "personale" delle domande contenute nei test. La raccolta dei dati ha avuto inizio il 1° luglio 2010 ed è terminata il 30 settembre 2010.

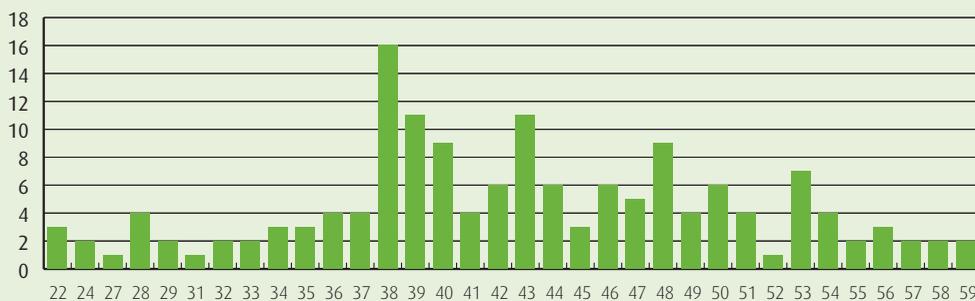


Fig.1a: Distribuzione delle Frequenze relative all'Età dei soggetti (gruppo sperimentale)

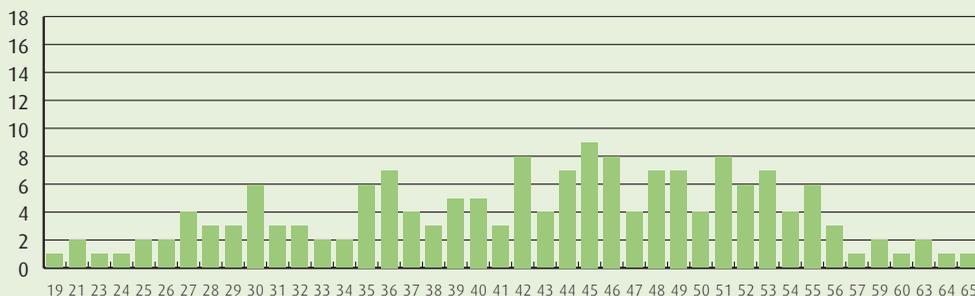


Fig.1b: Distribuzione delle Frequenze relative all'Età dei soggetti (gruppo sperimentale e gruppo di controllo)

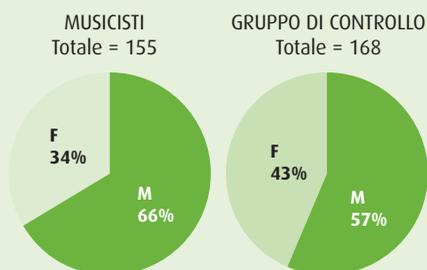


Fig. 2: Distribuzione dei due gruppi secondo il genere sessuale



Fig. 3: Distribuzione dei due gruppi secondo episodi di ansia e/o depressione nel passato, in percentuale

2.3 Strumenti utilizzati

A ciascuno dei partecipanti alla ricerca è stato consegnato un fascicolo costituito da una scheda informativa e tre test self-report, in particolare la Symptom Check List 90 (SCL-90; Derogatis, 1983), la Scala per la Misura della Fragilità Emotiva (FE; Caprara, Perugini, Barbaranelli, Pastorelli, 1991), il General Health Questionnaire 12 (GHQ; Goldberg, Williams, 1988), ed è stata descritta la ricerca, lo scopo, le modalità, dando ampio risalto alla tutela dell'anonimato (si vedano le note 1, 2 e 3 a fine articolo).

Il fascicolo è stato compilato e restituito in forma anonima (sono stati utilizzati appositi contenitori e buste chiuse al fine di garantire la privacy), con tempi di consegna che andavano dai 2 ai 15 giorni.

La scheda informativa, precedente i tre strumenti d'indagine, raccoglie i dati anagrafici di ciascun partecipante, lo stato familiare, i titoli di studio, e la professione svolta, le attività extralavorative, la frequentazione di amicizie nel tempo libero, nonché informazioni relative a patologie fisiche passate o presenti ed episodi di ansia e/o depressione riscontrati nel passato (Fig. 3).

2.4 Risultati

Scopo dell'analisi è stabilire se la sensibilità manifestata dal gruppo sperimentale (gruppo

1, musicisti) è significativamente maggiore rispetto a quella del gruppo di controllo (gruppo 2, non musicisti).

Le analisi sono state condotte con il software SPSS 17. In particolare, data la natura dei dati a disposizione, sono stati utilizzati:

- l'Analisi di dipendenza per tabelle di contingenza nello studio del comportamento dei due gruppi rispetto ai Valori Normativi (V.N.);
- il Test di tipo t per verificare se i due gruppi sono diversi rispetto alle variabili analizzate e rispetto ai V.N. (punteggi grezzi);
- la MANOVA per evidenziare se il comportamento delle variabili coinvolte negli strumenti possa essere spiegato dall'appartenenza a uno dei gruppi e/o dal genere.

Al fine di evidenziare preliminarmente i legami tra i tre strumenti utilizzati sono stati calcolati gli indici di correlazione di Pearson, che risultano tutti significativamente positivi: SCL-90, FE e GHQ sono dunque tutti positivamente correlati.

Conseguentemente sono state calcolate le percentuali dei soggetti considerati "fuori norma" rispetto ai V.N. indicati, sia del gruppo 1 che del gruppo 2, relativamente ai tre strumenti, e le relative medie, suddividendo tutti i campioni per genere, data la differenza dei V.N. rispetto al genere sessuale.

Nel calcolo dei soggetti che superano i Valori Normativi di riferimento – effettuato attraverso

la percentuale calcolata sui punteggi di ogni singola scala relativamente al gruppo 1 ed al gruppo 2 – risulta che per il gruppo dei musicisti le percentuali di soggetti fuori range normativo sono nettamente più elevate rispetto a quanto non avvenga per il gruppo di controllo dei non musicisti. Si evidenzia infatti che la percentuale dei soggetti che presentano livelli di somatizzazione fuori norma, nel gruppo 1, è 54.19 rispetto al 38.10 del gruppo 2, così come la percentuale di soggetti che presentano elevati livelli di ossessione-compulsione è 30.32 nel gruppo 1 rispetto a 18.45 nel gruppo 2. Analogamente la percentuale di soggetti con sensibilità interpersonale oltre valore normativo è 30.32 per il gruppo 1 rispetto a 14.88 per il gruppo 2, la depressione è 18.06 per il gruppo 1 rispetto a 8.93 per il gruppo 2, l'ansia è 16.13

per il gruppo 1 rispetto a 9.52 per il gruppo 2, l'ostilità è 43.87 per il gruppo 1 rispetto a 32.74 del gruppo 2, l'ansia fobica è 24.52 nel gruppo 1 rispetto a 22.02 nel gruppo 2, l'ideazione paranoide è 52.26 nel gruppo 1 rispetto a 42.86 nel gruppo 2, lo psicoticismo si presenta al 35.48 nel gruppo 1 rispetto a 21.43 nel gruppo 2, i disturbi nel sonno, divisi in gravi, medi e lievi, si presentano nel 1.94, 7.74, 22.58 dei casi nel gruppo 1 e nell'1.19, 4.17, 11.90 dei casi nel gruppo 2. Anche il GSI (Global Score Inex: punteggio medio di tutte le domande con risposta al questionario SCL-90) è in percentuale superiore nei musicisti rispetto ai non musicisti (20.00 gruppo 1, 8.33 gruppo 2), così come la Fragilità Emotiva (30.97 gruppo 1, 17.86 gruppo 2) ed il GHQ (13.55 gruppo 1, 13.10 gruppo 2) (Tab. 1).

	n.	SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	SLEEP	GSI	FE	GHQ	
MUSICISTI	Maschi	103	59,22	28,16	33,01	21,36	19,42	49,51	24,27	54,37	37,86	1,94	23,30	37,86	13,59
											4,85				
											25,24				
	Femmine	52	44,23	34,62	25,00	11,54	9,62	32,69	25,00	48,08	30,77	1,92	13,46	17,31	13,46
											13,46				
											17,31				
	Totale	155	54,19	30,32	30,32	18,06	16,13	43,87	24,52	52,26	35,48	1,94	20,00	30,97	13,55
											7,74				
											22,58				
CONTROLLO	Maschi	95	44,21	21,05	18,95	11,58	13,68	41,05	21,05	46,32	28,42	2,11	11,58	25,26	15,79
											2,11				
											9,47				
	Femmine	73	30,14	15,07	9,59	5,48	4,11	21,92	23,29	38,36	12,33	0,00	4,11	8,22	9,59
											6,85				
											15,07				
	Totale	168	38,10	18,45	14,88	8,93	9,52	32,74	22,02	42,86	21,43	1,19	8,33	17,86	13,10
											4,17				
											11,90				

Tab. 1: Percentuali dei soggetti oltre V.N.

		SOM	OC	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	SLEEP	GSI	FE	GHQ
"Valori Normativi di Riferimento (V.N.)"		M	M	M	M	M	M	M	M	0<=1	M	M	M	
		>0,23	>0,87	>0,77	>1,00	>0,77	>0,40	>0,17	>0,40	>0,46	1<=2	>0,77	>66,8	>=4
		F	F	F	F	F	F	F	F	F	2<=3	F	F	
		>0,44	>0,86	>0,90	>1,37	>1,00	>0,55	>0,20	>0,57	>0,50	>3	>0,97	>88,8	
MUSICISTI	Maschi	0,42	0,66	0,63	0,59	0,48	0,61	0,19	0,67	0,46	0,87	0,53	58,6	1,6
	Femmine	0,59	0,71	0,64	0,76	0,60	0,46	0,17	0,71	0,40	1,03	0,59	65,1	1,9
"GRUPPO CONTROLLO"	Maschi	0,31	0,59	0,47	0,50	0,43	0,51	0,12	0,54	0,34	0,57	0,43	52,1	1,7
	Femmine	0,33	0,44	0,46	0,49	0,40	0,33	0,12	0,53	0,25	0,69	0,39	60,9	1,2

Tab. 2: Valori Medi relativi alle singole scale (in verde le medie che superano i V.N.)

Nella tabella 1 si può notare inoltre che i valori percentuali più elevati nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo si mantengono tali anche dopo la suddivisione dei due gruppi rispetto al genere sessuale.

La tabella 2 indica i valori medi, relativi ad ogni singola scala, sia per il gruppo di musicisti che per quello dei non musicisti, entrambi suddivisi in base al genere sessuale, perché, si ricorda, diversi sono i valori normativi di riferimento in base al sesso. Anche in questa tabella si può osservare che tutti i valori medi del gruppo 1 sono superiori a quelli del gruppo 2 per tutte le scale (con la sola eccezione del GHQ relativo ai maschi del gruppo 2). Ciò si verifica anche nei casi in cui tali medie, (evidenziate in verde) risultano superiori ai valori normativi di riferimento: somatizzazione, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, disturbi del sonno.

Le successive esemplificazioni grafiche evidenziano quanto sopra descritto, facendo riferimento ai valori medi delle singole scale di riferimento (Fig. 4, 5 e 6).

Le linee verdi del grafico rappresentano i musicisti (suddivisi in maschi e femmine), quelle nere indicano i non-musicisti (anch'essi divisi in maschi e femmine).

Risulta evidente dall'andamento, che per ogni scala indagata (somatizzazione, ossessione-compulsione...) i valori medi riportati dai

musicisti risultano più elevati rispetto a quelli riportati dai non-musicisti

Per quanto riguarda la Fragilità Emotiva (Fig. 5) i valori medi relativi ai musicisti (distinti maschi e femmine sull'asse delle ascisse) risultano essere superiori rispetto a quelli dei non musicisti.

Nell'ultima scala di misura (GHQ in Fig. 6), la meno approfondita a livello di analisi tra le tre usate (12 item), la situazione appare confermata, tranne che per una leggera inversione di tendenza nel gruppo dei musicisti maschi rispetto ai non-musicisti maschi.

Al fine di valutare se vi sia una effettiva diversità

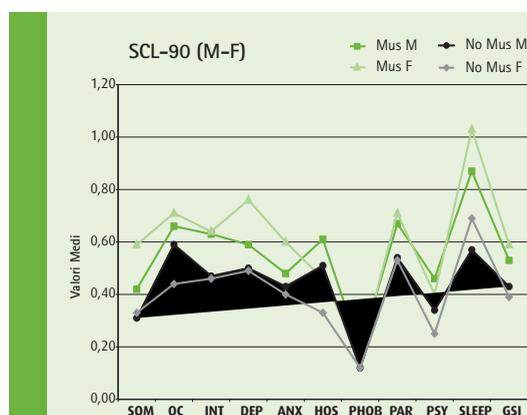


Fig. 4: Valori Medi di SCL-90

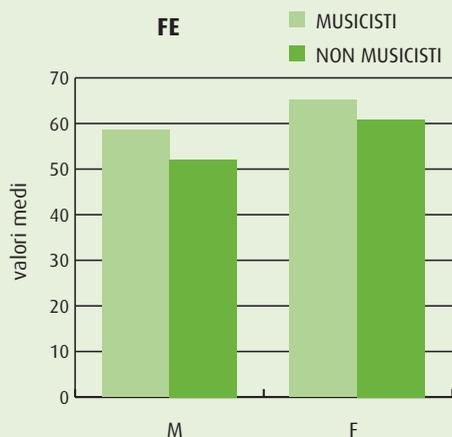


Fig. 5: Valori Medi di FE

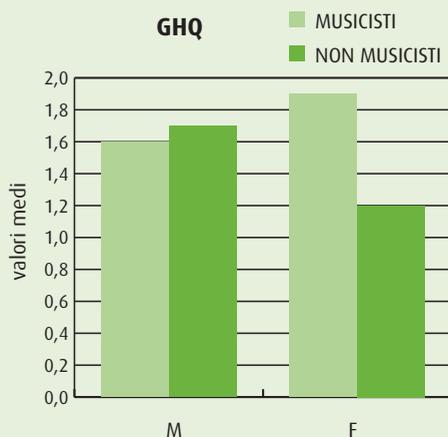


Fig. 6: Valori Medi di GHQ

di comportamento dei due gruppi rispetto ai V.N. si è usata la statistica del Chi-quadrato (χ^2) (Tab. 3). La colonna che indica la significatività è quella evidenziata in verde e si ricorda che un dato risulta essere statisticamente significativo se il suo valore è $\leq 0,05$.

Per la scala della somatizzazione si riscontra un valore del Chi-quadrato significativo ($\chi^2=8.416$ $df=1$ $p=0.004$) che indica che i gruppi sono significativamente diversi rispetto al sintomo in questione; la stessa dipendenza si riscontra nel caso dell'ossessione-compulsione ($\chi^2=6.202$ $df=1$ $p=0.013$), della sensibilità interpersonale ($\chi^2=11.097$ $df=1$ $p=0.001$), della depressione ($\chi^2=5.831$ $df=1$ $p=0.016$) e dell'ostilità ($\chi^2=4.238$ $df=1$ $p=0.040$).

Nel caso invece della scala relativa all'ansia ($\chi^2=3.174$ $df=1$ $p=0.075$) il Chi-quadrato non risulta significativo, così come per l'ansia fobica ($\chi^2=0.281$ $df=1$ $p=0.596$) e l'ideazione paranoide ($\chi^2=2.858$ $df=1$ $p=0.091$). Valori significativi di Chi-quadrato si riscontrano nel caso dello psicoticismo ($\chi^2=7.870$ $df=1$ $p=0.005$), dei disturbi del sonno ($\chi^2=9.837$ $df=3$ $p=0.020$), del GSI ($\chi^2=9.151$ $df=1$ $p=0.002$), della FE ($\chi^2=7.565$ $df=1$ $p=0.006$), ma non nel caso del GHQ ($\chi^2=0.014$ $df=1$ $p=0.905$).

I due gruppi, quindi, si comportano in modo

	Valore χ^2	Df	Sig. asint. (2 vie)*
SOM	8,416	1	,004
OC	6,202	1	,013
INT	11,097	1	,001
DEP	5,831	1	,016
ANX	3,174	1	,075
HOS	4,238	1	,040
PHOB	,281	1	,596
PAR	2,858	1	,091
PSY	7,870	1	,005
SLEEP	9,837	3	,020
GSI	9,151	1	,002
FE	7,565	1	,006
GHQ	,014	1	,905

Tab. 3: Valori Chi-quadrato (χ^2)

significativamente diverso per quanto concerne le scale di somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ostilità, psicoticismo, disturbi del sonno, GSI e FE, mentre non risultano significativamente diversi nel comportamento a livello di ansia, ansia fobica, ideazione paranoide e GHQ.

Per capire se vi sono diversità di comportamento

tra i due gruppi si è usato il t-test (Tab. 4). Si osserva che, a livello globale, i due gruppi sono sostanzialmente diversi, così come si evince dal confronto tra le medie, ma anche dalle significatività riscontrate relativamente a SOM ($t=2.889$ $df=266.807$ $p=0.004$), OC ($t=2.440$ $df=321$ $p=0.015$), INT ($t=2.789$ $df=286.130$ $p=0.006$), DEP ($t=2.310$ $df=288.015$ $p=0.022$), HOS ($t=2.157$ $df=321$ $p=0.032$), PAR ($t=2.145$ $df=301.397$ $p=0.033$), PSY ($t=2.833$ $df=321$ $p=0.005$), SLEEP ($t=3.427$ $df=310.085$ $p=0.001$), GSI ($t=2.906$ $df=278.199$ $p=0.004$).

Si ha assenza di significatività per quanto concerne ANX ($t=1.644$ $df=282.429$ $p=0.101$), PHOB ($t=1.896$ $df=243.369$ $p=0.059$), FE ($t=1.864$ $df=321$ $p=0.063$) e GHQ ($t=1.022$ $df=321$ $p=0.308$).

I due gruppi si comportano quindi in maniera significativamente diversa rispetto a gran parte delle variabili analizzate.

Infine tramite l'uso della MANOVA si è cercato di valutare contemporaneamente le differenze tra i due gruppi e tra maschi e femmine sulle variabili in esame (Tab. 5).

Si riscontra allora che quasi tutte le variabili sono influenzate dal fatto di essere appartenenti ad uno specifico gruppo; non si delineano differenze di genere, né interazione tra gruppo e genere.

Si hanno infatti valori significativi per SOM ($F_{1,319}=11.105$ $p=0.001$), OC ($F_{1,319}=6.955$ $p=0.009$), INT ($F_{1,319}=7.650$ $p=0.006$), DEP ($F_{1,319}=7.200$ $p=0.008$), PAR ($F_{1,319}=4.747$ $p=0.030$), PSY ($F_{1,319}=7.042$ $p=0.008$), SLEEP ($F_{1,319}=12.453$ $p=0.000$), valori in soglia si riscontrano nel caso di ANX ($F_{1,319}=3.858$ $p=0.050$), mentre non risulta significativa l'influenza dell'appartenenza al gruppo per quanto riguarda HOS ($F_{1,319}=3.605$ $p=0.059$) e PHOB ($F_{1,319}=3.248$ $p=0.072$).

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)
somatizzazione	12,982	,000	2,889	266,807	,004
ossessione compulsiva	,956	,329	2,440	321	,015
sensibilità interpersonale	11,522	,001	2,789	286,130	,006
depressione	6,075	,014	2,310	288,015	,022
ansia	7,148	,008	1,644	282,429	,101
ostilità	3,571	,060	2,157	321	,032
ansia fobica	5,157	,024	1,896	243,369	,059
ideazione paranoide	5,537	,019	2,145	301,397	,033
psicoticismo	3,349	,068	2,833	321	,005
disturbi del sonno	4,808	,029	3,427	310,085	,001
gsi	7,467	,007	2,906	278,199	,004
fe	1,397	,238	1,864	321	,063
ghq	1,913	,168	1,022	321	,308

Tab. 4: Valori del T-test

A livello di GSI risulta significativa l'appartenenza al gruppo ($F_{1,319}=9.540$ $p=0.002$), così come a livello di FE ($F_{1,319}=4.015$ $p=0.046$), mentre non risulta significativa a livello di GHQ ($F_{1,319}=1.620$ $p=0.204$).

Il campione conferma, quindi, una certa situazione di disagio rispetto al gruppo di controllo, una particolare sensibilità emotiva espressa soprattutto a livello di somatizzazione, sensibilità interpersonale,

Tab. 5: Valori della MANOVA

Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Gruppo	SOM	2,424	1	2,424	11,105	,001
	OC	2,109	1	2,109	6,955	,009
	INT	2,225	1	2,225	7,650	,006
	DEP	2,371	1	2,371	7,200	,008
	ANX	1,102	1	1,102	3,858	,050
	HOS	1,035	1	1,035	3,605	,059
	PHOB	,276	1	,276	3,248	,072
	PAR	1,837	1	1,837	4,747	,030
	PSY	1,299	1	1,299	7,042	,008
	SLEEP	7,585	1	7,585	12,453	,000
	GSI	1,720	1	1,720	9,540	,002
	FE	2167,099	1	2167,099	4,015	,046
	GHQ	8,658	1	8,658	1,620	,204
Sesso	SOM	,701	1	,701	3,210	,074
	OC	,239	1	,239	,789	,375
	INT	,000	1	,000	,002	,968
	DEP	,493	1	,493	1,498	,222
	ANX	,141	1	,141	,495	,482
	HOS	1,874	1	1,874	6,526	,011
	PHOB	,006	1	,006	,076	,783
	PAR	,021	1	,021	,054	,816
	PSY	,426	1	,426	2,309	,130
	SLEEP	1,468	1	1,468	2,411	,122
	GSI	,004	1	,004	,025	,875
	FE	4371,199	1	4371,199	8,099	,005
	GHQ	1,043	1	1,043	,195	,659

Segue Tab. 5: Valori della MANOVA

Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.
gruppo * sesso	SOM	,396	1	,396	1,814	,179
	OC	,752	1	,752	2,482	,116
	INT	,016	1	,016	,055	,815
	DEP	,572	1	,572	1,736	,189
	ANX	,447	1	,447	1,563	,212
	HOS	,015	1	,015	,052	,819
	PHOB	,002	1	,002	,021	,884
	PAR	,041	1	,041	,106	,745
	PSY	,015	1	,015	,081	,776
	SLEEP	,026	1	,026	,043	,836
	GSI	,186	1	,186	1,035	,310
	FE	95,763	1	95,763	,177	,674
	GHQ	10,923	1	10,923	2,044	,154

ossessione-compulsione, depressione, ostilità, ideazione paranoide, psicoticismo, disturbi del sonno, Global Score Index e Fragilità Emotiva, mentre non è statisticamente confermato che l'appartenere alla categoria dei musicisti abbia particolare influenza nelle manifestazioni di ansia, ansia fobica e General Health Questionnaire (pur essendo risultate anche queste fuori norma in gran parte dei soggetti esaminati ed in misura superiore al gruppo di controllo).

3. Conclusioni

Non esiste molta letteratura relativa a questo particolare campo di indagine. Si cita in proposito uno studio di Ludwig (1995), effettuato attraverso la lettura di 2200 biografie di artisti famosi, al fine di trovare una qualche correlazione tra creatività e disagio mentale. Ludwig conclude che "i membri delle professioni artistiche o arti creative soffrono maggiormente e per tempi più lunghi di

difficoltà di tipo mentale rispetto ai membri di altre professioni" (1995). Egli ha riscontrato che, già da teen-ager, il 29-34% dei futuri artisti e musicisti hanno sofferto per sintomi legati ad una condizione di disagio mentale. In confronto solo il 3-9% dei futuri scienziati, atleti e uomini d'affari ha sofferto di sintomi simili. Da adulti, il 59-77% di artisti e musicisti ha sofferto di malattie mentali, rispetto al 18-29% degli altri professionisti. Ciò, secondo Ludwig, sembrerebbe confermare un legame tra il disagio mentale ed il temperamento artistico (causata forse dalla "profondità delle emozioni" sperimentate da chi è soggetto a disordini dell'umore).

Si possono in questa sede avanzare delle ipotesi nel tentativo di dare una motivazione ad alcuni dei fenomeni evidenziati dai risultati della nostra ricerca.

Va sottolineato innanzitutto che la tipologia dei soggetti esaminati è caratterizzata da peculiarità non riscontrabili in altri professionisti

del medesimo settore di lavoro. I professori d'orchestra, infatti, pur seguendo lo stesso iter scolastico dei "solisti" e dei direttori d'orchestra, svolgono un'attività lavorativa completamente diversa: la loro "arte" non si esprime liberamente e secondo la loro ispirazione o sensibilità personale come un superficiale senso comune può talvolta far credere.

Il musicista che lavora in orchestra svolge la propria attività secondo orari e turni stabiliti dal proprio datore di lavoro, per sei giorni a settimana, con sessioni di prova o spettacoli che hanno luogo anche di sera e nei giorni festivi (la domenica è un normale giorno di lavoro) per undici mesi l'anno. Durante le prove inoltre, come si è detto, il professore d'orchestra non può "esprimersi" liberamente nel suonare il proprio strumento, ma deve cercare sempre, il più possibile, di seguire le indicazioni date dal direttore d'orchestra su come questi vuole che il brano musicale venga eseguito.

È facile ipotizzare come questo genere di impegno possa comportare una serie di conseguenze a vari livelli.

In questa sede tuttavia, a parziale giustificazione delle significative correlazioni evidenziate dallo studio, si può brevemente rimandare a motivazioni quali: la modificazione dei normali ritmi sonno-veglia, le conseguenti modificazioni a livello alimentare; la particolare distribuzione degli impegni lavorativi che rende difficoltosa la relazione con persone appartenenti ad altri ambienti lavorativi; la specificità del corso di studi sostenuti per lunghi anni in età giovanile e adolescenziale che limita, in parte, la relazione col gruppo dei pari; la peculiarità di un ambito lavorativo altamente concorrenziale, elevata fonte di stress e ansia cui non è possibile far fronte attuando comportamenti di evitamento o fuga; il livello particolarmente elevato di stimolazione acustica; la tipologia di uno studio che assume spesso caratteristiche di ossessività; le caratteristiche narcisistiche non di rado riscontrate nella personalità di chi svolge attività di tipo artistico; l'ostilità spesso presente in ambienti chiusi e circoscritti con relativa esiguità di confronto con altri settori lavorativi.

Non essendo l'SCL-90 misura di tratti di personalità, ma piuttosto di uno stato momentaneo, una sorta di "fotografia" del soggetto in un momento circoscritto della propria esistenza, non si può certo applicare alcuna etichetta diagnostica a quanto emerso nello studio.

La significatività rilevata nella Scala di misura della Fragilità Emotiva non fa altro che confermare e sottoscrivere quanto espresso relativamente alle scale dell'SCL-90, dato che essa misura i sentimenti di inadeguatezza personale ed i sentimenti persecutori sperimentati dai soggetti.

Questa scala però ne dà una misura che si può definire "di tratto" essendo il questionario strutturato in modo da consentire un'analisi del ruolo che affetti ed emozioni svolgono nella regolazione e nell'equilibrio complessivo della personalità.

Si può pertanto concludere che la fragilità emotiva riscontrata in gran parte dei soggetti del nostro studio ed in misura significativamente superiore rispetto al gruppo di controllo, appare come un tratto relativamente stabile di personalità.

La ricerca presenta senza dubbio alcuni punti di forza, tra cui la presenza di un gruppo sperimentale piuttosto ampio (155 soggetti) e di un gruppo di controllo, altrettanto numeroso, che ha permesso lo svolgimento di uno studio non limitato solo alla comparazione dei dati con i valori normativi di riferimento.

L'utilizzo di tre strumenti testistici ha consentito un livello di analisi piuttosto approfondito anche se, e questo certo è un limite, due di essi facevano riferimento ai sintomi rilevati nel corso delle settimane precedenti la somministrazione rimandando dunque a caratteristiche psicologiche che appartengono più allo "stato attuale" degli individui che a specifici tratti di personalità. Tuttavia possiamo considerare queste caratteristiche come tendenze alla manifestazione del sintomo stesso.

La combinazione di questi tre strumenti, inoltre, ha permesso un controllo piuttosto relativo sul desiderio, che alcuni soggetti possono avere avuto, di presentarsi come emotivamente stabili

e controllati fornendo, per così dire, un “profilo falsato”. La batteria non è stata, in sostanza, corredata con uno strumento di misura della “desiderabilità sociale” che fungesse da scala di controllo.

NOTA 1: DESCRIZIONE DELL'SCL-90

Si tratta di un questionario self-report consistente in 90 items sui disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana, su cui il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) in scala Likert.

I risultati individuano dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato:

- I. Somatizzazione (SOM): riflette i disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee (12 items);
- II. Ossessione-Compulsione (OC): relativa a pensieri e azioni sperimentate come incoercibili e non volute dal soggetto (10 items);
- III. Sensibilità Interpersonale (INT): sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone (9 items);
- IV. Depressione (DEP): riassume un ampio spettro di sintomi concomitanti ad una sindrome depressiva (13 items);
- V. Ansia (ANX): insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta (10 items);
- VI. Ostilità (HOS): pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia, irritabilità, risentimento (6 items);
- VII. Ansia Fobica (PHOB): persistente riposta di paura irrazionale e non proporzionata, nei confronti di persone, luoghi e occasioni specifici che conduce a comportamenti di evitamento-fuga (7 items);
- VIII. Ideazione Paranoide (PAR): disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdita di autonomia misto ad ostilità ed idee di riferimento (6 items);
- IX. Psicoticismo (PSY): pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia

Bibliografia

■ Altenmüller E.

How many music centers are in the brain?, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001.

■ Benenzon R.O.

Manuale di Musicoterapia, Boria, Roma, 2005.

■ Bion W.R.

(1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972.

■ Blood A.J., Zatorre R.J.

Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion, *Proceedings of the National Academy of Science USA*, 2001.

■ Bonino S., Lo Coco A., Tani F.

Empatia. I processi di condivisione delle emozioni, Giunti, Firenze, 1998.

■ Caprara G.V., Perugini M., Barbaranelli C., Pastorelli C.

Scala per la Misura della Fragilità Emotiva (FE) Per la misura dei sentimenti di inadeguatezza, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1991.

■ De Natale M.

Strutture e forme della musica come processi simbolici, Lineamenti di una teoria analitica, Morano Editore, Napoli, 1978.

■ Derogatis L.R.

SCL90: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version. Clinical Psychometric Research, Baltimore, 1983.

■ Dogana F.

Suono e senso, Franco Angeli, Milano, 1984.

segue Bibliografia

■ Gaita D.

Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio, Bompiani, Milano, 1991.

■ Goldberg D., Williams P.

A user's guide to the General Health Questionnaire, Windsor, Nfer-Nelson, 1988.

■ Hyman M.

The Ultra Mind Solution, New York Times Bestsellers, 2009.

■ Imberty M.

Suono emozioni e significati, Clueb, Bologna, 1988.

■ Langer S. K.

(1941), *Filosofia in una nuova chiave. Linguaggio, mito, rito e arte*, Armando, Roma, 1972.

■ Langer S. K.

(1953), *Sentimento e forma*, Feltrinelli, Milano, 1975.

■ Ludwig A.M.

The Price of Greatness: Resolving the Creativity and madness Controversy, Guilford Press, 1995.

■ O'Shea J.

Musica e medicina, EDT, Torino, 1991.

■ Pascual-Leone A.

Music and the brain, *Annals New York Academy of Sciences*, 2001.

■ Peretz I., Ayotte J., Hyde K.

Congenital amusia: A groups study of adult afflicted with a music-specific disorder, *Brain*, Vol. 125, 2002.

(allucinazioni, estraneità del pensiero), è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide (10 items);

- X. Disturbi del Sonno (SLEEP): insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce (3 items).

È inoltre calcolato un indice globale (GSI= Global Score Index) come punteggio medio di tutte le domande con risposta ai test.

Per calcolare il punteggio si è fatto riferimento a valori di cut-off differenziati per genere sessuale, valori con cui si è effettuato il confronto rispetto alla media delle risposte relative ad ogni singola dimensione della scala.

NOTA 2: DESCRIZIONE DELLA SCALA FE

La Scala FE fornisce una misura dei sentimenti di inadeguatezza personale e dei sentimenti persecutori sperimentati dal soggetto.

Essa risulta dall'integrazione di due scale:

- la Scala di Suscettibilità Emotiva (Caprara, 1983), che misura la propensione dell'individuo a porsi in una posizione di difesa, a sperimentare stati di disagio, di inadeguatezza e di vulnerabilità in situazioni, presunte o reali, di pericolo, di offesa, di attacco;
- la Scala di Persecutorietà (Caprara, 1983), che misura la propensione dell'individuo a porsi in una posizione di difesa, a sperimentare sentimenti e vissuti di persecuzione, oppressione, tensione, legati all'anticipazione o alla paura di una punizione incombente.

La scala è composta da 30 items dei quali 20 effettivi e 10 di controllo. Ogni item viene valutato su una scala di 7 posizioni. Le alternative di risposta ed i rispettivi punteggi ad esse attribuiti sono: completamente vero = 7, in buona parte vero = 6, in una certa misura vero = 5, in una certa misura falso = 3, in buona parte falso = 2, completamente falso = 1.

Il punteggio nella scala di FE viene calcolato sommando il punteggio ottenuto dal soggetto in tutti gli items effettivi della scala, avendo cura di escludere dal conteggio gli items di controllo: essi infatti sono stati inseriti con lo scopo di tenere sotto controllo i fenomeni di response set e di acquiescenza e di evitare la tendenza, che si manifesta in questionari che vertono su dimensioni molto omogenee, ad uniformare la propria modalità di risposta. Anche in questo strumento i valori normativi sono differenziati per genere sessuale e vanno confrontati con la somma dei valori assegnati alle risposte agli items effettivi.

NOTA 3: DESCRIZIONE DEL GHQ

Il GHQ è uno strumento che misura il benessere psicologico e rileva la presenza di sintomi di stress che possono segnalare o meno una situazione di disagio nel corso delle ultime settimane.

Il questionario di autosomministrazione, originariamente formato da 60 items, è qui usato nella sua forma breve, composta da 12 items.

La scala dà informazioni sullo stato mentale presente (gli items non fanno riferimento a come l'individuo si è sentito o comportato nel passato) e serve a identificare pazienti con disturbi psichici e non psicotici che non siano mai venuti a contatto con i servizi psichiatrici. Lo strumento è usato in medicina e psichiatria e gli items esplorano alcuni settori dello stato psicofisico del soggetto come percepito negli ultimi giorni: la sensazione di essere sotto pressione, di non riuscire a prendere decisioni, di non essere concentrato, di non poter dormire. Ciascun item è valutato su una scala a 4 punti (0-3) secondo lo schema di scoring 0-0-1-1 grazie al quale soggetti con cut-off ≥ 4 vengono considerati "possibili casi".

segue Bibliografia

- **Peretz I., Zatorre R.J.**
The cognitive neuroscience of music, Oxford University Press, 2003.
- **Porzionato G.**
Psicobiologia della musica, Patron, Bologna, 1984.
- **Postacchini P.L. , Borghesi M., Ricciotti A.**
Lineamenti di Musicoterapia, La nuova Italia Scientifica, Torino, 1997.
- **Sacks O.**
Musicofilia, Adelphi, Milano, 2008.
- **Scardovelli M.**
Il dialogo sonoro, Cappelli, Bologna, 1992.
- **Scardovelli M.**
Musica e trasformazione, Borla, Roma, 1999.
- **Schön D., Akiva-Kabiri L., Vecchi T.**
Psicologia della musica, Carocci, Roma, 2007.
- **Siegel D. J.**
La mente relazionale, Cortina, Milano, 2001.
- **Stern D.**
Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- **Trevarthen C.**
Empatia e biologia, Raffaello Cortina Edizioni, Milano, 1998.



DIALISI E RILASSAMENTO: UN'ESPERIENZA DI ASCOLTO IN MUSICOTERAPIA

Fabio Ricci
Musicoterapista, Perugia

The article describes and justifies the methods and effects of the university training period experience based on the potentiality of music therapy listening for dialysed patients, carried out on two nephrological patients at the same time as their usual haemodialysis, aiming at conscious relaxation and medical observation: another point of interest consisted in examining the value of the classical music repertoire to which the old patients were inclined.

La scelta di un reparto di Nefrologia e Dialisi come contesto di studio per un tirocinio accademico in musicoterapia¹ (mt), corrisponde all'interesse verso l'esplorazione scientifica, la sostenibilità metodologica e l'opportunità formativa, attinente alla compilazione di una Tesi di Diploma in mt. La disponibilità dei pazienti all'interazione (dovendo trascorrere molte ore fermi), la documentazione medica predisposta dai controlli clinici abituali, la mancanza di studi conosciuti, le prospettive socio-sanitarie, hanno motivato tale scelta. Il contesto esperienziale, per la specifica patologia e per l'ambito ospedaliero², ha richiesto adattamenti che, pur influenzando l'organizzazione pratica, non hanno condizionato l'esperienza musicoterapica, per la sistematica coesistenza dei necessari presupposti tecnici, che ne hanno consentito l'adeguata modulazione.

L'emodialisi extracorporea periodica³ è il trattamento tipico dell'insufficienza renale cronica e consiste nella depurazione del sangue dai residui metabolici tossici dell'organismo, che viene effettuata strumentalmente, in media per dodici ore settimanali, in tre o più sedute ambulatoriali. L'ipotesi di ricerca ha individuato quattro pazienti (due dei quali confluiti nel gruppo studio e due nel gruppo controllo). Il gruppo dei soggetti di studio è stato formato da due pazienti, sia per ragioni logistiche, che per attitudini personali, numero necessario e comunque sufficiente per l'economia di un

L'èmodialisi extracorporea periodica è il trattamento tipico dell'insufficienza renale cronica e consiste nella depurazione del sangue dai residui metabolici tossici dell'organismo

tirocinio accademico individuale: i partecipanti (pazienti in senso medico, ma clienti musicoterapici) sono stati prescelti perché effettuavano la dialisi eccezionalmente in stanza doppia⁴ (anziché in camerate) ed erano interessati alla musica e incuriositi dalla mt. I clienti (che indicheremo convenzionalmente con delle lettere) erano soggetti settantenni maschi, conviventi con famiglia (A) o singoli (B era vedovo con familiari lontani), in pensione dopo un lavoro intellettuale (A da impiegato pubblico, B da dipendente privato rimasto in attività come professionista dirigente), entrambi in dialisi da alcuni anni. Dai contatti preliminari e dal colloquio anamnestico iniziale, è emerso che il cliente A ascoltava preferibilmente musica classica, specialmente di genere strumentale di autori sette-ottocenteschi (per es. Sinfonie di Beethoven), in frequenti occasioni, in auto (cd o radio) o a casa (anche dischi tradizionali di vinile). Del suo rapporto esistenziale con la musica ricorda "piacevoli" molte sensazioni: le ninne-nanne della mamma e della nonna, il suono dell'organo in chiesa che lo attraeva, le canzoni ascoltate alla radio nell'infanzia e l'ammirazione nell'adolescenza per la banda del paese. Il cliente B ascoltava preferibilmente musica classica, specialmente di genere vocale o strumentale (violino o pianoforte, perché rievocanti l'infanzia in famiglia). Egli ricorda le sue esercitazioni al pianoforte in casa e il salotto musicale con familiari e ospiti e poi l'educazione musicale nella scuola media

e il solfeggio e il canto in seminario. Nella giovinezza, dovendo studiare la sera dopo il lavoro quando era stanco, racconta che ascoltava musica classica in cuffia (per es. Notturmi di Chopin) rilassandosi e ritemprandosi, per favorire la concentrazione. Da adulto ascoltava alla radio anche concerti strumentali e musica operistica: attualmente va ai concerti e soprattutto all'opera con la partitura per leggere la musica; ascolta musica abitualmente, almeno la domenica a casa da solo.

Conseguentemente alla situazione patologica e medico-terapeutica, la psicologia del dializzato⁵ implica impegno e vulnerabilità, per sopportare i condizionamenti imposti da questo faticoso stile di vita che comprende: malattia minacciosa (pericolo di morte), cronica (il trapianto di rene è un'eventualità esclusa nei nostri clienti), complessa (malattia con terapia principale e terapie collaterali, quali dieta, farmaci e precise norme da rispettare; controlli medici; limitata attività; eventuali disturbi disgiunti) e favorisce la creazione di riferimenti autogenerati, per motivarsi a sostenere il rispetto indifferibile di tale disciplina; ad esempio con possibile idealizzazione o razionalizzazione, oppure trattenimento emotivo o affettivo. I nostri soggetti di studio sono entrambi – ma diversamente – adattati alla terapia medica e alla sua necessaria dedizione: il cliente A dice della dialisi: «o così o si muore, quindi molto meglio così», manifestando una diffusa motivazione affettiva verso il vivere,

i rapporti familiari, la musica, con relativa soddisfazione per l'equilibrio delle condizioni fisiche («al mattino, dopo essermi pesato per verificare il bilancio dei liquidi corporei, posso finalmente gustarmi un bicchiere d'acqua»), insieme ad un limitarsi nelle aspirazioni (rinunciando per esempio alla possibilità di un trapianto di rene, per evitare gli eventuali rischi collaterali di malattie immunitarie, dovute ai farmaci immunosoppressori antirigetto, che potrebbero perfino lasciare insorgere tumori). Il cliente B definisce «affettivo» il suo rapporto verso il macchinario «che sostituisce la vita», riconoscendo qualità al regime delle terapie mediche perché «impongono una disciplina che mantiene giovani»; è soddisfatto del programma di autogestione assistita nella stanzetta anche perché può ricevere dai sanitari le «spiegazioni sul funzionamento e gli effetti dell'apparecchio», sui quali «mi concentro per distrarmi»; così come dice che «pur essendo in pensione, continuo a lavorare per non dover pensare troppo a me e alla malattia, per non compiangermi: tanto che, quando vengo ogni giorno a fare dialisi, immagino di andare in pausa pranzo, come i miei colleghi di lavoro». Tracce psicomusicali – derivate dagli incontri preliminari fino alla conclusione del Progetto ed esaminate collegialmente⁶ – dei nostri clienti (coesistenti adattatamente con il sistema della dialisi) sono: il cliente A sembra mostrare attitudine senso-motoria e moderazione volitiva; il cliente B sembra mostrare attitudine riflessiva e moderazione emotiva⁷. Obiettivi del complessivo trattamento di musicoterapia – oltre al preventivo consolidamento dell'equilibrio psicologico, preesistente nei pazienti in regime di dialisi, e all'osservazione di eventuali effetti medici della mt – sono stati quelli, complementari e convergenti, della distensione-integrazione

Conseguentemente alla situazione patologica e medico-terapeutica, la psicologia del dializzato implica impegno e vulnerabilità

psichica, ovvero – semplificando – del rilassamento consapevole, per ragioni circostanziali; il rilassamento per favorire, psicologicamente e fisiologicamente, serenità rassicurante (funzionale alla cooperazione nell'intera condotta di vita) ed efficacia fisica della dialisi (per la pressione sanguigna opportuna); consapevole per

evitare le pericolose conseguenze derivanti da stati incoscienti, sia per le controindicazioni mediche (collasso cardiocircolatorio dovuto alla circolazione extracorporea) che per quelle operative (inefficiente autocontrollo tecnico nell'autogestione della dialisi) e per motivare stabilmente alla coesistenza con la dialisi. Più estensivamente, le ragioni dei macro-obiettivi della mt sono state: la distensione psichica, in funzione della capacità e disponibilità adattativa esistenziale dei clienti – verso la tollerabilità (accomodativa, “posso aderire alla dialisi”) e la assertività (assimilativa, “la dialisi può aderire a me”) –⁸; e l'integrazione psichica, in funzione delle possibilità e potenzialità progressive (di omeostasi, riequilibrio e benessere) dei clienti. La distensione è de-tensione o inattività neuro-muscolare, graduata e progressiva, reversibile tra fisica e psichica e compatibile con una residuale attività psicofisica decrescente, come gestualità, emozionalità e coscienza⁹. La distensione è preconditione necessaria ma non sufficiente della integrazione. Oltre ai descritti obiettivi dell'intero Progetto, sono stati attraversati obiettivi transitori: plurisettemanali (comuni ai due clienti, come: osservazione metodologica, ambientamento o motivazione verso il Progetto, stabilizzazione psicomusicale) e settimanali (di tipo individuale e rivolti verso una delle facoltà psicomusicali come emotività, sensorialità, immaginazione; per esempio: ancoraggio, contenimento, rispecchiamento, rievocazione, riconoscimento, rielaborazione,

stimolazione, sollecitazione, escursione, esplorazione, evasione).

Il Protocollo di studio, oltre alla definizione degli obiettivi, prescriveva: l'ascolto, seduti in morbida poltrona, di musica individuale in cuffia¹⁰ per circa un'ora durante ogni seduta di dialisi (per associare gli effetti della musicoterapia all'esperienza della dialisi); incontri di valutazione, di fatto, settimanali tra musicoterapista e clienti, con fornitura settimanale di musica; conclusioni tecniche collegiali dopo 12 settimane di mt. Rispetto alla metodologia e all'impianto organizzativo, fra i modelli, le tecniche e il materiale adottati, esaminiamo le principali impostazioni motivate del Progetto. Il modello psicologico di riferimento ritenuto essenziale è psicodinamico, mentre il settore di orientamento attiene alla musicoterapia preventiva primaria, per supportare le condizioni psicologiche – riconosciute come impegnative e vulnerabili (ma non patologiche) – dei clienti. Si tratta di musicoterapia di genere individuale, per compatibilità con le condizioni ambientali della stanza apposita – che risultava movimentata dalle pratiche mediche e frequentata con orari non sempre uguali dai due clienti (con l'eventualità di trasferire i trattamenti a casa), sconsigliando trattamenti di gruppo – e per la predisposizione dei soggetti (capacità introspettive, musicali, disciplinari). Si tratta di musicoterapia di tipologia ricettiva – anziché improvvisativa – ancora per lo spazio movimentato dalle pratiche mediche (sempre con l'eventualità di trasferire i trattamenti a casa), per le esigenze di staticità fisica dei pazienti (seduti con un braccio immobilizzato collegato all'apparecchio di filtraggio) e per la predisposizione dei soggetti (competenze percettive, rappresentative, verbali). L'uso di musiche registrate deriva sempre dal luogo trafficato, ancora dall'eventualità di trasferire i trattamenti a casa e infine dalla praticità organizzativa nell'economia del programma di mt ideato. La scelta del repertorio classico nella selezione degli ascolti è secondaria all'esigenza di voler rispettare la predisposizione evidente ed esplicita dei clienti emersa durante

l'osservazione preliminare, derivante da: abitudini consolidate, influenze familiari remote o recenti, studi o esperienze giovanili e costituisce un sostanziale contributo all'identità del minuscolo – ma integrale – Progetto. Ho inteso valorizzare questa impostazione (derivata da propensioni circostanziate) attribuendovi successivamente l'obiettivo musicale e didattico di esplorare le possibilità adattative – rispetto alle esigenze della terapia – di questo esteso catalogo, il quale, essendo a speciale mediazione culturale e mentale, può mimetizzarsi competentemente in tutte le specificità linguistiche, anche meno colte, costituendosi come multidimensionale, con risultati programmati di accessibilità e varietà. Lo sforzo di motivare e praticare l'assunzione della scelta ha portato a definire il riferimento del termine classico in musica¹¹; questo implicherebbe: consapevolezza dell'autore, organicità dell'opera, reversibilità culturale, verificata validità dovuta alla sua diffusione nel tempo e nello spazio.

L'applicazione del repertorio d'ascolto classico è stata quindi concepita in termini estensivi, come ricerca, nelle opere dei maestri autori, della qualità compositiva nei diversi generi musicali, anche meno acculturati e accademici, aventi riferimenti sonoro-musicali o extra-musicali di senso anche "anti-classico", dove la simbolizzazione più o meno codificata di valori contingenti diviene non prerogativa astratta e riservata, ma componente potenzialmente polivalente e reversibile, che può rievocare e divulgare concretezza ed immanenza originarie del linguaggio attinenti alla corporeità, all'esperire e all'esistere: come il verso archetipico del cuore materno prenatale, rinvenibile nella figurazione puntata, ripetitiva e grave di alcune composizioni, più volte proposto a scopo di ancoraggio pulsionale¹². Fra le composizioni di autore "classico" sincreticamente più accessibili, proposte come ascolti ai clienti durante il Progetto – nei vari ambiti popolare, folklorico, etnico-esotico, coreutico, jazz, descrittivistico-impressionistico, sentimentale, di favola, preghiera o altri – citiamo esemplarmente:

Tea for two di Schostakovic, *La boutique fantasque* di Rossini, *Gaitè Parisienne* di Offenbach, *Lieder polacchi* di Chopin, *Suites spagnola* di Albeniz, *Blues* di Ravel, *Golliwogs cake walk* di Debussy, *Miniatures* di Stravinskij, *Quadri di un'esposizione* di Mussorskij, *Preludes* di Debussy, *Liebeslieder-valzer* di Brahms, *Il Carnevale degli animali* di Saint-Saens, *Pierino e il lupo* di Prokoviev, *Canto gregoriano*.

Gli autori proposti con maggiore prevalenza, che più estesamente connotano il Progetto, sono invece: Bach J.S. (di estetica equilibrata e sistematica, con poetica sacra-contrappuntistica o barocca-profana, in posizione sipario, ovvero iniziale più finale nella compilazione di composizioni); Mozart W.A. (di estetica galante oppure trascendente e poetica settecentesco-classicista ma anche pre-romantica, posizione a guscio, ovvero post-iniziale più pre-finale nella compilazione); Beethoven L.V. (estetica umanistica ed eroica, poetica classicistico-romantica, posizione nucleare, al centro della compilazione); Chopin F. (estetica patetica e intimistica, poetica romantica, posizione nucleare).

I meccanismi d'azione attribuiti alle composizioni musicali – finalizzati agli obiettivi terapeutici prestabiliti – sono stati definiti come: di tipo diretto (ovvero oggettivo o lineare, in corrispondenza per analogia tra ascolti ed effetti, come “distensione da distensione”, per esempio ascoltando *Clair de lune* dalla *Suite Bergamasque* per pianoforte di Debussy); oppure di tipo inverso (ovvero strategico o concatenato, in corrispondenza per contrasto tra ascolti ed effetti, come “distensione da tensione transitoria”, per esempio ascoltando simili alternanze nel *Concerto K 466 n. 20* per pianoforte di Mozart); o invece di tipo associativo (ovvero soggettivo e involontario dei clienti: per esempio, al cliente A il suono del flauto ricordava la figlia, studentessa al Conservatorio che si esercitava a casa; oppure, al cliente B, il canto accompagnato dal pianoforte, rievocava la figura della madre in famiglia, musicista dilettante). Il fenomeno della reattività soggettiva è, almeno parzialmente, controllabile poiché la risposta imprevedibile nel cliente può rivelarsi anche favorevole alla terapia e quindi compensare

mediamente altri sfavorevoli effetti. Inoltre, esistono due rimedi disponibili: conoscere il cliente e le composizioni fino a poterne valutare le interazioni specifiche, o selezionare la musica da ascoltare in modo che sia intrinsecamente organica e costituzionalmente equilibrata¹³ per poter controllare (evitando, attenuando o compensando) i suoi eventuali effetti inopportuni, almeno determinando che essi siano collaterali e tollerabili anziché essenziali e condizionanti.

I criteri della compilazione di musiche da ascoltare, in ogni tratto della terapia (che sia la singola seduta o una sequenza o l'intero ciclo), sono stati, rispetto al cliente, quelli del rispecchiamento iniziale (in funzione rassicurativa-motivante, verso il rapporto con se stesso e la propria relazione terapeutica), della alterità intermedia (in funzione esortativa-integrativa) e del ritrovamento finale (in funzione consolidante-stabilizzante).

I criteri essenziali di esame nella scelta delle musiche si sono attenuti innanzitutto a riferimenti scientifici: per esempio, Imberty (1988) e gli Schemi di rappresentazione dell'espressività musicale, comprendenti quelli di tensione/distensione psicomotoria-affettiva, di integrazione/disintegrazione musicale-psichica, di spazialità iconico/cinetica-gestuale, che sono stati applicati con mediazione intuitiva, poco sotto illustrata. Oppure il riferimento a Stern (1998) e alle Sintonizzazioni, comprendenti quelle esatte ovvero “sensoperceptive”, inesatte “cognitive”, sinestesiche “affettive”; queste sono state intese estensivamente come criterio adattabile alla tecnica compositiva contrappuntistica, dove melodie uguali o diverse, comunque compatibili, coesistono simultaneamente o consecutivamente. Inoltre, nella selezione delle musiche, sono state considerate le corrispondenze consuetudinarie e convenzionali tra sistema psicologico e codificazione musicale o linguistica, acquisite dalla tradizione e dalla pratica condivisa (tutte sono descritte – insieme alle considerazioni di derivazione scientifica – nello “Schema psicomusicale” successivo). Infine, è subentrato il contributo intuitivo ed empirico del conduttore:

sia sperimentato e verificato precedentemente, che esplicitato attraverso la facoltà dell'intuizione – conciliante tanto l'astrarre quanto l'immedesimarsi – la quale è esplorazione e anticipazione semi-cosciente del conoscere, che ricostituisce proiettivamente un tutto attraverso l'interpretazione di una sua parte; in questo caso, l'intuizione congiungerebbe la situazione psicomusicale del cliente alla validità psicomusicale delle musiche da selezionare, orientando l'interazione verso rinnovati contatti funzionali tra i due parametri, da dover reimpostare e riscontrare. Anche la citata teoria di Imberty, per quanto veritiera e convincente, richiederebbe, per divenire applicabile, complessi e forse impraticabili calcoli, emendabili con un'attitudine intuitiva: così, come autentico indirizzo ispiratore da interpretare è stata

considerata in questa esperienza.

Lo "Schema psico-musicale" successivo è stato compilato per favorire l'orientamento nella selezione degli ascolti da proporre agli utenti; tale Schema riporta, a sinistra, le facoltà psichiche che rappresentano nuclei di possibili obiettivi musicoterapeutici, le quali sono collegate, a destra, ai raggruppamenti di generi e forme compositive del repertorio musicale, che rappresentano possibilità di ascolti potenzialmente terapeutici. Le corrispondenze tra attitudini del linguaggio musicale e attinenze della vita psichica, si sono ispirate ai contributi precedentemente nominati: della ricerca musicologica e di quella psicologica (citate in itinere o riepilogate in appendice), e degli interventi, intuitivi o empirici, del musicoterapista.

Facoltà psichiche e nuclei di obiettivi mt	Riferimenti linguistici e stilistici musicali
sensorialità:	funzione linguistica poetica, timbrica e strumentazione, barocco, impressionismo, verismo-musica concreta
motricità:	considerazione delle durate e organizzazione del tempo-ritmo; marce, danze, balletti; barocco
pulsionalità (ovvero sensibilità incontrollata, consistente sostanzialmente negli affetti vitali ed ineffabili di Stern, come: trascorrere, fluttuare, svanire, esplodere, crescendo, decrescendo, gonfio, esaurito...):	dinamica, agogica, segni interpretativi; rinascimento, barocco, romanticismo
emozionalità (categoriale, stimolata da eventi inattesi e sorprendenti che provocano reazioni inconsapevoli):	considerazione delle altezze e loro organizzazione diacronica e sincronica rispettivamente nella melodia e nell'armonia (con le implicazioni di consonanza/dissonanza, affermazione/modulazione, risoluzione tonale/r. evitata); genere vocale, lied, melodramma; rinascimento, barocco, romanticismo
immaginazione (intesa nel senso di attribuzione alogica di connessioni e valore, per esempio associazione involontaria):	asindeto, paratassi; ritmo verbale, testo letterario, atonalità, madrigale, improvvisazione, alea, medioevo, rinascimento, barocco, romanticismo, impressionismo
razionalità (causalità logica, determinismo, reversibilità):	sintassi, ipotassi; genere strumentale, organizzazione compositiva e formale; contrappunto, tecniche compositive polifonico-imitative (fugato, canone, fuga), classicismo (inteso come poetica dell'equilibrio, nella sensibilità regolata dalla ragione), serialità (intesa come tecnica compositiva che maggiormente o massimamente predetermina parametri musicali)
relazionalità (interazione convergente; disponibilità, accessibilità, comunicazione, condivisione, comprensibilità, immedesimazione):	funzioni linguistiche della esortazione, espressione; genere vocale, melodramma; rinascimento, barocco, romanticismo
consapevolezza (equidistanza comunicativa, integrazione psichica):	oggettività, descrittivismo, riflessività, funzioni linguistiche referenziali, metalinguistica, fatica; metacognitività, autoeducazione; classicismo

L'impianto tecnico-metodologico ha ricevuto adattamenti non previsti nel corso del Progetto, derivati dall'intenzione di perfezionare il programma concepito in origine, oppure dall'intensificazione dell'interazione terapeutica con la calibrazione degli obiettivi.

Fra gli strumenti tecnico-metodologici¹⁴ approntati in itinere, segnaliamo:

- la Scheda osservativa semistrutturata, compilata dal musicoterapista (complementare tra programmata e immediata, per realizzare rilevazioni sistematiche dei clienti, che permettessero la comparabilità statistica, considerando le prospettive musicale e relazionale, verbale e non-verbale, oggettiva e soggettiva);

- gli Ascolti anonimi (ovvero proposti senza comunicare ai clienti, autori e intitolazioni, ma solo durate e articolazione delle composizioni, per intensificare l'esplorazione integrativa guidata nei soggetti);

- la Scheda autoosservativa semistrutturata, compilata dal cliente (per favorire l'autoosservazione organizzata e consapevole dei soggetti, che intensificasse anche la relazione terapeutica, rappresentando simbolicamente il conduttore tra un incontro settimanale e l'altro);

- l'Ascolto sonda estemporaneo (collocato dopo l'incontro di verifica settimanale, allo scopo di verificare gli effetti degli ascolti trascorsi e programmare – prudentemente dopo riscontri – i successivi);

- il Questionario di verifica finale semistrutturato, compilato dal cliente (autonomamente per iscritto);

- l'Esposizione libera finale, scritta dai clienti (autonomamente, con valore di auto-valutazione personale e di documentazione dell'esperienza appena conclusa).

Come sintetico resoconto del decorso, riferiamo eventi e situazioni rilevanti, oltre ad

affermare la sostanziale regolarità ed efficienza dell'organizzazione programmata, trasformata con alcuni adattamenti motivati. Rileviamo, per cominciare, l'evidente abituale espansione spontanea del tempo di ascolto previsto nei clienti (normalmente il cliente A riascolta ogni composizione e il cliente B riascolta tutti i brani) e il loro prevalente apprezzamento qualitativo delle musiche proposte (soprattutto A). Situazioni di concordanza evidente tra le intenzioni del musicoterapista e le risposte dei clienti si sono verificate progressivamente; in particolare: alla nona settimana il cliente B si rivela rasserenato e compreso dagli ascolti, dopo l'imprevisto ricovero in

ospedale vissuto con sconforto; alla decima settimana, il cliente A porta all'incontro col musicoterapista (per l'unica volta nel Progetto) la musica del cuore ricorrente nella propria vita (*Allegretto II mov. dalla Sinfonia VII di Beethoven*). Segnaliamo anche uno speciale episodio

di sintonia: all'undicesima settimana il musicoterapista prepara un'intera compilazione come rispecchiamento emotivo della sofferenza (richiamata da A nella sua musica del cuore, subita da B per l'ennesimo ricovero) – a scopo di terapia e di sintonizzazione prefinale nel Progetto – che viene avvertita e riconosciuta con soddisfazione da entrambi i clienti; nella successiva dodicesima e ultima settimana, viene realizzato, nelle diverse compilazioni dei due clienti, un episodio di dolore superato (compensato realisticamente o affettivamente, o sublimato spiritualmente) – a scopo immunizzante –: in questa occasione il cliente A seleziona, sovrapponendole sulla Scheda autoosservativa, quasi tutte le opzioni positive da essa proposte, per riferire le proprie impressioni sull'ascolto dell'*Andante II mov. dal Concerto K 467 n. 21 per pianoforte di Mozart* (composizione considerata, nella

I criteri della compilazione di musiche da ascoltare, in ogni tratto della terapia, sono stati quelli del rispecchiamento iniziale, della alterità intermedia e del ritrovamento finale

circostanza, compensativa del dolore), ma anche – cumulando la maggioranza dei termini favorevoli opzionabili – sulle altre composizioni dell'intera compilazione.

Ascolti proposti ai due clienti nell'undicesima settimana (eccezionalmente di un unico autore, orientati sulla sofferenza):

1. Mozart W.A., *Concerto K 466 n. 20* per pianoforte: I. Allegro, II. Romanza, III. Allegro assai; A. B. Michelangeli (sol.), C. Garben (dir.), Orchestra Sinfonica del Norddeutscher Rundfunk, Deutsche Grammophone, 1989, 34 min.
2. Mozart W.A., *Sequenza dal Requiem K 626* per soli, coro e orchestra: I. Dies irae, II. Tuba mirum, III. Rex tremendae, IV. Recordare, V. Confutatis, VI. Lacrimosa; C. M. Giulini (dir.), Philharmonia Chorus and Orchestra, Sony, 1990, 24 min.
3. Mozart W.A.: *Ouverture dal melodramma Don Giovanni K 527*, H. v. Karajan (dir.), Berliner Philharmoniker, Deutsche Grammophone, 1986, 6 min.

Totale 64 minuti.

Ascolti proposti al cliente A nella dodicesima e ultima settimana:

1. Bach J.S., *Fantasia cromatica e fuga BWV 903* per clavicembalo, J.L. Steuerman pianoforte, Philips, 1986, 11 min.
2. Mozart W.A., Allegro I mov. dalla *Sinfonia K 183 n. 25*, B. Wordsworth (dir.), Cappella Istropolitana, Il Messaggero, 1995, 8 min.
3. Schubert F., Andante con moto II mov. dal *Trio D 929*, Beaux Arts Trio, Philips, 1993, 9 min.
4. Mozart W.A., Andante II mov. dal *Concerto K 467 n. 21* per pianoforte, R. Serkin (sol.), C. Abbado (dir.), London Symphony Orchestra, Deutsche Grammophone, 1983, 8 min.
5. Bach J.S., Allegro III mov. dal *Concerto Brandeburghese BWV 1049 n. 4*, M. Pommer (dir.), Collegium Musicum Lipsia, Capriccio, 1984, 6 min.

Totale 42 minuti (rispetto al tempo medio di sessanta minuti delle compilazioni finora proposte per ciascuna seduta, il tempo di ascolto viene ridotto nell'ultima settimana per

predisporre alla conclusione del programma terapeutico).

Seguono le impressioni riferite dal cliente A sull'ascolto dell'Andante II mov. dal *Concerto K 467 n. 21* per pianoforte di Mozart, durante la dodicesima settimana (che sono state da lui segnate, sulla Scheda auto-osservativa, attraverso una "X" per selezionare le opzioni prestampate in elenco, evidenziandone tramite sottolineatura le specificazioni prescelte tra possibilità affini o opposte, e potendo aggiungere descrizioni per esteso):

- a. X distensione, rilassamento / tensione, irrigidimento-fisico / mentale;
- b. X consapevolezza, riflessività, ragionamento, contemplazione;
- c. relazionalità, socialità / distanziamento, indipendenza;
- d. X comunicatività, voglia di parlare o esprimersi / silenziosità, autonomia;
- e. X spiritualità, trascendenza, religiosità, meditazione: una delle composizioni più ispirate di Mozart;
- f. X immaginazione, creatività; ricordi, desideri;
- g. X emozioni, sentimenti, passioni, affetti;
- h. X istintualità, impulsi profondi (eros, thanatos, mater, pater, difendersi, fuggire, combattere);
- i. X dinamicità, intenzioni di movimento; agitazione;
- l. X eccitazione uditiva, altre stimolazioni sensoriali, sensazioni fisiche;
- m. X effettuazione / gradimento di un riascolto;
- n. X benessere, piacere/disturbo, malessere;
- o. indifferenza, disinteresse, monotonia;
- p. rinuncia a rispondere; rifiuto, avversione;

Alcuni episodi critici, emergenti tra musicoterapista e clienti, richiedono invece riflessione. Alla quinta settimana entrambi i clienti riferiscono individualmente di avvenute irregolarità nello svolgimento degli ascolti settimanali, derivate dal disfunzionamento dei rispettivi lettori compact-disk¹⁵ (causato

da esaurimento delle pile o attivazione involontaria del tasto che blocca l'apparecchio): ipotizzo disagio nei clienti per la recente esplorazione psicomusicale, evidentemente eccessiva – comprendente l'introduzione degli Ascolti anonimi e della Scheda autoosservativa – conseguito in apparente adagiamento disorganizzativo inconsapevole dei clienti, su minimi e superabili inconvenienti tecnici. Nella settimana successiva (sesta) si verifica in ambedue un parziale recupero dell'ascolto (con attenuati – ma persistenti – inconvenienti tecnici), subito dopo normalizzatosi, in corrispondenza della condotta avuta dal musicoterapista nel: mantenere le strategie terapeutiche, modularne gli obiettivi, sostituire le musiche e inserire l'Ascolto sonda "di sicurezza". In un'altra occasione, alla decima settimana, il cliente B riferisce di aver provato irritanti gli ascolti (improntati su obiettivi divertenti, precedentemente graditi), in concomitanza con la sua preoccupazione per l'imprevisto – e imprevedibile – ripetersi del ricovero in Reparto a causa del riaggravamento di un disturbo collaterale alla nefropatia. Le conclusioni musicoterapeutiche, metodologiche e personali sul Progetto realizzato, presentano interessanti riscontri e implicazioni. Rispetto agli obiettivi complessivi della terapia (distensione-integrazione psichica), constatiamo che: il rilassamento viene riferito dai clienti come raggiunto costantemente durante lo svolgimento del Progetto; altrettanto viene espresso verso le esperienze psicomusicali integrative – complementari alle proprie attitudini (A soprattutto verso la riflessività cosciente; B soprattutto verso l'emotività rasserenante) – gli stessi rivelano adattamento, o comunicano generale apprezzamento, ricandidandosi spontaneamente per un prossimo Progetto. In corrispondenza a quanto ciò, risposte apprezzabili dei clienti e pertinenti agli obiettivi – convalidati a posteriori come adeguati e opportuni – sono state valutate anche dal gruppo musicoterapico, attraverso l'interazione psicomusicale, durante tutto il Progetto. Infine, non possiamo esimerci dal

riferire un decremento favorevole nei pazienti delle sostanze ematiche di azoto, creatinina, potassio, rilevato dagli esami abituali del sangue; se ne osservano le concomitanze (corrispondenza temporale con la mt e fra i clienti) e la dinamica (corrispondenza con le fasi della mt: esplorativa intermedia – incremento relativamente al progresso – e stabilizzativa finale – decremento complessivo); tutti i valori permangono comunque nella norma. In conseguenza dell'esperienza vissuta, auspichiamo l'istituzione di un successivo Protocollo di ricerca musicoterapia-emedialisi con almeno 20 clienti come gruppo di studio, eguale doppio gruppo di controllo trasversale¹⁶ (uno dei quali con musica a piacere e l'altro senza alcuna musica), osservazione longitudinale.

Considerare, oltre ai risultati pertinenti alla terapia, anche le evenienze didattiche e personali sembra opportuno in un'esperienza di studio accademico, tanto più che, in questa vicenda (sia nel Tirocinio pratico che nella Tesi conseguente) ho inteso valorizzare l'auto-esame delle condizioni del conduttore – a scopo sia di esercizio auto-osservativo, che di rilevazione sistematica dell'interazione nel setting – che è avvenuto attraverso specifici strumenti metodologici, come: la sezione auto-valutativa del musicoterapista, contenuta nella Scheda di osservazione dei clienti, durante il Tirocinio, e gli interventi soggettivi di interesse espressivo e riflessivo, contenuti (come contributi supplementari) nella Tesi. In questa luce, gli esiti individuali della vicenda – comprensivi delle situazioni di inevitabile ingenua inesperienza – si imprimono di sorprendente soddisfazione formativa e umana.

Note

¹ Quest'esperienza di studio ha costituito l'argomento della Tesi di diploma in Musicoterapia dell'Autore del presente articolo, discussa al Corso quadriennale di Musicoterapia del Centro Educazione Permanente della Pro Civitate Christiana di Assisi (PG), nel luglio 2011.

² Il tirocinio pratico di musicoterapia è avvenuto all'Ospedale pubblico di S. Maria della Misericordia di Perugia, nel Reparto di Nefrologia e dialisi guidato dal dott. Attilio Losito, dal marzo al giugno 2008.

³ Le tecniche praticabili nella dialisi sono due: una è extracorporea e viene detta emodialisi (più indicata per i trattamenti cronici), l'altra è intracorporea ed è la dialisi peritoneale; entrambe consistono nel mettere il sangue a contatto con il liquido di dialisi, attraverso una membrana semipermeabile (artificiale ed esterna, o anatomica ed interna), che renda possibile i due principi fisici della diffusione (distribuzione di sostanze fra due soluzioni) e della convezione (distribuzione di liquido fra due soluzioni). La dialisi costituisce la terapia sostitutiva della principale funzione del rene, l'escrezione, che serve per regolare la quantità e la qualità dei liquidi corporei, ma non può sostituire le funzioni endocrine (produzione di sostanze fisiologiche) e di regolazione dell'equilibrio acido/base (mantenimento del pH ematico): per questo la dialisi deve essere associata alla terapia dietetica e farmacologica.

⁴ I quattro pazienti compresi nella selezione del Progetto (due dei quali confluiti nel gruppo di studio, e due nel gruppo di controllo) partecipavano nel Reparto ad un programma di addestramento alla effettuazione autonoma della dialisi domiciliare, assistiti da un familiare, autogestendo l'unità strumentale dialitica durante le sedute in ospedale, con la supervisione di un infermiere specializzato; per questa ragione dimoravano a coppie in una stanza, evitando le camere multiple inadatte alla musicoterapia.

⁵ Le generali considerazioni sulla psicologia del dializzato sono state compilate in conseguenza del contributo di psicologi e musicoterapeuti; fra gli psicologi, in particolare: Paris V., Piccola guida all'emodialisi, alla dialisi peritoneale, al trapianto per il paziente e i suoi familiari, Baxter, Bergamo, 1995; Di Cesare L., psicologa nel Reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Perugia, che opera come consulente della struttura ospedaliera, dove ha incontrato anche pazienti in dialisi nel Reparto in cui ho svolto il tirocinio; fra i musicoterapeuti, Dentini E., psicologa (Tutor del Progetto), e Postacchini P.L., psichiatra (Supervisore del Progetto e Relatore della Tesi).

Bibliografia

■ Benenzon R.O.

Musicoterapia: esperienze di supervisione, Phoenix, Roma, 1999.

■ Brondino G.

Psicologia del rilassamento, Istituto delle motivazioni, Torino, 1990.

■ Bruscia K.E.

Casi clinici di musicoterapia: adulti, Ismez, Roma, 1995.

■ Conrado A., Barbieri S.

Effetti sonori (nella composizione e nell'ascolto della musica), Agamus, Torino, 2004.

■ Cremaschi Trovesi G.

Musicoterapia, arte della comunicazione, Scientifiche Magi, Roma, 1996.

■ **Dizionario enciclopedico universale della musica e dei musicisti** (DEUMM), Utet, Torino, 1984.

■ Enciclopedia della musica.

Musica e cultura, Einaudi, Torino, 2002.

■ Gaita D.

"La musicoterapia non esiste", in Manarolo G., Borghesi M.(a cura di), "*Musica&Terapia*", Cosmopolis, Torino, 1999.

■ Gaita D.

Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio, Bompiani, Bologna, 2000.

■ Giberti F., Rossi R.

Manuale di psichiatria, Piccin, Padova, 2007.

■ Guerra Lisi S., Stefani G.

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

⁶ Il collegio di studio è stato formato da: Primario e Aiuto nefrologi, musicoterapista operatore, Tutor e Supervisore musicoterapeuti.

⁷ Più particolarmente – come è stato rilevato nell'osservazione psicomusicale continuativa dei soggetti, avvenuta durante ogni fase del Progetto e valutata dal gruppo di studio – è emerso che: il cliente A sembra mostrare attitudine psicomusicale per le facoltà a prevalenza senso-motoria con intelligenza concreta e pragmatica (senza evidenze impulsive ed emotive, cognitive astratte e creative); il cliente B sembra mostrare attitudine psicomusicale per le facoltà a polarità cognitiva astratta e autoriflessiva (con sottodimensionamento istintuale-emozionale, senso-motorio e creativo, ma compresente sensibilità istintuale-motoria).

⁸ La distensione psichica è estensibile – eventualmente – alla distensione fisica, anch'essa potenzialmente adattogena verso (presumibilmente e idealmente) la depurazione circolatoria (accomodativa) e la difesa immunologica (assimilativa).

⁹ Vedi, in particolare, Brondino G., "Psicologia del rilassamento", Istituto delle motivazioni, Torino, 1991.

¹⁰ La determinazione del materiale tecnologico per l'ascolto deriva da una dualistica esigenza: quella della efficienza e riservatezza auditive rispetto all'ambiente, insieme a quella di poter avvertire l'allarme acustico delle apparecchiature dialitiche; per questo la cuffia in dotazione era del tipo leggero, di feltro, a lieve contatto del padiglione auricolare, ma senza circoscriverlo sigillandolo a ventosa.

¹¹ Per una più ampia valutazione della questione sul valore del repertorio classico in musica, la Tesi che ispira il presente articolo – intitolata "Musicoterapia e dialisi: un'esperienza sul rilassamento", dello stesso Autore – si esprime alle pag. 46-50.

¹² L'impressione sonora rievocante l'effetto del battito cardiaco, rintracciabile nell'ascolto di figurazioni musicali costitutive di specifiche composizioni, è stata reperita, per esempio: nella Marcia funebre III mov. dalla Sonata op. 35 n. 2 per pianoforte di Chopin; nell'Adagio Al chiaro di luna

I mov. dalla Sonata per pianoforte op. 17 n. 14 di Beethoven; o in diversi Corali per organo di Bach.

¹³ La sinergia fluida, o meglio il sinergismo, che caratterizza la natura del linguaggio musicale, moltiplicandone il potenziale comunicativo, pare assomigliare all'interazione positiva di certe terapie biologiche, come quelle della fitoterapia tradizionale; per esempio l'Ayurveda orientale, dove le piante officinali utilizzate a scopo medico vengono trattate integralmente con tutti i costituenti e non parzialmente (separate in fiore, foglie, frutti, busto, radici) e vengono integrate in opportuni composti (con criteri complementari più che combinatori) anziché singolarmente, con effetti benefici esponenziali (diretti e collaterali) ma senza controindicazioni evidenti, poiché evitate proprio dal bilanciamento delle componenti dell'individuo vegetale o del composto. In questo sistemismo è possibile orientare gli effetti principali del medicinale, ma non prevedere o controllare gli ulteriori effetti virtuosi complessi, oltretutto sottoposti all'interazione soggettiva, proprio come nella musica. È proprio il caso di dire che "il tutto è più della somma delle singole parti" (principio teorico antielementarista tipico della Psicologia della Gestalt fin dalle sue origini e anticipazioni; per esempio, vedi i contributi di Ehrenfels von C. in Le qualità formali del 1890, e quelli di Wertheimer M. in Studi sperimentali sulla percezione del movimento del 1912 in collaborazione con Kohler W. e Koffka K.; citati alle pagine 350, 822, 1083, 1133 di Galimberti U., Dizionario di psicologia, Garzanti, Milano, 2006).

¹⁴ Le Schede metodologiche costituite nel Progetto si sono ispirate, con adattamenti, a Manarolo G. "Schede per lo studio del processo musicoterapico (descrizione, interpretazione, valutazione, verifica)" contenute nell'Appendice del Manuale di Musicoterapia (Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006); da poter confrontare con le Schede riportate nella Documentazione della Tesi che ispira il presente articolo (nel quale essa viene citata alle Note 1 e 11).

¹⁵ La dotazione, relativamente ingombrante, di un piccolo lettore cd che ciascun cliente maneggiava, si sarebbe potuta semplificare con un minuscolo lettore in formato mp3 o un I-pod, i quali, privi oltretutto di supporti come i dischetti registrati,

sarebbero potuti passare quasi inosservati. La scelta potrebbe spiegarsi con motivazioni precedentemente non del tutto consapevoli: offrire ai protagonisti dell'esperienza terapeutica un mediatore fisico che favorisse l'investimento simbolico di desideri, che catalizzasse propositi nell'ispirare fiducia attraverso la sua tangibilità oggettuale e suscitasse immaginazioni promettenti per la sua forma misteriosa da "disco volante" o giocosa da "freesbee", dove il dischetto settimanale rappresenta l'organo rinnovabile, che sostituiva le occasioni vissute riproponendo immancabilmente opportunità da vivere (una specie di liquido di dialisi che si cambia dopo l'uso). (Analogamente, per me stesso, l'accumulare cd musicali settimana dopo settimana, generava la sensazione di realizzare risultati, vedendo materializzato il mio impegno).

¹⁶ Il paritetico gruppo di controllo (composto da due pazienti, anch'essi in addestramento alla dialisi domiciliare in Reparto, ma senza musicoterapia) istituito nel Progetto – con intenzioni di esercitazione didattica e simulazione scientifica, anziché di autentica metodologia di ricerca, visto che il numero minimo di soggetti del gruppo di studio sarebbe stato comunque insufficiente a definire l'esperienza come sperimentale – si è rivelato oltretutto inconcludente, per il trasferimento nel Reparto trapianti di uno dei due componenti.

segue **Bibliografia**

■ **Imberly M.**

Suoni Emozioni Significati, Clueb, Bologna, 1988.

■ **Manarolo G.**

Manuale di musicoterapia (Teoria, metodo e applicazioni della musicoterapia), Cosmopolis, Torino, 2006.

■ **Nuti G.**

"La psicologia della musica: il punto, le prospettive", in *Musica&Terapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

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

Musicoterapia, Carocci, Roma, 2004.

■ **Ricci Bitti P.E.**

(a cura di), *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, 2005.

■ **Scardovelli M.**

Il dialogo sonoro, Cappelli, Bologna, 1996.

■ **Siegel D.J.**

La mente relazionale (Neurobiologia dell'esperienza relazionale), R. Cortina, Milano, 2001.

■ **Sloboda J.A.**

La mente musicale, Mulino, Bologna, 1998.

■ **Stern D.N.**

Le interazioni Madre-Bambino, Cortina, Milano, 1998.



RIPETIZIONE E VARIAZIONE: CHIAVE DELLA STRUTTURAZIONE DEL TEMPO E DELLE ESPERIENZE EMOTIVE

Giorgio De Battistini
Musicoterapista, Vicenza

Repetition and variation play an enormous role in music. But why are they so important?

Repetition is a universal psychic process. As shown by D. Stern, the first inter-subjective relations between infant and mother are based on a very repetitive organization. Besides, repetition necessarily involves variation: mother's behavior is never identical. Repetition brings about that regularity which allows to foresee the course of time and dominate it, so it helps the infant to build - through a multiplicity of experiences - its own unity. The repetition/variation structure - the basis of the first behavioral sequences of the couple mother-child - represents the original and archetypal model of every future emotional and cognitive experience. Music would reactivate these experiences on a deep and mostly unconscious level.

Repetition and variation in music are the key of time framing. Moreover: framing time, repetition gives a shape to emotional experience.

Premessa

L'efficacia della pratica musicoterapica si fonda su numerose e diverse peculiarità dell'elemento sonoro/musicale. Tra di esse mi sono proposto di indagare il tema della ripetizione, che possiamo sin da subito assumere quale definizione minima della musica, o meglio, di ogni musica.

Come afferma il musicologo e linguista belga Ruwet (1972), "la caratteristica più singolare della sintassi musicale è il ruolo centrale della ripetizione e, per estensione, della variazione nella ripetizione o trasformazione". La si ritrova nell'evento più elementare riconoscibile come prodotto musicale - l'isoritmia - così come in una delle forme più articolate di composizione musicale, il contrappunto. Dalla forma ternaria all'ostinato, dal basso continuo al ritornello, la ripetizione rappresenta una sorta di filo rosso che percorre la storia musicale dell'intera umanità.

La musicologia, da sola, non è tuttavia in grado di spiegare perché la ripetizione sia al centro della musica, quale sia la sua funzione e neppure se tale centralità appartenga unicamente al campo della musica.

Tali riflessioni preliminari trovano una felice integrazione nelle formulazioni di alcune delle discipline che afferiscono alla teoria e alla pratica musicoterapica, in particolare la

L'efficacia della pratica musicoterapica si fonda su numerose e diverse peculiarità dell'elemento sonoro/musicale. Tra di esse mi sono proposto di indagare il tema della ripetizione

psicodinamica e la psicologia cognitivista. L'approccio musicoterapico, infatti, per sua natura trans-disciplinare, favorisce un'esperienza conoscitiva all'insegna della complessità: una conoscenza multidimensionale, che include in sé la diversità e la molteplicità.

Freud (1920), che pur non si occupò mai di musica, formulò alcune interessanti riflessioni sulla ripetizione o, meglio, sulla coazione a ripetere. Osservando il piccolo Ernst riprodurre coattivamente il gioco del rocchetto, concluse che la possibilità di controllare attivamente una situazione penosa -l'assenza della madre- procurasse al bambino un piacere legato alla capacità di rendere prevedibile il tempo. Già Freud, dunque, mise in luce come la ripetizione sia un meccanismo psichico universale di funzionamento - non soltanto in senso patologico - e come tale meccanismo abbia a che fare con la sfera degli affetti.

A partire dalla metà degli anni '80, Daniel Stern (1987) ha formulato una serie di intuizioni che integrano e completano le conclusioni di Freud. La ripetizione, secondo Stern, rappresenta la modalità privilegiata delle sequenze comportamentali della coppia madre-bambino nei primi anni di vita. Le prime relazioni intersoggettive del bambino sono basate su un'organizzazione estremamente ripetitiva. Nei primi mesi, infatti, il comportamento della

madre è improntato all'imitazione; in seguito, a partire dal 9° mese, tale comportamento si modifica per lasciare il posto a una nuova forma di imitazione, selettiva e transmodale, chiamata sintonizzazione affettiva.

Non solo: secondo l'Autore la ripetizione implica necessariamente la variazione. Il comportamento messo in atto dalla madre non si ripete mai esattamente allo stesso modo. La ripetizione, in altre parole, non è mai identica a se stessa, se non quando è patologica.

Altra intuizione fondamentale di Stern è che la ripetizione genera una regolarità che permette al soggetto di anticipare il corso del tempo, di dominarlo; consente al bambino di costruire la propria unità attraverso una molteplicità di esperienze. La ripetizione, inoltre, crea una tensione legata all'attesa del soddisfacimento del desiderio, successivamente seguita da una distensione più o meno marcata a seconda del grado di variazione introdotto. La successione tensione/distensione genera un tempo, un'esperienza primitiva di durata, ma anche l'esperienza primitiva della mancanza di soddisfacimento, che prepara alle esperienze future della perdita e del lutto.

Imberty (1986, 2002) riprende le intuizioni di Stern per esplorare il legame profondo che esiste tra ripetizione, esperienza affettiva e cognizione musicale. Secondo l'Autore, la

struttura ripetizione/variazione, alla base delle prime sequenze comportamentali della coppia madre-bambino, andrà a costituire il modello originario e prototipico di ogni esperienza affettiva e cognitiva futura del bambino e, poi, dell'adulto. La musica, dal canto suo, non farebbe altro che riattivare, ad un livello profondo e per lo più inconscio, tali esperienze.

Dunque, la ripetizione e la variazione presenti in musica sono la chiave della strutturazione del tempo. Non solo: strutturando il tempo, la ripetizione struttura anche le esperienze emotive del soggetto. Essa acquisisce un valore positivo solo se genera delle variazioni "accettabili", che permettono cioè il riconoscimento dei punti di riferimento e l'identificazione del modello iniziale. È in questo gioco di sottile equilibrio che si spiega l'emozione suscitata dalla musica. Ci sono dei limiti oltre i quali la variazione distrugge l'effetto della ripetizione, instaurando la perdita e il caos.

Ciò è di fondamentale rilevanza nella pratica musicoterapica. All'interno della relazione musicoterapica, la ripetizione prodotta attraverso l'elemento sonoro/musicale rappresenta uno strumento per riorganizzare il caos intra e interspichico del paziente. La ripetizione e la variazione di un pattern o di un motivo contribuiscono a strutturare e a regolare le esperienze emotive del soggetto, perché sono parte fondamentale e strutturante delle primitive modalità comunicative, con le quali il "linguaggio" musicale intrattiene profondi rapporti.

Nella fase iniziale della relazione può accadere, ad esempio, che il musicoterapista rispecchi la spontanea produzione sonoro/musicale del paziente, imitandolo. Attraverso una sintonizzazione esatta, gli comunicherà così la sua incondizionata accettazione: fase preliminare e centrale, questa, al fine della costruzione di una relazione. La presenza di

variazioni – peraltro inevitabile – dovrà qui essere ridotta al minimo. È infatti, una fase molto delicata: una variazione, anche piccola,

in questa fase di potente regressione, potrebbe riportare le forze del caos dentro alla cornice rassicurante del setting. Viceversa, nella sintonizzazione inesatta la ripetizione si apre

verso il nuovo; il presente, riproposizione del passato, si dischiude al futuro, ancora sconosciuto. Il musicoterapista propone, a partire dalla produzione del paziente, una serie di variazioni, avendo cura che queste non vadano a minare la cornice rassicurante rappresentata dalla ripetizione, ma che siano sufficienti affinché il paziente possa fare esperienze "altre", al di fuori dell'ordinarietà. La sintonizzazione inesatta propone uno scarto evolutivo, volto ad una maggiore integrazione del Sé, dove le variazioni rispetto all'originale costituiscono uno stimolo per l'accrescimento delle capacità emozionali, cognitive e sociali.

Il caso di Alessandro: la ripetizione come stereotipia nell'autismo

Il Dizionario di Psicologia definisce la stereotipia come quell'insieme di "tratti di comportamento, caratterizzati da alto grado di fissità e costanza... che si ripetono come un rituale in modo automatico e vagamente simbolico" (Galimberti, 1992). Tale definizione descrive un fenomeno, ma non spiega, non tenta di dare un senso. Nel corso della seduta con Alessandro, mi sono spesso chiesto quale funzione o finalità avessero le sue molteplici forme di stereotipia. Cinzia Blanc, musicoterapeuta e psicologa, afferma che la ripetizione stereotipata nella malattia mentale, per quanto automatica, ha una precisa finalità: "il paziente sente che il suo messaggio non viene ascoltato (e generalmente è vero che gli altri trascurano il messaggio perché, a torto o a ragione, esso sembra assurdo); pertanto il paziente lo ripete,

La ripetizione, secondo Stern, rappresenta la modalità privilegiata delle sequenze comportamentali della coppia madre-bambino

sperando che alla fine venga udito (Blanc, 2001)". Si tratterebbe, quindi, di una richiesta di ascolto negato in precedenza.

Pur essendo tale affermazione, spesso, difficilmente verificabile, condivido lo spirito che la anima e che - anche quando utilizza il termine "ripetitivo" come sinonimo di patologico - riconosce che "anche il patologico partecipa all'universale tentativo, tutto umano, di riorganizzarsi di fronte all'ignoto" (Blanc, 2001).

In fondo, la ripetizione è davvero un bisogno antropologico. Ognuno di noi ripete quotidianamente (e perlopiù inconsapevolmente) i propri rituali, le sue forme stereotipate, ed è proprio nelle situazioni di maggiore disagio e stress che siamo meno propensi a rinunciarvi. Certo, tamburellare con le dita, dondolare, mangiarsi le unghie, grattarsi, rimuginare, sono tutte stereotipie, apparentemente inutili, anche se non patologiche.

Ma se nessuna stereotipia può dirsi inutile, quando, allora, diviene patologica? Secondo la Blanc, la patologia si dà nel momento in cui la stereotipia, intesa come ripetizione creativa, "che non è un semplice ridire ma qualcosa di molto più significativo e universale", diviene una ripetizione che per la sua frequenza viene vissuta come ossessiva e strabordante.

Nel lavoro con Alessandro l'aspetto delle stereotipie è quello che più prepotentemente ha segnato le nostre sedute e che più mi ha fatto interrogare circa il senso e la direzione del mio operare.

Il profilo presentatomi dalla responsabile della struttura descrive Alessandro come un ragazzo di 18 anni che presenta i tratti di un quadro autistico non meglio precisato. La diagnosi mi è stata presentata insieme alle seguenti informazioni. Alessandro necessita di una continua sollecitazione e predilige un rapporto individualizzato. Le sue attività sono perlopiù ripetitive e presenta una serie di stereotipie. Porta a termine un compito richiesto solo se sollecitato. Non comunica verbalmente, non emette suoni. Si sposta all'interno del Centro Diurno in modo autonomo, seguendo le pareti.

Dopo aver partecipato ad una serie di sedute di gruppo, Alessandro è stato inserito in un percorso individualizzato. Le sedute si sono svolte nel periodo marzo-agosto 2010 per un totale di 16 sedute, a cadenza settimanale, della durata di 30-40 minuti ciascuna.

Nel corso delle sedute Alessandro manifesta alcune stereotipie importanti, tra cui: portare alla bocca battenti e strumenti musicali, succhiandoli e mordendoli talora sino a spezzarli; avvicinare il proprio naso alla mia mano; allungare il braccio verso l'alto, sopra il mio capo, muovendo le dita come se stesse suonando una tastiera; dondolare il busto e alcuni strumenti musicali.

Le sedute erano caratterizzate dal riproporsi di un preciso schema segnato da diverse tappe: una scarica iniziale della tensione, il presentarsi di diverse stereotipie, il ripetersi più volte dello schema "scarica della tensione-riemersione delle stereotipie", infine la perdita di interesse e della concentrazione. Alessandro utilizza principalmente gli strumenti a percussione, in particolar modo i membranofoni e, soprattutto, il tamburello posizionato di fronte alla propria sedia, che inizia a percuotere non appena si siede. Alessandro percuote seguendo una pulsazione aleatoria e sposta di continuo lo sguardo, ora verso il tamburello, ora verso me, ora infine verso la finestra o altre parti della stanza di musicoterapia.

Sin dal primo incontro mi sono interrogato su quale fosse l'atteggiamento giusto da tenere di fronte a tali e molteplici stereotipie. La mia attenzione si è rivolta, in particolare, al comportamento del portare alla bocca e succhiare i battenti e alcuni strumenti musicali poiché, vista la frequenza con cui si verificava (anche ogni 10 secondi), rischiava di invalidare il mio tentativo di entrare in relazione attraverso il canale sonoro/musicale.

Per salvaguardare la sua incolumità, decisi di adottare un atteggiamento di fermezza e di interdizione ogni volta che iniziava a masticare i battenti in legno, frantumandoli con i denti. In tutte le altre situazioni, sperimentai essenzialmente due approcci distinti.

Nel corso dei primi incontri mi proposi di non

ostacolare tale stereotipia, nella convinzione che fosse sterile contrastare la rigidità delle stereotipie, poiché tale rigidità fa parte di un contesto, di tutto un modo di essere.

Decisi dunque di associare la stereotipia di Alessandro ad una precisa forma musicale, nella convinzione che “la musica vissuta possa aiutare a creare una cornice rassicurante, che invece di mantenere in vita gli stereotipi, sia in grado di far diminuire gli automatismi di difesa” (Benenzon, 2005). Collegando il suo gesto ad una sequenza di suoni, ritenevo di fornire ad Alessandro una sorta di rispecchiamento, una rappresentazione, esterna e concreta, di quel gesto.

Provai quindi ad utilizzare il bisogno di “ripetere” di Alessandro connotandolo di un ulteriore senso, potenzialmente condivisibile. Ogni volta che Alessandro avvicinava alla bocca un oggetto, iniziavo a rullare su un timpano, posto alle mie spalle e utilizzato solo in quella circostanza. L'intensità del suono era inversamente proporzionale alla distanza dell'oggetto dalla sua bocca. Quando Alessandro iniziava a succhiare l'oggetto, producevo una sequenza di pulsazioni isocrone di elevata e crescente intensità in un tempo di presto. Un istante dopo che avevo raggiunto il climax e avevo quindi interrotto la produzione, Alessandro emetteva un verso che spesso assumeva i chiari tratti di una breve risata.

Dopo otto incontri, mi ritrovai a constatare che il comportamento stereotipato di Alessandro, seppur lievemente diminuito in rapporto alla frequenza della sua occorrenza, restava sostanzialmente inalterato. Ero consapevole che un percorso musicoterapico richiede molto tempo, mesi, anni; tuttavia, la mia esperienza di tirocinio non me lo consentiva. Ero frustrato. Pensai quindi di provare un'altra strada.

Mi chiesi allora: quando una stereotipia non va rinforzata? Quando è fine a se stessa e non ha alcuna valenza relazionale. Questa risposta mi sembrava descrivere perfettamente il caso di Alessandro.

Iniziai quindi a contrastare, delicatamente ma con decisione, il movimento con cui portava alla bocca battenti e strumenti, arrestando la sua

mano e accompagnandola, con la mia, verso il tamburello posto innanzi a lui. L'intento, pur ingenuo, era quello di ricondurre un gesto fine a se stesso al medium della relazione - l'elemento sonoro/musicale - che cercavo di sviluppare. Alessandro non tardò a manifestarmi la sua indisposizione. Spesso, in questa circostanza, produceva ripetuti sbuffi con la bocca e, contestualmente, prese a oscillare il busto in avanti e indietro. Iniziò, inoltre, a far dondolare uno strumento - il djembe o il piatto -, forzandone sempre più l'equilibrio, fino a farlo cadere a terra con gran rumore, accompagnato da una fragorosa risata, breve ma di elevata intensità. Anche quando riprendeva a percuotere lo strumento, entro i successivi 2-3 minuti improvvisamente gettava a terra il battente con cui stava suonando.

Il diniego di una stereotipia non solo ne metteva in moto altre, ma diveniva fonte di stress.

Mi sentivo di nuovo frustrato, smascherato e invalidato nel mio proposito di arginare forzatamente le stereotipie di Alessandro. Senza rendermene davvero conto avevo negato il suo bisogno di ripetizione, rinunciando anche a sfruttare tale bisogno per riempire di nuovi contenuti quel movimento stereotipato. Mi resi conto che la frequenza con cui Alessandro portava alla bocca un oggetto per succhiarlo cresceva invece di diminuire; il vissuto emotivo che accompagnava tale comportamento diveniva tanto più teso quanto più trovava un ostacolo; anche quando riuscivo a bloccare quella stereotipia, pochi istanti dopo se ne manifestavano altre.

Giunto quasi al termine del percorso, segnato dalle due principali tappe che ho descritto, mi ritrovai a valutare diversamente i risultati ottenuti nel corso delle prime otto sedute e, ancor più, la proposta che li aveva favoriti.

La lieve diminuzione - in termini quantitativi - nel manifestarsi delle stereotipie (e in particolare quella di succhiare gli oggetti) era, col senno di poi, un risultato incoraggiante. Fatto ancora più importante, il ricalco del gesto stereotipato attraverso una precisa sequenza sonoro-musicale aveva contribuito a rinforzare

il legame intersoggettivo tra terapeuta e paziente, connotandolo di una dimensione espressiva e positiva, laddove il diniego evocava una dimensione di rigida costrittività e di direttività, che suscitava, tutt'al più, una reazione di chiusura nei miei confronti.

Tale esperienza riempì per me di ulteriori significati la seguente affermazione: "...si riconosce un'intenzionalità sussistente in ogni stereotipia [...] e che consiste, in mancanza di oggetti, nell'investire tutta la vita psichica in un frammento, gesto o parola che diviene a sua volta elemento per l'altra ripetizione (Blanc, 2001)".

Ecco perché, come ammonisce Benenzon, in musicoterapia non bisogna mai stancarsi di ripetere. Il musicoterapista non può permettersi di liquidare come "tipico" del comportamento autistico una traccia così importante e presente nella sua vita. Non può pensare di provare a trasformarlo in qualcosa d'altro prima di averlo compreso a fondo. Prima ancora che nell'ambito del cambiamento, la musicoterapia trova il suo senso di essere nella dimensione dell'ascolto, del riconoscimento, della comprensione.

Il caso di Federica: la ripetizione come stabilità del setting

In ambito musicoterapico il setting è stato definito da Postacchini come "il luogo fisico con la sua prefissata disposizione di oggetti, mantenuta sempre costante nel tempo e limitata allo strumentario strettamente indispensabile, come condizione necessaria ma non sufficiente per poter svolgere un lavoro terapeutico (Postacchini, 2004)". All'interno del concetto di setting ritroviamo inoltre lo stato mentale del terapeuta, la sua disposizione mentale ad un ascolto empatico con il proprio paziente.

La natura del setting musicoterapico è quindi, insieme, fisica, psicologica e sonoro-musicale; il setting è una cornice che delimita spazi, tempi e comportamenti. In altre parole, si può dire che "il setting combina e integra la funzione paterna (proporre e custodire le regole, far rispettare i confini e di conseguenza farsi carico

Bibliografia

■ **Benenzon R.**

Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 2005.

■ **Blanc C.**

Prospettive antropologiche in musicoterapia: la "ripetizione" come universale musicale ed espressione autistica. In Lorenzetti L.M., Suvini F., a cura di, *Prospettive in musicoterapia. Studi, ricerche, transdisciplinarietà*, Franco Angeli, Milano, 2001.

■ **Bruscia K.**

Modelli-Metodi di improvvisazione in musicoterapia, Ismez, Napoli, 1987.

■ **Ciampi P.**

Note sul pensiero di Michel Imberty. In Manarolo G., *Manuale di Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.

■ **Deleuze G., Guattari F.**

Sul ritornello. In Millepiani. Capitalismo e schizofrenia. Sez. III, Castelvecchi, Roma, 1997.

■ **Freud S.**

Aldilà del principio di piacere (1920). In Freud, *Opere 1905/1921*, I Mammut, Newton Compton, Roma, 1992.

■ **Imberty M.**

La musica e l'inconscio. In *Enciclopedia della musica II*, Il sapere musicale, Einaudi, Torino, 2002.

■ **Imberty M.**

La musica e il bambino. In *Enciclopedia della musica II*, Il sapere musicale, Einaudi, Torino, 2002.

■ **Imberty M.**

Suono, emozioni, significati, Clueb, Bologna, 1986.

■ **Lecourt E.**

La musicoterapia, Cittadella, Assisi, 1992.

■ **Meyer L.B.**

Emozione e significato nella musica, Il Mulino, Bologna, 1992.

■ **Montinari G.**

Terapie espressive e strutture intermedie. In *Musica & Terapia*, Cosmopolis, Torino, 2004.

dell'aggressività che ne deriva, facilitando la trasformazione delle fantasie e degli impulsi aggressivi in qualcosa che si può utilizzare creativamente) con la funzione materna (accogliere, proteggere lo spazio terapeutico ed essere disponibili a sentire insieme al paziente)" (Vizzano, 2005).

Il riconoscimento e l'interiorizzazione del setting da parte del paziente è spesso, in musicoterapia, un obiettivo più che un dato di partenza. Affinché il paziente riesca a riconoscere nel setting un luogo – fisico e mentale – affidabile, il terapeuta dovrà prestare la massima attenzione alla stabilità degli elementi che compongono il setting. Come riporta efficacemente Edith Lecourt, "...ogni cambiamento del luogo e/o del materiale costituisce un attacco alla cornice, un suo indebolimento e determina una ricerca di senso (Lecourt, 1992)".

Come afferma Montinari (2004), è precisamente perché il setting è un luogo fortemente strutturato che, al suo interno, viene favorita e permessa una destrutturazione, che spesso culmina nella regressione a stati infantili dello sviluppo della persona.

Se il setting è (auspicabilmente) il luogo del cambiamento, tale cambiamento potrà avvenire solo all'interno di un quadro di riferimento chiaro, stabile, che si ripeta nei tempi (ora e giorno della seduta), nei luoghi (la stanza), negli "attori" (terapeuta e paziente), nella tecnica (attiva/recettiva) e nel materiale (strumentario musicale).

La storia di Federica ci parla di ciò che può accadere quando il setting perde la sua stabilità.

La diagnosi di Federica è di alterato sviluppo psicologico, stereotipie, ritardo mentale grave con compromissione comportamentale che richiede attenzione e trattamento. Federica è molto migliorata rispetto a quando entrò nel Centro Diurno, alcuni anni prima, e l'obiettivo del raggiungimento dell'autonomia di base è stato realizzato. Tuttavia sono presenti crisi isteriche, il livello dell'umore è spesso sommerso, mostra spesso difficoltà nell'espressione verbale. Manifesta ansia da

prestazione: si chiude di fronte alle consegne direttive, diviene sfuggente.

Insieme alla Direttrice del Centro e al musicoterapeuta decidiamo di avviare un ciclo di 4 incontri di osservazione per effettuare una valutazione musicoterapica di Federica, seguiti da 7 sedute a cadenza settimanale.

La stanza individuata per le sedute è la medesima in cui Federica, da tre mesi, prende parte alle attività di psicomotricità. A partire dal quarto incontro di osservazione e nel corso delle successive sedute, emergono alcuni episodi che portano ad ipotizzare che Federica percepisca una consistente ambiguità in rapporto al setting. Eccoli, di seguito:

- nel corso della quarta seduta di osservazione, dedicata all'ascolto di alcuni brani, Federica, non appena entrata, si dirige verso l'armadio in cui vengono riposti i materiali utilizzati con la psicomotricista ed estrae un palloncino;
 - nel corso della prima seduta Federica avvia una produzione vocale spontanea, cosa che non aveva mai fatto nei precedenti incontri di osservazione; pochi giorni prima, nel corso della seduta di psicomotricità, aveva avviato spontaneamente una produzione vocale;
 - sempre nel corso della prima seduta di musicoterapia, Federica pronuncia la parola "microfono" mentre tiene in mano una maracas; la psicomotricista mi aveva informato che, nell'incontro precedente, avevano costruito insieme dei microfoni di carta;
 - nel corso della terza seduta, nuovamente, non appena entrata nella stanza Federica si rivolge verso un angolo della stanza ed estrae il pallone che utilizza con la psicomotricista.
- Insieme al musicoterapeuta e alla psicomotricista, formuliamo l'ipotesi che Federica tenda a riportare nella seduta di musicoterapia alcuni eventi verificatisi nelle sedute di psicomotricità. Prima che iniziassero la sedute di musicoterapia, Federica aveva infatti vissuto quella stanza unicamente nell'ambito delle attività di psicomotricità e, dunque, risulta plausibile che ora percepisse una certa ambiguità in rapporto al setting musicoterapico.

Tali circostanze ci hanno convinto del fatto

che operare all'interno di uno spazio ambiguo comporti il rischio di stimolare forme di comunicazione ambigue. Essendo lo spazio un aspetto qualificante del setting terapeutico - in quanto modifica, condizionandoli, i canali di comunicazione -, si è unanimemente deciso che in quella stanza si svolgessero solo le sedute di musicoterapia.

Si è scelto di "dare la precedenza" alla musicoterapia per due ordini di ragioni: la prima, contingente, era legata al proposito di darmi la possibilità di portare avanti e concludere la mia esperienza di tirocinio; la seconda, più profonda, fu trovata nella convinzione che la stabilità del setting, di per sé sempre importante, lo sia ancora di più nella fase iniziale di un trattamento, nel corso della quale il paziente deve orientarsi in un luogo e all'interno di una relazione di cui non conosce le regole.

L'ipotesi formulata inizialmente - circa l'ambiguità del setting - ha trovato conferma nel fatto che, a partire dalla quarta seduta di musicoterapia e per le sedute successive, Federica non ha più introdotto oggetti o situazioni sperimentate nel corso delle sedute di psicomotricità. Si può pensare, dunque, che uno spazio chiaro, ordinato, leggibile abbia rappresentato per Federica un importante punto di riferimento, fornendole informazioni precise su ciò che accadeva o sarebbe potuto accadere in quella stanza.

Lo spazio, quale dimensione del setting, prima ancora di condizionare e modificare i canali di comunicazione è già, esso stesso, parte della comunicazione che il terapeuta rivolge al paziente.

È quella cornice protettiva e rassicurante che il terapeuta mette a disposizione del paziente affinché egli possa sentirsi libero di esprimersi al suo interno.

segue Bibliografia

- **Moretti G.**
Il grave handicappato mentale, Armando, Roma, 1982.
- **Morin E.**
Il Metodo 3. La conoscenza della conoscenza, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- **Pigozzi L.**
Voci smarrite. Godimento femminile e sublimazione, Antigone, Torino, 2011.
- **Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.**
Musicoterapia, Carocci, Roma, 1997.
- **Postacchini P.L., Bonanomi C.**
Riflessioni sull'analisi delle percezioni amodali e delle trasformazioni transmodali. In *Musica & Terapia*, Cosmopolis, Torino, 2004.
- **Ruwet N.**
Langage, musique, poésie, Ed. du Seuil, Paris, 1972.
- **Schenellenberg E.G.**
Expectancy in melody: test of implication-realization model. In *Journal of Experimental Psychology: General*, 2002, Vol. 131, No. 4, 511-537.
- **Serafine M.L.**
I processi cognitivi in musica. In Lorenzetti L. M., Antonietti A., a cura di, *Processi cognitivi in musica*, Angeli, Milano, 1986.
- **Sloboda J.**
La Mente musicale, Il Mulino, Bologna, 1988.
- **Stern D.**
Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- **Tafari J.**
La mente musicale. Educare l'intelligenza musicale. In *Musica & Terapia*, Cosmopolis, Torino, 2004.
- **Trehub S.E.,**
The developmental origins of musicality, *Nature Neuroscience*, 6 (7) luglio 2003.
- **Vizzano G.**
Setting musicoterapico: cornice e palcoscenico, Tesi di Diploma in Musicoterapia, 2005.



IL MUSICALE IN MUSICOTERAPIA: ANALISI DI UN INTERVENTO DI GRUPPO

Roberto Bolelli

Musicista, Musicoterapista, Bologna

The paper presents a music therapy treatment, conducted within a group of patients of a Psychiatric Day Unit in Bologna. The activity alternates sessions of sonorous improvisation and music listening, in which the participants live musical experiences based on both 'closed' and 'open' shapes. The author try to trace out the assumptions for a musical 'map' of the music therapy intervention, by the perspective of the common musical experience above all, and underlines the importance of timbre, as a kind of 'adhesive' between the other sound parameters.

Il laboratorio di musicoterapia presso il Centro Diurno Psichiatrico "La Terra dei Girasoli" di S. Giovanni in Persiceto (ASL di Bologna) è stato attivato nel 2001. L'attività consiste in un'alternanza di sedute d'ascolto, in cui a turno i pazienti portano la propria musica per condividerla nel gruppo, e sedute di pratica improvvisativa sullo strumentario acquistato dalla struttura: in tal modo i partecipanti vivono esperienze di forme sonore aperte e chiuse (Bolelli, 2007). Le sedute, a cadenza settimanale, hanno una durata di circa 50-55 minuti, con una presenza media di 5 pazienti, più un operatore della struttura e, occasionalmente, qualche tirocinante. Negli ultimi 3 anni, su esplicita richiesta di alcuni utenti, sono state audioregistrate tutte le sedute d'improvvisazione, con riascolto immediato; in tutte le sedute viene stimolata la verbalizzazione da parte di ogni componente del gruppo. Il modello principale di riferimento è l'armonizzazione dell'handicap di Postacchini (2001).

Mi sono chiesto se sia possibile realizzare una mappatura della forma sonora delle sedute, in relazione ai vari parametri, come premessa alla definizione degli aspetti terapeutici. Nella competenza comune che caratterizza l'approccio che per lo più osserviamo (Stefani, 1982), la forma sonora può essere più utilmente descritta attraverso una 'traduzione' dei parametri accademici, non solo correlandoli a tutti gli

Mi sono chiesto se sia possibile realizzare una mappatura della forma sonora delle sedute, in relazione ai vari parametri, come premessa alla definizione degli aspetti terapeutici

altri elementi extra-musicali (sociali, culturali, biologici, estetici, percettivi, emotivi), ma quasi ridefinendoli attraverso questi. Nella presente relazione mi limiterò a tracciare alcuni concetti che ritengo basilari per intraprendere un lavoro del genere.

Nella prospettiva della competenza comune, i parametri più significativi dell'esperienza sonora sembrano essere il timbro, oltre all'intensità e alla dinamica, che del timbro possono intendersi una connotazione (Postacchini e AA.VV., 2001). Aggiungerei che anche alcuni elementi riferibili all'agogica sembrano connotare il timbro (pensiamo all'associazione che quasi sempre si fa tra il piano e il rallentando e tra il forte e l'accelerando, in una sorta di 'gioco' cinestesico). La durata, nel suo senso più sostanziale, in termini di raggruppamenti ritmici, metro, pulsazione, sembra appartenere di più ad un'esperienza musicale di tipo consapevole, specialistica, seppure apparentemente 'tenere il tempo' sia un concetto abbastanza comune e condiviso. A maggior ragione, i parametri riferibili alle altezze, dunque la melodia, ma, soprattutto, l'armonia, sono concetti di un certo livello tecnico. Seppure la melodia nella competenza comune è un elemento di cui si ha una certa consapevolezza, a mio parere si osserva spesso una costruzione di tipo timbrico, come se le cellule melodiche, più che riferibili alle altezze, provengano da una sorta di 'tavolozza' di colori (che il timbro sia un po' il colore della

musica è un concetto ampiamente utilizzato in musicologia).

A proposito di 'armonia', capita spesso di osservare come la chitarra venga suonata, da chi non ne ha competenza specifica, con un ipnotico "su e giù" delle dita o del plettro sulle corde a vuoto: più che un'armonia, come sarebbe da intendersi in termini strettamente tecnici, sembra essere una specie di cluster, in cui appunto l'elemento timbrico costituisce il feedback principale nell'esperienza sonora di chi compie questa performance, rinforzato da elementi sinestesici di tipo tattile e cinestesici, secondo il tipo di gestualità che per ciascuno può assumere valore personale, culturale, sociale affettivo-emotivo, con simbolismi e rappresentazioni varie (Bolelli, 2006).

In realtà vediamo come nella stessa esperienza colta l'armonia presenti un riferimento al timbro: il concetto di accordo-timbro è presente nella storia della musica, da Debussy in poi (Risset, 2002; Ciampi, 2005).

Ma è soprattutto nella competenza comune che tutto ciò assume una certa rilevanza. Ce ne dà un ottimo esempio Pietro, che è il caso clinico che vorrei mettere in maggiore evidenza: Pietro, affetto da schizofrenia organizzata, all'inizio della sua partecipazione nel gruppo soleva costruirsi una specie di batteria, mettendo insieme vari pezzi dello strumentario;

Nella prospettiva
della competenza
comune, il parametro
più significativo
dell'esperienza
sonora sembra
essere il timbro

invece, negli ultimi anni ha suonato soprattutto la chitarra, pur avendo provato diversi strumenti (la pianola, per esempio). In realtà osservando lo stile esecutivo di Pietro, nel suonare la 'batteria', (che per sua natura rimanda di più al ritmo come parametro sonoro principale) la musicalità del paziente pareva essere mossa di più da elementi timbrici e, come detto prima, dal rinforzo costituito dalle variazioni d'intensità, ovviamente, e quindi dai diversi livelli di energia spesi nel gesto sonoro; in questo modo Pietro, almeno nei momenti in cui non si lasciava andare alle sue derive percussive di grande intensità, più che dei raggruppamenti ritmici, costruiva quasi delle melodie senza melodia.

Mettiamo adesso a confronto due personalità forti che si sono succedute nel gruppo in epoche diverse. Pamela (diagnosi: disturbi della personalità con aspetti isterici), ha segnato una presenza forte all'interno del gruppo, ma senza esercitare, come Pietro, una chiara leadership, sostanzialmente positiva e riconosciuta dagli altri, molto accentratrice, in continuo contrasto con quasi tutti, anche attraverso frequenti atteggiamenti di squalifica verso le scelte altrui e l'attività in generale, Pamela aveva uno stile motorio fatto di scatti e accelerazioni; quando però si metteva alla pianola, acquistava spesso una certa fluidità e armoniosità dei movimenti (e conseguentemente una maggiore integrazione nel gruppo), ricercando delle cellule melodiche per lo più rilassate. Anche in questo caso l'impressione è che il timbro rivesta una certa importanza nelle scelte sonore di Pamela, impressione avvalorata dalle musiche da lei proposte nelle sedute d'ascolto: Enya e altre musiche cosiddette 'celtiche', la cui caratteristica principale è costituita da questi suoni un pò 'liquidi', con arpe, chitarre acustiche e campionature di tastiere elettroniche che ricordano quei suoni.

Pietro esprime sicuramente una musicalità più ricca e variegata, utilizzando l'esperienza sonora in modi differenti a seconda dei casi: scarica energetica (la 'batteria'), adesione a modelli

Bibliografia

■ Bolelli R.

The blue chords in rock music: some possible meanings, negli atti della IX International Conference on Music Perception and Cognition, Università di Bologna, 2006.

■ Bolelli R.

Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo nel centro diurno psichiatrico di Oderzo (TV); in *Musica&Terapia* n. 15, Cosmopolis, Torino, 2007.

■ Ciampi P.

Aspetti timbrici in musica e in Musicoterapia; in *Musica&Terapia* n. 11, Cosmopolis Torino, 2005.

■ Gentile O.

Esperienze di Musicoterapia in un Centro Diurno Psichiatrico. Tesi di diploma del Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi (Relatore, Prof. A. Ricciotti), 2009.

■ Imberty M.

Suoni, Emozioni Significati – Per una semantica psicologica della musica; a cura di L. Callegari e J. Tafuri, CLUEB Bologna, 1986.

culturali e sociali (l'imitazione del rock e del blues alla chitarra), creatività estetico-artistica, integrazione con l'identità sonora altrui nei dialoghi a due e nei 'tutti'. Ma, come detto, Pietro, ancora più di altri usa la sua tavolozza timbrica con grande impatto affettivo-emozionale.

Qui non c'è lo spazio per andare più a fondo in quest'analisi sonora del gruppo e dei suoi componenti, ma mi pare che abbiamo visto come il timbro possa fare quasi da 'collante' tra gli altri parametri sonori. Ciò può essere vero, in generale, per la costruzione della forma musicale: l'orchestrazione (o il sound nelle moderne musiche extra colte) dà corpo sonoro alle durate e alle altezze; ma soprattutto ciò vale nel nostro lavoro, quando cerchiamo d'interpretare esperienze sonore generate dalla competenza comune, nelle quali la dimensione percettivo-emozionale ha un ruolo primario.

Negli ultimi anni P.L. Postacchini ha provato a suggerire la costruzione di partiture ad hoc, per descrivere la forma sonora di una seduta, anche partendo dal fatto che l'analisi del musicale in musicoterapia presenta ancora profonde lacune. Sarebbe interessante raccogliere l'invito di Postacchini, pur con le difficoltà che un'impresa del genere comporta.

segue **Bibliografia**

■ **Juslin P.N., Sloboda J.A.**

Music and Emotion: Theory and Research.
Oxford University Press, 2001.

■ **Manarolo G.**

L'angelo della musica – Musicoterapia e disturbi psichici, Omega Torino, 1996.

■ **Manarolo G.**

Manuale di musicoterapia – Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia, Cosmopolis Torino, 2006.

■ **Postacchini P.L.**

In viaggio attraverso la Musicoterapia – Scritti di musicoterapia, Cosmopolis, Torino, 2006.

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

Musicoterapia, Carocci, Roma, 2001.

■ **Risset J.C.**

Il Timbro. In J.J. Nattiez (Ed.), *Enciclopedia della Musica: Volume II. Il sapere musicale*. Einaudi, Torino, 2002.

■ **Stefani G.**

La competenza musicale, CLUEB, Bologna, 1982.

■ **Stefani G., Marconi L.**

La melodia, Strumenti Bompiani, Milano, 1992.

■ **Stefani G., Marconi L., Ferrari F.**

Gli intervalli musicali, Strumenti Bompiani, Milano, 1990.

recensioni

a cura di Luca Zoccolan



Giovanni Allevi,
Classico Ribelle,
Rizzoli, Milano, 2011.

Se per un attimo abbandoniamo il narcisismo e quel po' di megalomania che hanno sempre accompagnato il cammino di

questo stravagante musicista dei nostri tempi, possiamo cogliere, alla luce della musicoterapia, il messaggio di Allevi con il giusto rispetto e interesse. Il pensiero musicale del suo Autore a ragione può essere discusso dal momento che in gioco c'è "il parricidio" dei compositori del passato e si parla erroneamente della musica classica come di qualche cosa di lontano dal presente e di poco attuale, quando in realtà le composizioni con i loro autori si sono imposte nella tradizione mondiale meritatamente in seguito a un graduale processo di storicizzazione consacrato arbitrariamente proprio dal pubblico che le ha riconosciute e volute nel proprio spazio vitale.

Allevi ci parla di superamento. Ma da chi e da che cosa? Superare la musica classica in nome di una nuova musica classica? Bizzarro! La musica classica è un pilastro su cui poggiano tante aperture e rivoluzioni musicali moderne e contemporanee; basta pensare ai Beatles e ai fraseggi bachiani che trapelano dalle loro storiche melodie. Che bisogno ci sarebbe di proporre una nuova musica classica? Non sarebbe più consono parlare di musica ricercata, spirituale o quant'altro la discosti da quella che è stata ed è, tuttora, un modello per tutto l'occidente? Ma accantoniamo riflessioni che ci allontanano dal vero spirito che necessita questa lettura.

La ribellione, che è il filo conduttore che domina le pagine di questa personale narrazione, si genera grazie a un fattore che il musicoterapista conosce molto da vicino: il conservatorismo. Attenzione, parlo di un atteggiamento conservatore e non di tradizione, sono due cose completamente distinte e separate. Posso accogliere una tradizione musicale con spirito aperto e riflessivo, ispirandomi a modelli da conoscere e assimilare senza per questo essere un conservatore.

Il conservatorismo è più un atteggiamento, una condotta dettata da pregiudizi e giudizi insindacabili e cristallizzati che aprono una profonda ferita nel cuore del nostro Autore e che, a ogni livello, creano oppressione e tensione. Ed è la tensione ciò di cui è portavoce Allevi, che vive la musica con una fisicità e un vissuto corporeo che sono al centro del suo fare e del suo sentire. L'esperienza di Allevi che vive quotidianamente le due facce dell'arte, l'insulto e l'applauso, ci ricorda quanto la musica possa divenire un'arma a doppio taglio. Se la libera espressione di Allevi deve fare i conti con quel senso di prestazione capace di alimentare la nevrosi e talvolta persino il panico, la musicoterapia si fa interprete di un pensiero psicologico, musicale ed esistenziale che spesso si confronta con una pedagogia conservatrice che tende a promuovere lo sforzo prestazionale che, a volte, invece di incentivare la crescita espressiva e creativa e vitale dell'individuo la inibisce.



A cura di
Mercédès Pavlicevic,
La musicoterapia negli Hospice per l'infanzia,
 Cittadella editrice,
 Bologna, 2007.

Il testo di cui disponiamo
 oggi non esisterebbe se

negli anni '90 i coraggiosi e collaborativi musicoterapisti del Jessie's Fund non avessero documentato e testimoniato l'intensa e toccante esperienza acquisita lavorando con bambini nelle fasi terminali di patologie invalidanti. Questi racconti, se letti con attenzione e profonda empatia, ci consentono di supervisionare per un attimo la nostra coscienza e renderci consapevoli del senso che porta con sé la musicoterapia anche laddove apparentemente il suono sembra un ossimoro che fa da contrasto al silenzio della signora morte. La speranza dell'operato sonoro-musicale, come ci mostrano le varie storie, può vivere dopo il lutto nel presente delle persone care che conservano il ricordo di un attimo fuggente all'insegna del suono che rimane impregnato della poesia e della leggerezza di un movimento vivo, indelebile, atemporale. A impreziosire questo libro c'è l'introduzione, sempre puntuale e originale, di Postacchini, che lo presenta al lettore con entusiasmo dato il contributo scientifico che offre al "difficile" campo applicativo della musicoterapia, senza tralasciare il moto interiore che arricchisce queste pagine di una profonda valenza emotiva che sanno scuotere anche l'animo più riservato su un tema scomodo ma inevitabile ed ineludibile. Buona lettura...



A cura di
François Delalande,
 La nascita della musica.
 Esplorazioni sonore nella
 prima infanzia,
 Franco Angeli, Milano, 2009.

Questa raccolta di testi,
 curata da uno dei più

affermati esperti di pedagogia musicale, è il frutto di un coscienzioso lavoro d'équipe supportato dalla passione e dalla competenza del Centro Studi musicale e sociale Maurizio Di Benedetto e dalla disponibilità operativa della cooperativa sociale "La linea dell'arco" di Lecco. L'indagine, indirizzata nell'ambito dell'età evolutiva ed effettuata in cinque servizi territoriali al fine di arricchire gli orizzonti della pedagogia musicale con un'attenzione particolare per la genesi delle condotte musicali, da una parte è il frutto di un approccio osservativo di tipo sperimentale, con tanto di raccolta dati, grafici e quant'altro consenta un quadro dettagliato oggettivamente descrivibile, dall'altra è un viaggio nella coscienza dell'operatore che vive la relazione col bambino consapevole dell'influenza che può esercitare nel suo spazio-tempo. Leggendo questo affascinante testo e lasciandosi travolgere dalle riprese video, che non possono che emozionare qualunque tipo di amatore musicale esperto e non, la dimensione ludica acquisterà dei contorni ben diversi da quelli abituali proposti dall'educazione tradizionale. Nella "nascita della musica" il senso stesso maieutico di educere trova la giusta collocazione! I video dimostrano come il gioco libero del bambino possa divenire uno spazio

recensioni

a cura di Luca Zoccolan

esplorativo unico se ci si affida al suono come mediatore relazionale in grado di motivare i passi autonomi ed esplorativi verso la fonte sonora avendo come contrasto il silenzio e l'attesa dell'operatore che non interferisce nel cammino del piccolo musicista se non per suggerire ed aprire alle più svariate possibilità sonore. Questa capacità di aprire, potenziare, incrementare le condotte esplorative, senza indurle forzatamente, è la qualità principale che un musicoterapista dovrebbe acquisire negli anni con l'osservazione e l'esperienza e il senso profondo di ogni terapia che voglia definirsi tale. Questo testo per quello che offre tecnicamente ed intimamente dovrebbe accompagnare la formazione dei musicoterapisti delle scuole CONFIAM.



John Blacking, (1983) Com'è musicale l'uomo?, Edizioni Unicopli, Milano, ed. or. (1973) How musical is man?, University Press, Seattle-London.

L'opera è costituita da una presentazione di Giorgio

Adamo, da una nota del curatore, Francesco Giannattasio, da una prefazione e quattro capitoli.

Nella presentazione viene messo in luce il tema centrale del saggio: il concetto di musicalità come competenza universale della specie umana: il posto che occupa la musica nella vita dell'uomo e come funzionano i principi di organizzazione del suono in rapporto ai fattori biologici, sociali e culturali.

L'approccio di Blacking, di stampo etnomusicologico, si colloca nel solco della ricerca dei rapporti fra natura e cultura, fra testo e contesto, fra suono organizzato e cultura. L'Autore viene influenzato da Chomsky e Schenker nella postulazione di due livelli di profondità della musica, parimenti al linguaggio: una struttura profonda legata ai processi biologici innati ed una di superficie, culturalmente determinata da gruppo di appartenenza.

Nella nota del curatore del volume si chiarisce che il lavoro riporta i testi di alcune conferenze tenute da Blacking all'università di Washington e che non va quindi visto come un manuale con trattazione organica.

Lo scenario di riferimento è il Sud Africa e lo studio riflette l'analisi delle produzioni musicali della popolazione Venda del Nord

Transvaal, in relazione alle loro esperienze musicali e sociali. Lo scopo è quello di definire i fenomeni musicali in rapporto ai processi e ai comportamenti che li determinano. Come suono umanamente organizzato, la musica si distingue dal linguaggio verbale, in quanto crea un nuovo universo virtuale, è un tratto umano universale, ma non può essere trasmessa o avere significato al di fuori di uno specifico contesto socio-culturale.

Nella prefazione l'Autore ribadisce le origini biologiche e sociali del musicale e di come, nella popolazione Venda, la musica sia diventata parte integrante dello sviluppo mentale e fisico di un'armonica vita di relazione.

Nel primo capitolo si definisce l'ambito di studio dell'etnomusicologia, che abbraccia lo studio dei diversi sistemi musicali esistenti nel mondo, con l'obiettivo di costituirsi come metodo e non solo campo di studi specifici. L'Autore prende le distanze da analisi comparative di varie culture musicali, basandosi solo ed esclusivamente sul suono. Analogamente al linguaggio, in cui il rapporto tra struttura profonda e di superficie non è solo il prodotto di una disposizione di parole secondo schemi appresi in contenitori grammaticali, così la musica non è semplicemente una sequenza di suoni organizzati. Dobbiamo in ogni caso fare riferimento ai processi cognitivi soggiacenti ad entrambi. La visione etnomusicologica parte dall'assunto che, se la musica è suono umanamente organizzato, devono esistere dei rapporti fra le strutture dell'organizzazione umana e quelle sonore, prodotte come risultato di interazioni umane.

Il soggetto dell'indagine è quindi l'uomo il suono l'oggetto; la chiave per la soluzione

del problema è il "rapporto" fra soggetto e oggetto. Analizzando la musica Venda, basata sull'eccitazione ritmica di tutto il corpo e non sulla melodia, emerge il forte dato partecipativo sociale, fisico-motorio e interazionale della musica, unito alla componente neurofisiologica e motoria dell'esperienza sonora.

Nel secondo capitolo viene affrontato il tema del ruolo della musica e delle motivazioni che spingono alla sua esperienza grupale. I Venda apprendono i suoni della musica allo stesso modo di quelli della lingua. I canti vengono classificati tra canti propri, canti per una specifica occasione e canti adattati ed adottati. La musica per loro ha la funzione di un'esperienza comunitaria, che è parte integrante della loro vita culturale.

Secondo Blacking, se si vuole stabilire il valore di un fenomeno musicale in una società, esso va definito in rapporto alle attitudini e ai processi cognitivi implicati nella sua creazione, nonché alle funzioni ed agli effetti del prodotto sonoro nella società. Ciò implica che dovrebbero esistere strette relazioni tra: funzione, contenuto e forme musicali.

Nel terzo capitolo si analizza la musica come elemento fondante della cultura e della società. Nello sviluppo delle grandi civiltà essa è la prima ad emergere e l'ultima a svilupparsi. La sua origine è da ricercarsi nella psicologia e nell'ambiente sociale e culturale dei suoi creatori e nell'insieme dei processi che generano strutture sonore.

In aggiunta, se la musica esprime stati d'animo, dovremo aspettarci di trovare una correlazione tra questi e le strutture sonore attraverso cui si esprimono. Tuttavia, sebbene essa riveli la natura dei sentimenti, ha con la cultura legami

recensioni

a cura di Luca Zoccolan

diversi da quelli che caratterizzano le capacità descrittive del linguaggio.

È possibile che il fatto che ci sia una comune interpretazione tra ritmo e melodia e stati d'animo dell'ascoltatore (quindi corrispondenza tra significato emozionale e alcuni intervalli musicali) derivi da alcuni tratti fondamentali della fisiologia e della psicologia umane.

Sempre studiando il comportamento dei Venda si evincerebbe che la musica non solo è legata alle fasi sociali e gruppali della comunità, ma è legata ai vari avvenimenti, costituendone la rappresentazione ritmico-sonoro-simbolica.

Esiste, ad esempio, anche un simbolismo intrinseco dei tamburi che rappresenterebbero, nei loro diversi ritmi, il battito del cuore del padre, della madre e del feto. Si riscontra la presenza di musiche nazionali nei Venda, musiche matrimoniali, che hanno funzione di iniziazione e che rappresentano simbolicamente il precipitato culturale del gruppo. L'analisi deve quindi partire dal ruolo della musica, per renderci conto in che modo i modelli culturali e sociali abbiano assunto la veste di suono organizzato.

Nel quarto e ultimo capitolo l'Autore riprende il tema della musicalità umana. Essa è comprensibile solo analizzando i processi che stanno alla base della musica. Nei Venda esiste un processo di acquisizione spontanea della musica, assolutamente analogo a quello dell'acquisizione linguistica. Si tratta di un'acquisizione naturale, che riflette la way of life della popolazione e dei vari momenti del gruppo, che vengono scanditi dalla pratica musicale. I canti vengono sintetizzati dai bambini in base ad un principio di ellissi, non diverso da quello tipico del linguaggio infantile.

La creatività musicale quindi dipenderebbe dal modo in cui vengono usati e trasformati i modelli concettuali di base, che generano strutture di superficie.

Questi modelli vengono acquisiti inconsciamente, durante il processo di maturazione. Quindi le regole della loro musica non sono arbitrarie.

A livello di superficie, la creatività musicale si esprime nella composizione e nell'esecuzione, ma è nella struttura profonda del suono umanamente organizzato, nel rapporto tra biologia e socialità, tra natura e cultura, che troviamo le risposte del valore dell'esperienza sonora. Blacking sostiene che si imparerebbe molto di più dalla musica e dalla musicalità se si andasse alla ricerca delle norme fondamentali del comportamento musicale, le quali sono biologicamente e culturalmente determinate, oltre che peculiari della specie. Ciò che è più importante della musica, non può essere appreso, come si apprendono altre pratiche culturali: si tratta di qualcosa che risiede nel corpo ed attende di essere espresso e sviluppato, così come avviene per i principi fondamentali, che presiedono alla formazione del linguaggio verbale.

Le forze della cultura e della società vengono espresse sotto forma di suono umanamente organizzato perché la principale funzione della musica nella società e nella cultura è di promuovere un'umanità armoniosamente organizzata, innalzando il livello di coscienza degli uomini.

La forma musicale di base, tema/variazione, sarebbe la conferma di come le situazioni e le forze sociali si trasformano secondo i modelli culturali. La musica non è, tuttavia, un

linguaggio che descrive la società come appare, ma un'espressione metaforica dei sentimenti associati a come essa realmente è. In questo senso è un riflesso delle forze sociali e, allo stesso tempo, una risposta ad esse.

La creatività, infine, anche se sembra essere un fatto esclusivamente individuale e soggettivo, in realtà è uno sforzo collettivo e l'originalità consisterebbe nella manifestazione dell'atteggiamento esplorativo nei confronti dei materiali accumulati da una tradizione culturale. La capacità di sintesi potrebbe essere espressione di una competenza di organizzazione cognitiva, frutto di una profonda esperienza circa i rapporti esistenti fra i gruppi sociali, che usano e sviluppano le tecniche della tradizione.

L'Autore ha la convinzione che ci siano possibilità di comunicazione interculturale poiché nella musica, a livello di strutture profonde, esistono elementi comuni alla psiche umana, anche se non traspaiono nella struttura di superficie.

La musica può offrire allo studioso l'occasione di entrare nei meccanismi della mente umana senza interferenza, dal momento che opera per lo più a livello inconscio. Se si parte dal concetto che il comportamento musicale (e forse altri aspetti del comportamento umano) sia generato da insiemi finiti di regole, applicate ad un numero infinito di variabili, sarà possibile capire quali aspetti del comportamento sono specificatamente musicali, ma anche come queste variabili possono essere applicate ad altri tipi di comportamento.

In quest'opera Blacking pone le basi di un approccio etnomusicologico allo studio dei fenomeni musicali. Egli travalica i confini

dell'analisi formale del suono, recuperando una musicalità umana, che rappresenta il distillato della civiltà di un popolo. Analizzando il comportamento musicale dei Venda, l'Autore ripositiona il musicale in una dimensione sociale, interpersonale, restituendo tutta la vitalità e la corporeità del dato musicale, che rappresenta la naturale colonna sonora dell'esistenza umana.

Egidio Freddi

notiziario

Confiam (Confederazione Italiana Associazioni e Scuole di Musicoterapia)

26 maggio 2012

Giornata di studi a cura di Apim, Casa Paganini, Casa della musica, **“Musica e infanzia, percorsi di crescita e percorsi di cura”**

L'annuale Convegno Apim è dedicato all'età evolutiva e all'apporto che l'esperienza musicale può fornire sotto il profilo educativo, preventivo e terapeutico-riabilitativo

La musica possiede la potenzialità di attivare il versante emotivo-affettivo come quello cognitivo e prestazionale. Si pone quindi come una modalità espressiva e recettiva di per sé integrante tali due dimensioni fondanti la nostra specificità e in grado di favorirne lo sviluppo e l'armonizzazione. Esperienza musicale quindi non solo come apprendimento tecnico-esecutivo ma come occasione di crescita, di educazione emotiva e altresì di cura.

Negli ultimi mesi il dibattito intellettuale intorno a questa occasione perduta (la scuola sembra essersi dimenticata della musica, che viene ignorata o banalizzata) è ripreso.

Quirino Principe sul Domenicale del Sole 24 ore (11/09/2011), dopo aver ricordato che l'Italia è l'unico Stato nel mondo in cui la musica non sia insegnata in tutte le scuole di ogni ordine e rango, e non limitata alle sole scuole specializzate, ha lanciato un appello per il ripristino dell'educazione musicale in classe.

Fra i tanti che hanno aderito all'iniziativa sono significative le parole di Luigi Berlinguer (presidente del Comitato Nazionale per l'apprendimento pratico della musica):

“L'idea guida del Comitato sta nella profonda convinzione che la diffusione della musica tra

le giovani generazioni di studenti concorra in modo decisivo alla crescita individuale e sociale, in quanto linguaggio privilegiato di sentimento e conoscenza, che coinvolge allo stesso tempo il corpo, il cuore, la mente. Parimenti, sul piano metodologico e didattico, l'esperienza del “fare musica tutti”, trasforma radicalmente gli spazi e i tempi del rapporto insegnamento/apprendimento, favorendo l'introduzione della creatività, dell'immaginazione e dell'arte.”

È sul solco di queste affermazioni che si deve intendere l'impegno della Casa della Musica di Genova che, in collaborazione con quanti si stanno prodigando per la divulgazione del Sistema Venezuelano Abreu in Italia, ha progettato per la nostra città un'esperienza pilota del “Sistema delle Orchestre Giovanili e Infantili in Italia”.

L'Orchestra della Darsena, questo il nome del progetto, inizierà le proprie attività nel corso del 2012 offrendo anche a Genova un'importante occasione di crescita e di integrazione.

Il Convegno Musica e infanzia si articola fra contributi teorici ed esperienziali nel tentativo di sollecitare un momento di confronto fra gli aspetti strettamente scientifici e le prassi declinate sul territorio.

Giornata di Studi a cura di:
APIM CASA DELLA MUSICA *casa/Paganini*

con il Patrocinio di:



Comune di Genova

Confiam

(Confederazione Italiana scuole
e associazioni di musicoterapia)

musica e infanzia

Percorsi
di crescita
e percorsi
di cura.



26 maggio 2012

Casa Paganini

Piazza Santa Maria in Passione, 34 - Genova

articoli pubblicati

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

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

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

Dalle pratiche musicali umane alla formazione professionale (M. Spaccazocchi) • Formarsi alla relazione in Musicoterapia (G. Montinari) • Formarsi in Musicoterapia (P.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. Schiavoni) • Musicoterapia post partum (A. Auditore, F. Pasini).

■ Numero 4, Luglio 2001

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

■ Numero 5, Gennaio 2002

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

■ Numero 6, Luglio 2002

Relazione, disagio, musica (M. Spaccazocchi) • 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 Spaccacozchi) • 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 musico-arte-terapia e tossicodipendenza (F. Prestia)

■ Numero 13, Gennaio 2006

La Psicologia della musica: il punto, le prospettive (G. Nuti) • John Cage: caso vs. improvvisazione (C. Lugo) • La composizione in musicoterapia (A. M. Gheltrito) • Musicoterapia preventiva in ambito scolastico: un programma sperimentale per lo sviluppo dell'empatia (E. D'Agostino, I. Ordiner, G. Matricardi) • Musicoterapia e Riabilitazione: una esperienza 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 ospitalieri 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 sonoro-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. Principe)

■ 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 musicoterapia (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. Spaccazocchi) • Apprendimenti musicali e sistema specchio (M. Mazzieri, M. Spaccazocchi) • 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)

■ Numero 24, Luglio 2011

La ricerca in musicoterapia: dati quantitativi e qualitativi (R. Caterina) • La ricerca in musicoterapia: lineamenti, tematiche e prospettive (M. Biasutti) • Musicoterapia e Danzaterapia nel trattamento dei disturbi dell'equilibrio in pazienti con sclerosi multipla: studio su due pazienti (C. Laurentaci, M.R. Lisanti, A. Dasco, G. Guida) • Sviluppo di una sequenza sonora/musicale da impiegare come strumento d'indagine nella fase di valutazione musicoterapica (G. Manarolo, S. Piattino, C. Lorenzi, F. Pirillo, G. Del Puente).

norme redazionali

I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare il file relativo, redatto con Word, in formato .doc, al seguente indirizzo di posta elettronica: manarolo@libero.it

L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.

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.

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.