

**Associazione professionale italiana musicoterapisti
Corso triennale in musicoterapia di Genova**

MUSICOTERAPIA E DEMENZA DI TIPO ALZHEIMER

**Questioni epistemologiche, cliniche e di
ricerca**

RELATORE:

GERARDO MANAROLO

CANDIDATO:

OLMO ANDRES MANZANO AÑORVE

ANNO ACCADEMICO 2016\17

INDICE

INTRODUZIONE - COSA *NON* E' LA MUSICOTERAPIA..... p.5

PARTE PRIMA

CAPITOLO 1- DEFINIZIONE DI UNA DISCIPLINA ANCORA IN
EVLUZIONE..... p.13

1. Come definire la musicoterapia
- 1.2 Definire la musica in un contesto terapeutico
- 1.3 Definire la terapia con la musica
 - 1.3.1 Il cliente
 - 1.3.2 Il terapeuta
 - 1.3.3 Le finalità
- 1.4 Analisi critica della definizione di musicoterapia secondo Kenneth
Bruscia

CAPITOLO 2- DEFINIZIONE UFFICIALE E I PRINCIPALI “MODELLI”
INTERNAZIONALI.....p.28

- 2.1 La attuale definizione ufficiale
- 2.2 I principali “modelli” internazionali
- 2.3 Una distizione fondamentale

CAPITOLO 3- PRESUPPOSTI TEORICI DELLA MUSICOTERAPIA IN
UN'OTTICA MULTIDISCIPLINARE..... p.43

- 3.1 I fondamenti scientifici: presupposti imprescindibili per lo sviluppo della
musicoterapia
- 3.2 Le peculiarità dell'elemento sonoro\musicale
- 3.3 L'ambiente intra-uterino
- 3.4 Le prime acquisizioni
- 3.5 Le prime interazioni
- 3.6 La condivisione degli stati della mente
- 3.7 La necessità di una integrazione multidisciplinare

CAPITOLO- 4 LA MUSICOTERAPIA IN ITALIA.....p.61

- 4.1 Dai primi sviluppi alle attuali posizioni
- 4.2 Analogie e differenze tra i “modelli” italiani
- 4.3 La proposta teorico-applicativa di Gerardo Manarolo
 - 4.3.1 Le qualità del mediatore sonoro/musicale nella relazione musicoterapica
 - 4.3.2 La musicoterapia per Manarolo: una proposta di sintesi
- 4.4 I principali ambiti applicativi
- 4.5 Le principali tecniche musicoterapiche
 - 4.5.1 La tecnica attiva
 - 4.5.2 La tecnica recettiva
- 4.6 L'importanza della verifica: dai risultati ottenuti ai processi attivati

PARTE SECONDA

CAPITOLO 5- LA SPECIFICITA' DELL'INTERVENTO MUSICOTERAPICO
NEL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA DI TIPO ALZHEIMER..... p.88

- 5.1 Alcuni cenni sulla definizione dell'*Alzheimer Disease*, sulle sue caratteristiche epidemiologiche, anatomopatologiche e cliniche
- 5.2 I sintomi non cognitivi dell'AD
- 5.3 Specificità dell'intervento musicoterapico nell'attenuazione dei sintomi psichiatrici e comportamentali nella letteratura internazionale
- 5.4 Distinzione tra stimolazione musicale e musicoterapia nel trattamento delle demenze

CAPITOLO 6 - LA RICERCA IN MUSICOTERAPIA.....p.107

- 6.1 I limiti e le problematiche della ricerca in musicoterapia
- 6.2 Il ruolo della formazione
- 6.3 Il ruolo della pratica clinica
- 6.4 Il ruolo della ricerca

CAPITOLO 7- IL TIROCINIO: LA MUSICOTERAPIA NEL PROTOCOLLO
DI INTERVENTO DELL'EQUIPE DEL “NUCLEO ALZHEIMER”

DELL'ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO.....	p.114
7.1 La struttura dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cr)	
7.2 La pratica clinica dell'equipe di Alfredo Raglio	
7.2.1 Una proposta di “musicoterapia attiva-improvvisativa marcatamente relazionale”	
7.3 L'attività di ricerca nelle demenze dell'equipe di Alfredo Raglio	
7.4 L'osservazione e la verifica dei risultati in un'ottica quali-quantitativa	
7.5 Gli strumenti di osservazione realizzati	
7.6 L'esperienza personale di tirocinio	
CAPITOLO 8- CONCLUSIONI.....	p.137
8.1 La necessità di un circolo virtuoso risorse-clinica-ricerca	
8.2 L'attività dell'equipe di Sospiro come possibile paradigma per lo sviluppo della disciplina in Italia	
RINGRAZIAMENTI.....	p.143
BIBLIOGRAFIA.....	p.144

Dedico questo lavoro di tesi ai miei nonni, ai nonni di mia figlia e a tutti gli anziani del mondo, patrimonio inestimabile di saggezza e conoscenza.

INTRODUZIONE

COSA NON E' LA MUSICOTERAPIA

Negli ultimi anni l'interesse e l'applicazione di modalità espressive non verbali (la musica, la danza, il coloro e il segno) in ambito preventivo, riabilitativo o terapeutico è progressivamente cresciuto in tutto il mondo, anche in Italia. E' pur vero che il panorama delle arti-terapie, o terapie espressive, può apparire dall'esterno abbastanza confuso, evocare pratiche e filosofie *new age* e creare un certo scetticismo sia in chi si occupa professionalmente di psicoterapia sia in chi studia o si esercita in materie artistiche. Ciò può essere comprensibile, anche se molte volte queste impressioni si basano sostanzialmente su una scarsa o erronea conoscenza della materia, spesso alimentata dai media. Quindi, prima ancora di dire ciò che queste forme di terapia, ed in particolare la musicoterapia, rappresentano, sarà utile specificare ciò che esse sicuramente non sono.

Le arti-terapie non sono interventi magici, non sono terapie alternative, non sono semplicemente tecniche di rilassamento, non sono esperienze ludiche o di intrattenimento con cui fare arte o musica assieme in modo più o meno estemporaneo. Esse al contrario rappresentano interventi strutturati in una situazione terapeutica precisa e si basano su regole e controlli, come avviene in tutte le professioni cliniche già riconosciute (Caterina, 2005). La loro particolarità, in estrema sintesi, è che utilizzano materiale artistico specifico con l'intento di favorire processi di espressione, comunicazione e relazione in persone che spesso hanno difficoltà o impossibilità ad usare il linguaggio verbale. Nello specifico vedremo come la musicoterapia sia uno

strumento utile e spesso necessario soprattutto in alcune patologie specifiche, tra cui le demenze senili e in particolare in quella di tipo Alzheimer. Alla luce dei riferimenti teorici proposti sarà possibile ipotizzare che il suono e la musica attivino modalità espressive e relazionali arcaiche, probabilmente ancora presenti nella persona con malattia d'Alzheimer, recuperate attraverso un processo terapeutico condiviso e guidato dal musicoterapista. Gli studi più recenti al riguardo (Raglio, Manarolo, Villani, 2001; Manarolo 2006; Raglio 2008) evidenziano anche che, oltre ad assumere il ruolo di stimolo per le funzioni cognitive, l'intervento musicoterapico agisce su aspetti comunicativo-relazionali e affettivi che favoriscono il senso di identità e consentono il riconoscimento del mondo esterno. Da ciò può derivare un processo di armonizzazione/integrazione rispetto ai deficit prodotti dal danno neurologico, nonché una migliore regolazione della sfera emotiva della persona affetta da demenza.

Possiamo fare un'ulteriore riflessione introduttiva più generale: come ci consiglia Roberto Caterina¹, sembra evidente che il diffondersi di pratiche “non convenzionali”, alternative, esprima la risposta ad una richiesta di accudimento, richiesta spesso disattesa nei trattamenti tradizionali, richiesta d'altra parte sovente sottesa da regressive attese miracolistiche. È comunque fuor di dubbio secondo molti professionisti della relazione d'aiuto che una corretta progettazione di interventi a carattere preventivo, riabilitativo o psicoterapico può far riferimento anche a tecniche e metodi propri delle artiterapie” (Caterina, 2005). La definizione e l'applicazione di un modello musicoterapico, chiaro e verificabile, diventa però anche una questione etica legata alla necessità di fornire alle persone che lo richiedano un valido e affidabile strumento alla relazione d'aiuto nei vari ambiti e nelle varie forme che esso può

¹ Docente di psicologia della musica, della percezione e della comunicazione presso l'Università di Bologna, autore di “Cosa sono le arti-terapie”, 2005, Roma, Carocci)

assumere. Anticipando la questione relativa ai fondamenti teorico-scientifici, al principio di questa tesi proveremo a chiarire almeno in parte il concetto di musicoterapia; inizieremo quindi proprio dalle parole che lo compongono: *musica* (ossia l'elemento sonoro\musicale) e *terapia* (ossia la cura, la relazione d'aiuto professionale).

Come sottolineano vari autori (Raglio, Manarolo, Villani, 2001) l'aspetto sonoro\musicale congiuntamente alla dimensione relazionale e a quella terapeutica risultano di per sè già estremamente complessi, ancor di più in una loro reciproca integrazione. La materia musicoterapica sollecita quindi una discussione relativa a quale modello epistemologico, tra quello delle scienze naturali e quello delle scienze umane, le sia più pertinente. La questione della molteplicità delle definizioni viene affrontata nel primo capitolo, partendo dalle possibili definizioni di “musica” e di “terapia” per arrivare alle conclusioni proposte da vari autori (Bruscia, 1993; Manarolo, 2006; Raglio, 2008) riguardo un concetto di musicoterapia ancora giovane, in evoluzione e non scevro da ambiguità e apparenti contraddizioni.

Il secondo capitolo è dedicato alla questione dei presupposti scientifici. Vedremo infatti come i presupposti biologici, psicologici, storico-antropologici, l'esistenza di una diffusa pratica e di una letteratura scientifica in crescita (attinente per lo più all'ambito delle scienze umane) che ne studia applicazioni e risultati, attribuiscono a questo settore una crescente credibilità. Molto ancora deve essere dimostrato per poter definire come scientifica la disciplina musicoterapica, non vi è dubbio però che se la ricerca, unitamente alla clinica e alla formazione, seguirà la strada indicata dai primi

risultati di rilievo internazionali (cfr. rassegne della letteratura in Raglio, Manarolo, Villani 2001; Raglio, 2008) avremo presto un nuovo valido strumento clinico, allo stesso tempo scientificamente validato nei suoi passaggi analitici e capace di rappresentare un approccio olistico per paziente e per sua necessità di cura (nel senso di “care”²).

Il terzo capitolo, partendo dalla definizione ufficiale di musicoterapia del 1996³, ne fa un'analisi critica, considerando sia gli aspetti specifici e multidisciplinari che quelli più generalisti e eccessivamente onnicomprensivi. Viene poi riportata la rassegna di Raglio e Manarolo (2006) sui cinque “modelli” di MT riconosciuti in ambito internazionale. Nonostante vi siano anche altre pratiche musicoterapiche degne di rilievo gli autori si focalizzano su quelli indicati nel IX Congresso Internazionale di Musicoterapia⁴ per analizzare riferimenti teorici, le finalità e le strategie applicative di ciascuno di essi in un'ottica comparativa.

Il quarto capitolo ci introduce nel contesto italiano, riassumendo brevemente i principali orientamenti musicoterapici sviluppatasi negli ultimi 30 anni. Verrà approfondita la proposta teorico-applicativa di Gerardo Manarolo, uno dei punti di riferimento attuali nel panorama clinico e formativo italiano contemporaneo. Oltre ai riferimenti teorici, alle tecniche e alla metodologie, viene dato spazio ad una panoramica sulla grande varietà delle applicazioni cliniche della MT: nonostante solo in

2 Ci si riferisce qui alla distinzione che emerge dall'inglese “to care” (prendersi cura in senso ampio di tutte le necessità del paziente) in contrapposizione al termine “to cure” (azione del curare ridotta alle necessità strettamente medico-biologiche).

3 Definizione emersa durante il Congresso Mondiale di Musicoterapia di Amburgo del 1996, cfr. Capitolo 2.

4 IX Congresso Internazionale di Musicoterapia, avvenuto a Washington nel 1999 e durante il quale sono emersi i 5 modelli di musicoterapia più diffusi nel mondo. Per un approfondimento cfr cap. 3.

alcune regioni italiane vi sia un riconoscimento, almeno parziale⁵, al momento esistono interventi musicoterapici nelle scuole, nelle cliniche, ospedali, centri sociali, case famiglia, case di cura, centri di assistenza diurna, ospizi, prigioni. Anche la popolazione dei clienti, pazienti o fruitori comprende una ampia varietà che va dai bambini affetti da disturbi generalizzati dello sviluppo, ad adulti con problemi psichiatrici, a ragazzi e adulti ritardati mentali, individui con handicap della vista, del linguaggio e motori, ragazzi con disturbi comportamentali, anziani affetti da degenerazioni neurologiche o malati terminali. La musicoterapia viene utilizzata anche per assistere individui sani affetti da stress, partorienti, bambini normodotati ecc. Questa grande varietà applicativa non sempre è un vantaggio, soprattutto quando si voglia affermare la specificità di un intervento a favore di un definito quadro patologico e in un preciso ambito applicativo. A questo proposito potremo delineare, ed avremo modo di approfondire, tre grandi ambiti applicativi della MT: l'ambito preventivo, l'ambito riabilitativo e l'ambito terapeutico.

La seconda parte della tesi prende spunto dalla personale esperienza di tirocinio, avvenuta presso il “Nucleo Alzheimer” dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR), dove ho potuto affiancare il lavoro di Alfredo Raglio e la sua équipe. L'esperienza professionale di questo gruppo di lavoro in ambito specifico delle demenze e dell'Alzheimer, risulta particolarmente significativa per i risultati ottenuti in ambito di ricerca, con le recenti pubblicazioni su importanti riviste scientifiche internazionali. Verrà dapprima delineata in breve la demenza di tipo Alzheimer (da ora in avanti *AD*), come malattia neuropsichiatrica molto diffusa nelle società avanzate e in particolare nel contesto italiano, a causa delle caratteristiche demografiche del nostro paese. Saranno

5 La musicoterapia in Italia, a differenza di altri paesi europei quali Germania, Belgio, Olanda, Danimarca, non è ancora ufficialmente riconosciuta a livello nazionale. Esistono però alcune parziali eccezioni, relative a specifici ambiti clinici come il riconoscimento del trattamento musicoterapico nelle demenze senili attuato dalla Regione Lombardia.

quindi approfonditi i sintomi non cognitivi dell'AD, sia per la rilevanza dal punto di vista diagnostico che per l'impatto sulla qualità della vita del paziente e della famiglia. Le ricerche a carattere scientifico presentate alla fine del capitolo 6 saranno importanti per capire che relazione ci sia tra l'intervento musicoterapico di tipo attivo-improvvisativo⁶ e la riduzione dei sintomi psichiatrici e comportamentali nel malato di Alzheimer.

Nelle conclusioni sarà ripreso e approfondito quanto la questione della ricerca sia di fondamentale importanza, assieme ad una sempre più rigorosa pratica clinica e un percorso formativo uniforme e condiviso, per alimentare quel circolo virtuoso che potrà portare in futuro ad un riconoscimento formale della disciplina e della professione musicoterapica in ambito istituzionale come intervento preventivo-riabilitativo-terapeutico non farmacologico e specifico in tutti quei casi di disturbo qualitativo e/o quantitativo della sfera emotiva e delle relative competenze espressive-comunicative-relazionali⁷, in particolare dove non esiste, o dove sia particolarmente compromesso lo sviluppo del canale comunicativo verbale (Manarolo, 2006).

Come “coda” a questa introduzione possiamo dire che la strada verso la piena maturazione della musicoterapia come disciplina scientifica, come pratica clinica e come percorso formativo è ancora lunga e presenta varie incongruenze. Occorreranno

6 Cfr. Capitolo 4, circa i modelli teorico-applicativi e le principali tecniche della musicoterapia in Italia.

7 Disturbo qualitativo e/o quantitativo delle competenze espressive-comunicative-relazionali (e-c-r): “Per disturbo *qualitativo* si intende un'alterazione relativa alle modalità che caratterizzano l'attuarsi dei processi e-c-r, ai contenuti veicolati, alle valenze e proprietà simboliche che connotano tali processi (ad es. Le distorsioni del pensiero simbolico che si osservano in soggetti schizofrenici); per disturbo *quantitativo* si intende un deficit delle competenze e-c-r che caratterizzano le cerebropatie infantili o i quadri psicoorganici dell'età adulta)” (Manarolo, 2006)

molte riflessioni e approfondimenti: mentre per alcuni autori⁸ siamo ancora lontani dal punto in cui si potrà paragonare la musicoterapia ad altre forme di terapia ormai già riconosciute, per altri⁹ il livello di maturità dello sviluppo della disciplina è tale da poter presentare alcuni risultati alla verifica della comunità scientifica internazionale.

Sicuramente questa tesi non pretende di affermare nessuna nuova “verità” bensì propone di considerare i dubbi più impellenti e le contraddizioni più evidenti che attraversano lo sviluppo della musicoterapia, provando ad evidenziare ed analizzare i risultati più importanti emersi in ambito di ricerca e in ambito clinico nel contesto italiano, nello specifico di alcuni quadri psicopatologici precisi (riconducibili alle demenze senili ed in particolare alla loro forma più comune, la malattia di Alzheimer) con la consapevolezza del fatto che il futuro della musicoterapia è legato alla possibilità, da una parte di individuare una uniformità di approcci teorici e di presupposti scientifici ma dall'altra di affermare una specificità terapeutica in ambiti patologici ben definiti, cercando quindi di descrivere chiaramente il suo processo di funzionamento e di giustificare così le correlazioni con i risultati che la pratica clinica ormai ha ripetutamente confermato. Infine potremmo affermare provocatoriamente che, non avendo la medicina ufficiale ancora trovato un farmaco in grado di guarire questa malattia, siamo tutti convinti che per l'Alzheimer non esista alcuna cura. Ma siamo anche convinti che curare una persona significa innanzitutto prendersene cura e migliorare, per quanto possibile, la sua qualità di vita. E nonostante oggi l'Alzheimer è ancora inguaribile, esistono cure che possono migliorare la qualità di vita del malato, le sue competenze espressive, comunicative e relazionali, nonché la sua capacità di regolare le emozioni sia a livello intra- che inter-soggettivo. Tra queste la musicoterapia,

8 P.L. Postacchini, A. Ricciotti, 2003.

9 Raglio, 2008.

come avremo modo di approfondire, ha senza dubbio un ruolo privilegiato.

PARTE PRIMA

CAPITOLO 1

DEFINIZIONE DI UNA DISCIPLINA IN EVOLUZIONE

1.1 Come definire la musicoterapia?

Sebbene l'idea di usare la musica come strumento per la cura e la guarigione sia vecchia di migliaia di anni, solo nella seconda metà del secolo appena trascorso si è riusciti a raccogliere e ad organizzare un corpo di conoscenze sufficienti per creare una "disciplina formale". Perciò come tale, la musicoterapia è ancora abbastanza giovane ed in piena evoluzione. Di certo le teorie e i vari tentativi di definire dei modelli coerenti hanno cominciato a prendere forma solo da pochi decenni mentre le esigenze della ricerca si stanno definendo chiaramente soltanto negli ultimi anni. Sta di fatto che attualmente la MT non ha ancora una definizione e una identità chiara, probabilmente per la natura elusiva della materia stessa.

Secondo Bruscia la MT ha molti aspetti che la rendono difficile da definire, poichè essa, come corpo di conoscenze, è multidisciplinare ossia si riferisce contemporaneamente a due aree (la musica e la terapia) che di per sè stesse hanno

delimitazioni poco chiare. Come combinazione di discipline è ad un tempo arte, scienza e processo interpersonale ma essere un'arte e una scienza praticata all'interno di un processo interpersonale richiede l'integrazione di molti elementi apparentemente contraddittori. Infatti la MT può essere sia obiettiva che soggettiva, sia individuale che collettiva, sia estemporanea che riproducibile o ancora sia personale che interpersonale. L'autore americano ci mette in guardia circa il fatto che “ questi paradossi spesso offuscano i contorni della MT e ne complicano la sua comprensione e la sua definizione [...] ma allo stesso tempo, definire la MT esclusivamente come una qualsiasi di queste materie significa ignorarne la sua vera essenza.” (Bruscia, 1993, cit.). Come “terapia di trattamento” è diversificata, ossia è incredibilmente varia per ambiti applicativi clinici e popolazione di clienti. Ovviamente le implicazioni legate ad una tale diversità non sono facilmente trascurabili. Infine come disciplina e come professione ha una doppia identità. Come “disciplina” è un corpo di conoscenze organizzato che consiste di teoria, pratica e ricerca, tutti riguardanti gli usi terapeutici della musica. Come “professione” invece è un gruppo di persone organizzato che utilizza lo stesso corpo di conoscenze nelle loro mansioni di clinici, educatori, amministratori, supervisori ecc. Questo duplice riferimento identitario può porre diversi problemi riguardanti la definizione di MT: “ Sono compatibili le due identità? La disciplina ha la stessa identità della professione? Teoria, ricerca e pratica sono compatibili con ruoli, titoli, responsabilità e standard professionali? Il corpo di conoscenze appartenente alla disciplina si riflette nel lavoro di clinici, educatori, supervisori e amministratori?” (Ibidem, cit.). Secondo Bruscia troveremo gli elementi per elaborare le risposte a queste domande solo affrontando con precisione tutte le questioni fino ad ora solo accennate, poichè la MT si trova ad un grado di sviluppo in cui tutti questi problemi e queste complessità identitarie possono essere esaminate e, come vedremo, almeno in parte risolte.

Torniamo quindi alla prima questione posta dall'autore americano: il primo grosso problema nella definizione della MT è che essa è transdisciplinare per natura. La MT non è una disciplina singola, isolata con limiti ben definiti e imm modificabili. Piuttosto è la combinazione dinamica di molte discipline attorno a due grosse aree: la musica e la terapia. Quindi il proposito del prossimo paragrafo è di esaminare le varie questioni che emergono nel definire la musica, in particolar modo all'interno di un contesto terapeutico.

1.2 Definire la musica in un contesto terapeutico

Esiste innanzitutto una difficoltà di fondo nel definire cosa sia la musica ed infatti filosofi, psicologi e musicologi per secoli hanno dovuto fare i conti con tale difficoltà, senza soluzioni definitive. In termini semplicissimi, la musica può essere definita l'arte di organizzare suoni nel tempo. Ma in che momento l'organizzazione del suono diventa arte? In che momento percepiamo le combinazioni e le sequenze di suono come musica piuttosto che come rumore? La musica è esclusivamente uditiva? La musica comprende l'organizzazione del silenzio, del rumore e delle vibrazioni? La musica è esclusivamente umana o comprende fonti di suono ambientali o naturali? Secondo quali criteri giudichiamo cos'è organizzato e cosa no? Cos'è significativo per la musica e cosa non lo è? Quando una risposta musicale può essere considerata uno sforzo estetico o artistico? Gli standard universali possono essere applicati a giudizi di merito estetico o artistico?

Ascoltare la musica rappresenta uno sforzo artistico come eseguire, improvvisare o comporre? (Bruscia, 1993, cit.).

Bruscia a volte diventa provocatorio proprio per evidenziare la complessità della questione; a volte invece egli rimane molto relativista, senza assumere una posizione precisa. Per l'autore, la risposta a queste domande può essere data partendo da varie prospettive. Il fisico potrebbe osservare le caratteristiche obiettive del prodotto musicale in sé, e di conseguenza, definire la musica secondo relazioni strutturali o organizzative all'interno e tra i suoni ed altri eventi temporali. Lo psicologo potrebbe osservare in che modo viene effettivamente fatta esperienza da parte dell'ascoltatore o del musicista, di queste caratteristiche fisiche, obiettive del suono, e quindi definire la musica secondo criteri esperienziali. L'antropologo potrebbe analizzare le origini della musica in ogni cultura, e i popoli nelle esperienze musicali attraverso le culture, e definire la musica secondo criteri universali. Il sociologo potrebbe guardare ai ruoli e alle funzioni della musica nella società, e definirla nei termini del suo significato sociale. Il filosofo potrebbe confrontare la musica con il linguaggio, la comunicazione, ed altre forme artistiche, e definirla secondo la sua unicità, come anche secondo i criteri artistici vigenti per tutte le arti. Se volessimo prendere in considerazione queste prospettive, allora la definizione di musica precedentemente assunta dovrebbe essere notevolmente ampliata. A questo punto la musica può essere definita come “ l'arte dell'organizzazione temporale dei suoni e delle sue varie componenti fisiche ed esperienziali, allo scopo di creare ed interpretare forme espressive che rinforzino, elaborino, diano significato all'esperienza della vita umana” (Bruscia, 1993,).

Questi approfondimenti del concetto di musica sono a noi utili per capire meglio quali aspetti abbiano effettiva rilevanza per la pratica musicoterapica. Occorre attenzione poichè si possono fare molti esempi di musica definita in maniera anche molto diversa sul piano della terapia. Ecco quindi che, nonostante i possibili apporti della prospettiva fisica, psicologica, filosofica ecc, rimane la domanda su come il musicoterapista definisca la musica. Occorre domandarsi quali aspetti della terapia possono cambiare le nozioni fondamentali riguardanti la natura della musica e dei suoi limiti. Bruscia propone quattro fattori che derivano dal concetto di terapia. Essi possono influenzare il musicoterapista nella definizione e nella delimitazione della musica nel contesto clinico e sono: a) la priorità della terapia; b) l'importanza dell'astensione dal giudizio estetico; c) le applicazioni multisensoriali della musica; d) i rapporti tra la musica e le altre arti¹⁰.

Certo questi criteri aiutano a capire meglio l'uso della componente sonoro/musicale nella pratica musicoterapica, ma come vedremo più avanti, occorre definire meglio gli obiettivi specifici e le tecniche peculiari di una arte-terapia per poterla distinguere da altre attività affini. È fondamentale quindi avere sempre chiare le finalità terapeutiche, piuttosto che preventive o riabilitative, del proprio intervento; ma cosa si intende per *terapia* in musicoterapia?

10 Per un approfondimento cfr. Bruscia K. (1993) "Definire la Musicoterapia", Roma, Ismez.

1.3 Definire la terapia con la musica

Definire la terapia è una sfida come definire la musica. Infatti i problemi sono abbastanza simili. Gli stimoli usati in terapia, come gli elementi della musica, sono numerosi e coincidenti, e le risposte alla terapia, come le risposte musicali, sono svariate e stratificate. Così come è difficile separare la musica dalle altre arti, allo stesso modo è spesso difficile distinguere la terapia dall'educazione, dallo sviluppo, dalla crescita, dalla cura e da una quantità di altri fenomeni comunemente indicati come “terapeutici”. In breve, stabilire dei criteri per ciò che è terapia e ciò che non lo è, è difficile come decidere cosa è musica e cosa non lo è.

Ora la terapia si definisce tradizionalmente secondo la sua radice greca *therapeia* che significa assistere, aiutare, trattare. Se presi insieme, questi sono certamente elementi essenziali della terapia, ma comunque non ne costituiscono una definizione. Per avere una definizione adeguata di terapia debbono essere chiarite diverse questioni, poste argutamente da Bruscia (1993): la terapia comprende un qualche tipo di assistenza, di aiuto o di trattamento? Chiunque abbia bisogno di tale aiuto è adatto alla terapia? E' importante colui che fornisce l'assistenza, l'aiuto o il trattamento, e deve essere una persona particolarmente preparata? Secondo quale processo vengono forniti questi supporti, e avvengono di conseguenza dei cambiamenti?

Il proposito di questo paragrafo è di esaminare le questioni che sorgono nel definire la terapia e, in particolar modo, all'interno del contesto della MT. Le definizioni attuali vengono analizzate in maniera intuitiva e discutono essenzialmente quattro importanti aspetti della terapia: a) il ruolo del paziente/cliente¹¹; b) il ruolo del terapeuta/terapista¹²; c) gli obiettivi; 4) il processo. Bruscia a questo punto approfondisce bene questi aspetti, ma la sua conclusione

1.3.1 Il cliente

E' opinione comune che il bisogno di terapia spesso implichi che una persona abbia una malattia di qualche tipo, e che abbia bisogno di aiuto per curarla. Per diverse ragioni, avere certi tipi di malattie o di problemi, oppure aver bisogno di un certo tipo di aiuto da altri significa, nella nostra società, portare un marchio indelebile. Ciò è particolarmente vero quando il problema è mentale o emotivo, o quando la malattia è contagiosa o collegata ad un tabù. (Bruscia, 1993). I professionisti della salute hanno provato a cancellare un tale marchio coniando nuovi termini per quegli individui che hanno bisogno della terapia. Per esempio i *pazienti* si trovano in ospedali dove l'orientamento è medico, i *clienti* si trovano in situazioni di terapia individuale dove l'orientamento è non-medico e egualitario e gli *ospiti* si trovano in case-famiglia o case di risposo, dove il trattamento è adatto all'ambiente. Nonostante i buoni motivi per l'uso di un tale gergo,

11 Nel gergo corrente, i destinatari della terapia possono essere chiamati “clienti” invece di “pazienti”, o “coloro che cercano aiuto” o ancora “ospiti”. Spesso la terminologia riflette il piano sul quale la terapia agisce, e l'orientamento filosofico del trattamento.

12 Questa distinzione linguistica non è di poco conto secondo Manarolo: mentre il suffisso -euta rimanderebbe la musicoterapia ad un ambito più propriamente terapeutico (in analogia con la parola “psicoterapeuta”) il suffisso -ista rimanderebbe ad un ambito più riabilitativo (in analogia con le parole “fisioterapista”, “logopedista”, “psicomotricista”, ecc.).

secondo Bruscia (1993) rimane la questione fondamentale: i destinatari della terapia debbono essere malati o possono stare bene? Perché hanno bisogno di essere aiutati, assistiti, sostenuti? Le risposte che possiamo trovare nella letteratura e nella pratica quotidiana ci dicono che i molteplici interventi di musicoterapia si riferiscono a persone adulte a bambini o ad anziani che hanno una qualche forma di disturbo, handicap, bisogno, problema, malattia o inabilità¹³. Altre impostazioni invece considerano anche l'ambito preventivo e non si riferiscono solo a soggetti già malati, bensì ad una popolazione potenzialmente sana; questo tipo di prospettiva è generalmente riferito all'età infantile, anche in fase pre-natale. Certo occorrerà riprendere gli spunti di Bruscia per specificare meglio gli ambiti applicativi, sapendo che la specificità dell'intervento è un aspetto fondamentale per il futuro sviluppo di una musicoterapia meno “fumosa”.

1.3.2 Il terapeuta

Mentre non vi è alcun dubbio che una terapia coinvolga sempre un paziente, cliente o un comunque un destinatario, non è irragionevole chiedersi se sia necessario il terapeuta affinché la terapia abbia luogo. “Una persona può fare da terapeuta a se stessa? Può assumere su di sé sia il ruolo di paziente che di quello di terapeuta? Un paziente, per definizione, ha bisogno dell'aiuto di un terapeuta?” Queste domande poste da Bruscia (1993) sono particolarmente attinenti alla MT, ove la musica è un agente talmente attivo nel processo terapeutico, che spesso ricopre le funzioni che tradizionalmente sono del terapeuta. C'è bisogno di un musicoterapeuta, o il paziente può entrare direttamente in rapporto con la musica? La MT comprende la cura, o soltanto le esperienze

¹³ Per un maggior approfondimento delle aree di intervento cfr. Par. 1.5

terapeutiche derivare dalla musica, oppure si riferisce solo a quelle esperienze che comprendono musica e terapeuta?

Nel riconoscere il potere di tutte le arti di essere intrinsecamente curative di per sé stesse, Zwerling (1984) si è domandato se il ruolo di un terapeuta dell'arte debba essere quello di insegnare ai clienti come fare esperienza delle arti e delle loro proprietà curative, oppure quello di trattare i clienti attraverso metodi formali di intervento terapeutico comprendenti le arti¹⁴. In termini di MT, il terapeuta dovrebbe fornire al paziente la chiave per comprendere le proprietà curative della musica, oppure dovrebbe fare intenzionalmente degli sforzi per indirizzare il trattamento ai bisogni del paziente attraverso una sorta di interventi musicali ed interventi personali? Nel primo caso, è la musica che fornisce il rimedio terapeutico; nel secondo il terapeuta utilizza la musica come parte del rimedio. È interessante vedere che, in molte definizioni, la MT è definita semplicemente come “l'uso della musica”, senza menzionare affatto la necessità di un terapeuta. In altre definizioni, il terapeuta è costituito da un elemento più essenziale. Per esempio, l'Associazione Professionale dei Musicoterapeuti della Gran Bretagna (1982) definisce la MT come una forma di trattamento ove si stabilisce una mutua relazione tra paziente e terapeuta (Bruscia, 1993).

In sintesi tutte queste definizioni prevedono che, ciò che rende il terapeuta

¹⁴ L'autore fa qui riferimento alla complessa questione della musica intesa come terapeutica di per sé piuttosto che come ausilio al processo terapeutico attivato con altre modalità. Per approfondimenti sul dibattito sulla musica “come” terapia o la musica “in” terapia si rimanda al capitolo 4.

un elemento essenziale, sia il rapporto, *la relazione* che egli è in grado di stabilire col paziente. Esiste poi tutta la questione relativa alle qualifiche specifiche e alle responsabilità etiche e professionali di un musicoterapista. In questo capitolo possiamo brevemente accennare che una delle maggiori caratteristiche del musicoterapista professionista è proprio la competenza multidisciplinare ma specifica. Le molte definizioni possibili di MT offrono risposte anche molto diverse a queste domande. Sicuramente però sono numerosi gli elementi di cui bisogna tener conto nel definire cosa sia un processo terapeutico che utilizza la musica per raggiungere le sue finalità.

1.3.3 Le finalità

I passi in avanti che si sono fatti nella cura della salute negli ultimi cinquanta anni hanno portato ad un'esplosione di nuove terapie. Di solito, queste terapie si distinguono l'una dall'altra per il tipo di problema che sono designate a trattare e/o per i metodi usati per trattarli. Secondo Bruscia la MT è più orientata al metodo che al problema. Cioè, la MT si distingue dalle altre terapie per il suo affidamento alla musica vista come metodo, o come modalità principale di trattamento, piuttosto che per i problemi clinici che è preparata ad affrontare. Di contro alcuni autori italiani propongono una visione più restrittiva della disciplina e delimitano gli scopi e i metodi solo ad alcune tipologie di pazienti, dando più peso agli ambiti clinici specifici in cui la MT dimostra di avere riscontri più scientifici. (cfr. Raglio 2007)

Attualmente però la Mt viene utilizzata con una grande varietà di persone e di problemi in molti ambiti di intervento diversi. A causa di questa (probabilmente eccessiva) varietà, la MT può avere molte finalità differenti. A seconda dell'ambito e della categoria di clienti, alcuni musicoterapisti hanno fini educativi, altri curativi o riabilitativi, altri ancora fini più marcatamente psicoterapici. Questa diversità si riflette nelle definizioni di MT correnti. Mentre alcune distinguono semplicemente che la MT è l'uso della musica a scopo terapeutico, altre riguardano solo alcuni scopi specifici. Ovviamente, conclude Bruscia, una definizione esauriente di MT deve tener conto di queste differenze, ma allo stesso tempo deve tentare di eliminare qualsiasi pregiudizio che possa essere creato dalla categoria del paziente, dall'ambito di lavoro, o dalla teoria del trattamento.

Riassumendo, i tentativi di definire la MT dovrebbero tenere conto: delle varie prospettive teoriche; dello stato di salute o dei bisogni del cliente al quale può rivolgersi la MT; dei rispettivi ruoli e funzioni della musica e del terapeuta; delle qualifiche e delle responsabilità del terapeuta; della natura dei rapporti che si sviluppano tra cliente, musica e terapeuta; degli scopi della terapia e di una descrizione del processo terapeutico che definisca l'intervento e il cambiamento senza pregiudizi filosofici. Alla luce di questi criteri proviamo a considerare ora la proposta teorica di Kenneth Bruscia.

1.4. Analisi critica della definizione di musicoterapia secondo Kenneth Bruscia

“La Musicoterapia è un processo sistematico di intervento ove il terapeuta aiuta il cliente a migliorare il proprio stato di salute utilizzando le esperienze musicali e i rapporti che si sviluppano attraverso di esse come forze dinamiche del cambiamento” (Bruscia, 1993).

Questa definizione è stata presentata dall'autore nordamericano nel suo saggio epistemologico sulla definizione della musicoterapia nel 1991. Occorre subito ammettere che tale definizione ad oggi è ormai un pò datata, troppo ampia e onnicomprensiva e quindi non può essere considerata una definizione attuale e attuabile nel contesto italiano odierno. Può però essere un solido punto di partenza per una analisi teorico-applicativa che possa integrarsi con le definizioni più moderne e attuali di MT che analizzeremo in seguito. Proviamo ora a seguire l'analisi critica che lo stesso autore fa della definizione in questione. Innanzitutto la MT è sistematica, nel senso che deve essere finalizzata, organizzata e regolare, piuttosto che una serie di esperienze casuali che riescono ad essere utili. Le sue tre componenti procedurali principali sono accertamento, trattamento e valutazione. La MT è un processo che avviene nel tempo. Per il cliente, è un processo di cambiamento graduale; per il terapeuta è una sequenza sistematica di interventi. Sia per il cliente che per il terapeuta il processo di MT può essere descritto come evolutivo, educativo, interpersonale, artistico, musicale, creativo oppure scientifico. Inoltre la MT comprende l'intervento del terapeuta allo scopo specifico di indurre il cambiamento terapeutico nel cliente. La musica e/o il terapeuta possono servire da agente principale per un tale intervento, a seconda che la musica sia utilizzata *come* terapia o *in* terapia. È importante sottolineare ancora una volta che la MT così intesa esige che siano coinvolti sia la musica che il terapeuta. Perciò qualsiasi

utilizzo della musica per benefici terapeutici che non comprenda la mediazione del terapeuta, non è considerata musicoterapia; allo stesso modo qualsiasi metodo di intervento che non comprenda la musica o nell'accertamento o nell'intervento o nella valutazione non può essere considerata musicoterapia.

L'analisi di Bruscia prosegue focalizzandosi sui ruoli e i rapporti tra terapeuta e cliente. Il musicoterapeuta è la persona che offre la sua competenza e i suoi servizi per aiutare il cliente nell'ambito della salute. Il musicoterapeuta può coadiuvare o rivestire il ruolo principale nel processo di aiuto a seconda delle proprie competenze professionali e delle necessità del cliente. Il musicoterapeuta utilizza principi di etica personale e professionale per guidare il lavoro con i clienti.

Il cliente può essere definito come la persona che ha bisogno o cerca aiuto da un'altra persona a causa di una minaccia effettiva, immaginaria o potenziale alla propria salute, sia essa fisica, emotiva, mentale, comportamentale, sociale o spirituale. Le minacce alla salute comprendono: traumi, deficit, malattie, menomazioni, inabilità, handicap, eccezionalità, anormalità e problemi di vita.

Il musicoterapeuta quindi viene definito come colui che fornisce assistenza, mentre il cliente come la persona che viene assistita. Il rapporto cliente-terapeuta non è reciproco a questo riguardo, sebbene venga generalmente riconosciuto che fare terapia procura molte opportunità ai terapeuti di far fronte ai propri bisogni ad un livello inconscio. Questo fenomeno specifico, mutuato dalla psicoanalisi ma proprio di ogni

terapia relazionale, è chiamato e controtrasfert, e può essere sia dannoso che benefico per il processo terapeutico. (Bruscia, 1993)

La finalità è abbastanza chiara nella definizione, sebbene rimanga sempre troppo generica, poichè “lo scopo della terapia è quello di ottenere la salute, ossia la condizione dell'essere sani nel corpo, nella mente e nello spirito” (Bruscia, 1993). Ciò può portare a dover trattare con una minaccia specifica alla salute (ambito riabilitativo o terapeutico), oppure a stabilire le condizioni per mantenere la salute (ambito preventivo). È importante precisare che la terapia in questo caso si distingue dalla cura, dagli interventi educativi e orientati allo sviluppo in quanto il processo comprende un intervento qualificato all'interno della relazione cliente-terapeuta e cambiamenti nella salute del cliente. Inoltre l'autore si sofferma sul concetto di “esperienza musicale come forza dinamica di cambiamento”. Infatti per Bruscia la MT si distingue da altre tecniche proprio perchè si fonda sull'esperienza musicale come un agente di intervento. L'esperienza musicale in questo caso gode di una definizione piuttosto ampia proprio per includere sia le esperienze attive che quelle ricettive¹⁵, ed anche l'uso della musica sia come stimolo che come risposta. Attraverso le esperienze musicali tutti questi elementi relativi al cliente e al terapeuta si uniscono per formare varie combinazioni o relazioni che servono come vere e proprie forze dinamiche di cambiamento.

A conclusione di questa analisi critica si potrebbe affermare che, sebbene il contributo di Bruscia abbia un'innegabile valore epistemologico e offra un'ampia riflessione sulla musicoterapia, le sue categorizzazioni corrono il rischio di

¹⁵ Per un approfondimento cfr. Cap. 4.

generalizzare troppo la discussione e paradossalmente confondere invece che chiarificare la ricerca e la pratica clinica. La vastità della pratica musicoterapica, così intesa, risulta evidente quando si considera che all'interno di ognuna delle undici aree proposte ci sono variazioni negli approcci metodologici (ad es. improvvisazione, ascolto, esecuzione o composizione) e variazioni negli obiettivi a seconda della categoria del cliente. Allo stesso modo la teoria musicoterapica è troppo ampia e complessa per essere compresa in una sola teoria della musica, della terapia o in una sola teoria della MT. Per Bruscia la vera sfida consiste nel rivolgersi alla sua unicità. L'unicità della MT non sta nella mera inclusione della musica, ma nella combinazione della musica con la terapia, perciò una qualsiasi teoria relativa alla MT deve tener conto degli aspetti teorici di entrambe le due aree. Così una teoria musicoterapica centrata solamente sulla natura dell'esperienza musicale sarebbe inadeguata, come pure una teoria centrata solamente intorno a teorie relative alla terapia (sia essa intesa in termini psicoanalitici, cognitivo-comportamentali, umanistici o sistemici) sarebbe inesatta. Diventano quindi necessari alcuni riferimenti teorici che, a costo di essere più limitati, siano unanimamente condivisi. A questo proposito il prossimo capitolo verterà sulla definizione ufficiale di MT scaturita dal VII Congresso Mondiale sulla MT e sui cinque modelli di MT ufficialmente riconosciuti dalla comunità musicoterapica internazionale nel 1999.

CAPITOLO 2

DEFINIZIONE UFFICIALE E PRINCIPALI “MODELLI” INTERNAZIONALI

2.1. La definizione ufficiale attuale

Nel 1996 ad Amburgo, in occasione del VII Congresso Mondiale di Musicoterapia, è stata formulata questa definizione, ad oggi quella ufficialmente riconosciuta dalla comunità musicoterapica internazionale: “La musicoterapia è l'uso della musica e\o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapeuta qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito, per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo, nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, mentali, emotivi, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopi di sviluppare potenziali e\o riabilitare funzioni dell'individuo, in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e\o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia”.

Nonostante la sua esaustività, occorre precisare alcuni punti, secondo l'analisi critica che ne fanno alcuni autori, secondo il quale la MT così definita rimane

ancora molto generica e occorre sottolineare il fatto che viene delineata come “...una disciplina che pone al centro dei suoi interessi il paradigma suono-essere umano, cercando di perseguire finalità preventive, riabilitative o terapeutiche attraverso un processo relazionale che si avvale di specifiche tecniche”(Raglio 2008). Come vedremo più approfonditamente, esse si riferiscono prevalentemente all'ascolto musicale (MT recettiva) o all'improvvisazione s\m (MT improvvisativa) e “...dovrebbero perseguire obiettivi riconducibili alla dimensione intra e inter personale dell'individuo, nonché al ripristino e\o al potenziamento di funzioni compromesse dalla presenza di una patologia, riducendone i sintomi o prevenendo\stabilizzando le complicanze determinate dai sintomi stessi” (Manarolo, 2006). Vediamo ora i cinque modelli internazionali emersi durante il summit di Washington e ufficialmente riconosciuti dalla comunità musicoterapica internazionale.

2.2. I principali “modelli” internazionali

In occasione del IX Congresso Mondiale di Musicoterapia (Washington, 1999) sono stati definiti i principali e più diffusi “modelli” musicoterapici, avviando un importante confronto fra gli stessi, ad oggi ancora oggetto di approfondimenti sia circa gli aspetti teorici che applicativi. A introduzione di questa sintetica panoramica Manarolo (2006) ci mette in guardia fornendoci alcune precisazioni prima di presentare nello specifico i vari indirizzi.

Tali precisazioni si riferiscono alla dizione “modelli”, che secondo l'autore

appare impropria per lo stato dell'arte musicoterapico. Non a caso tale dizione nella letteratura compare sempre virgolettata, poichè il termine non può rimandare ad un riferimento chiaro e indubitabile. Emerge ancora una volta, quindi, un limite dell'ambito musicoterapico dove esiste una frattura, una soluzione di continuità all'interno dell'ambito teorico stesso, e tra questi e l'ambito applicativo; per Manarolo tale frattura non ci consente ad oggi l'elaborazione di un quadro sufficientemente formalizzato (2006). La già citata multidisciplinarietà della MT (Bruscia, 1993) ha evidenziato come, per forza di cose, esista un contesto teorico poco integrato e più frutto di accostamenti che di reali integrazioni; inoltre non sempre si osserva una congruenza fra le premesse teoriche enunciate e la prassi che ne consegue. Secondo l'autore tale impasse appare in futuro superabile dotandosi di metodi sempre più condivisi, sufficientemente congruenti con le teorie di riferimento, per far emergere, anche attraverso l'impiego di modalità statistiche, tipologie di trattamento musicoterapico, che per l'appunto possano costituire occasione di integrazione fra le diverse componenti della MT e favorire lo sviluppo di una disciplina maggiormente autonoma e solida sul piano della teoria, dei metodi e delle tecniche di intervento. In ogni caso si riportano di seguito le principali caratteristiche e peculiarità riferite ai presupposti teorici e ai rispettivi risvolti applicativi dei cinque “modelli” indicati dalla World Federation of Music Therapy nel IX Congresso Internazionale di Washington del 1999.

a) La musicoterapia Benenzoniana

Il modello prende il nome dal suo fondatore, lo psichiatra e psicoterapeuta argentino Rolando Benenzon che ha fondato e sviluppato questo approccio. Per l'autore la MT

utilizza il suono, la musica, il movimento per provocare effetti regressivi¹⁶, catartici¹⁷ e aprire canali di comunicazione con l'obiettivo di migliorare, per il loro tramite, i processi comunicativi e relazionali. I fondamenti teorici fanno riferimento a studi di matrice psicodinamica, ma anche a concetti propri della psicologia sistemica.

Il “modello” Benenzon impiega una tecnica di tipo attivo, centrata sulla libera improvvisazione; l'intervento musicoterapico si caratterizza per il contesto non verbale in cui si attua e per l'atteggiamento non direttivo del musicoterapista finalizzato all'osservazione e all'ascolto del paziente. L'approccio benenzoniano si rivolge essenzialmente a persone sofferenti per turbe della comunicazione e della relazione di natura psicogena e/o organica. Al centro del suo intervento troviamo il concetto di Iso. Tale principio rappresenta il vissuto sonoro di ogni individuo, sintetizza la nozione dell'esistenza di un suono o di un insieme di suoni o di fenomeni sonori che ci caratterizzano e che ci individualizzano.

L'identità sonora di ognuno ha una natura dinamica; Benenzon distingue l'Iso universale (inconscio, comprensivo dei suoni regressivo-genetici¹⁸: il battito cardiaco, la respirazione, la voce materna), l'Iso gestaltico (inconscio, riassume il vissuto sonoro dalla nascita fino all'età attuale), l'Iso culturale (preconsciouso, corrisponde all'identità etnica dell'individuo), l'Iso grupale (identità sonoro\musicale propria di un gruppo di

16 Effetti regressivi: “ In un processo psichico avente un senso di percorso o di sviluppo si designa con regressione un ritorno in senso inverso da un punto già raggiunto a un punto anteriore ad esso” (Laplanche, Pontalis, 1987).

17 Effetti catartici: “ La catarsi estetica tematizzata da Aristotele conserva il significato medico di purificazione attraverso l'arte tragica e l'arte musicale che, avvicinando lo spettatore alle proprie passioni (catarsi dei sentimenti) ne produce la purificazione (catarsi dai sentimenti) attraverso la loro espressione nella finzione scenica piuttosto che nella realtà...”(Galimberti, 2003).

18 Suoni regressivo-genetici: Benenzon intende così gli elementi sonori che si situano ai primordi della vita mentale; tali sonorità possiedono, in forza di questa loro peculiarità, una valenza regressogena.

soggetti), l'Iso complementare (che rappresenta l'insieme dei quotidiani accomodamenti dell'Iso gestaltico e dell'Iso culturale). Se l'Iso permette al musicoterapista il contatto con il paziente, “l'oggetto intermediario” diventa l'elemento fondamentale per poter sviluppare l'interazione relazionale che supera le eventuali resistenze, inibizioni e angosce nei confronti dell'altro.

Nella terapia di gruppo questa funzione è assunta dall' “oggetto integratore” che coincide con lo strumento musicale scelto dal leader del gruppo, capace di catalizzare la comunicazione dei pazienti e del musicoterapista. L'individuazione dell'Iso, dell'oggetto intermediario e dell'oggetto integratore costituisce l'aspetto diagnostico del metodo Benenzoniano; questo si avvale anche di una scheda per la ricostruzione della storia sonoro\musicale del soggetto. Tale scheda è a sua volta integrata da un esame di inquadramento non verbale che prevede l'analisi e l'interpretazione dei comportamenti musicali del paziente, dalla scelta dello strumento alla performance sonora e vocale.

Conclusa la fase di osservazione-diagnosi ha inizio la seduta che si articola in tre diversi momenti:

- si deve innanzitutto favorire la disposizione del paziente all'integrazione terapeutica; attraverso la scarica delle tensioni (catarsi) si raggiunge una condizione di “riscaldamento” che rappresenta la migliore condizione per avviare l'azione;
- attraverso il riscaldamento si giunge gradualmente alla fase di “percezione e osservazione” durante la quale entrano in gioco l'Iso del paziente e l'Iso del musicoterapista;

- la reiterazione di messaggi che caratterizza la fase precedente porterà alla realizzazione della fase culminante, quella dove avviene il “dialogo sonoro” vero e proprio.

L'analisi e l'interpretazione della seduta utilizzano come chiave di lettura i processi transferali e controtransferali e ciò richiede una costante supervisione e un adeguato training personale che nel “modello” si realizza attraverso la Musicoterapia Didattica (tecnica attraverso la quale il musicoterapista indaga la propria identità e le proprie caratteristiche intra e interpersonali attraverso un percorso ad un processo musicoterapico guidato da un formatore) (Manarolo, 2006, cit.)

b) La musicoterapia comportamentale e cognitiva¹⁹

Tale approccio impiega sia tecniche attive che recettive, le sue finalità sono rivolte alla modificazione di specifici comportamenti e allo sviluppo di determinate strategie cognitive (Manarolo 2006). Tale “modello” prevede l'impiego di rinforzi positivi, negativi, di strategie quali l'esposizione, l'estinzione e la desensibilizzazione, di tecniche di rilassamento, di giochi di ruolo finalizzati ad ottenere condizionamenti, controcondizionamenti. Per Madsen e Cotter (1968) la MT comportamentale costituisce un intervento finalizzato alla modificazione del comportamento cognitivo; tale obiettivo implica l'analisi comportamentale. Per i due autori, le principali funzioni

¹⁹ Mt comportamentale e cognitivista: Manarolo (2006) chiarisce che si fa procedere l'indirizzo comportamentale a quello cognitivista in quanto le fonti bibliografiche individuate fanno soprattutto riferimento al primo orientamento teorico.

svolte dall'elemento s\m in tale ambito sono le seguenti:

- stimolo (suggerimento, spunto, traccia da seguire);
- struttura che organizza la dimensione temporale e il movimento corporeo;
- centro d'attenzione;
- rinforzo.

Leslie Bunt osserva che nei numerosi lavori pubblicati in merito “...la musica...sembra essere d'aiuto nello sviluppo delle capacità di lettura, imitazione e numerazione... la musica [riduce] il tasso di aggressività, i comportamenti stereotipati, quelli iperattivi e il disadattamento... La musica [quindi] è usata come terapia, rinforzo, suggerimento esterno, come un'esperienza di apprendimento musicale e per dare l'opportunità di modificare comportamenti non musicali...” (Bunt, 1994).

Per Even Ruud (1990) un musicoterapista orientato in senso comportamentale dovrà porsi le seguenti domande:

- Qual'è il comportamento che deve essere modificato?
- Questo comportamento deve essere estinto o rinforzato?
- Quali sono gli aspetti ambientali che rinforzano questo comportamento? Se il comportamento è causa di problemi, quali situazioni lo rinforzano e come impedirlo?
- Che tipo di rinforzi, generalmente positivi, possono essere introdotti per alterare il comportamento?

Secondo Manarolo infine “l'approccio comportamentale non si occupa della musica come fattore che può influenzare la vita interiore dell'uomo, ma della sua funzione su variabili dipendenti quali il comportamento del paziente. In questo “modello” la musica può essere introdotta come elemento di rinforzo positivo o negativo a seconda che sia fornita o sottratta al fine di modulare un determinato comportamento.” (Manarolo, 2006)

c) La Musicoterapia creativa di Paul Nordoff e Cliff Robbins

La MT creativa si prefigge essenzialmente di promuovere l'essere umano, di potenziarne l'espressività e gli aspetti comunicativi e relazionali, di ridurre i comportamenti patologici. Tale approccio prevede due musicoterapisti; uno di questi si relaziona col paziente per facilitarne l'accesso all'esperienza sonora\musicale, l'altro, per lo più al pianoforte improvvisa specifiche sequenze sonore\musicali in rapporto al contesto e all'utente. L'intervento prevede 3 fasi:

- incontro e rispecchiamento
- induzione della risposta e della produzione musicale
- sviluppo delle abilità musicali ed espressive

Il “modello” Nordoff-Robbins si rivolge prevalentemente ai bambini ed adulti affetti da disabilità psicotIntellettive di natura diversa. Tale metodica è caratterizzata da un approccio attivo; il presupposto fondamentale attraverso cui Nordoff e Robbins (1982) strutturano il loro intervento musicoterapico è rappresentato dalla comprensibilità e dall'universalità del linguaggio musicale. I loro fondamenti teorici fanno riferimento alla psicologia umanistica²⁰ e in parte all'antroposofia sterneriana²¹. La loro “terapia musicale” si propone di penetrare il mondo chiuso e opaco di chi appare lontano da qualsiasi rapporto con la realtà, di spezzare questo stato di isolamento, di offrire nuovi strumenti per l'espressione dei vissuti e per la loro condivisione. (Manarolo, 2006)

Il lavoro di Nordoff e Robbins, che considerano in generale la MT un processo di crescita, si basa sull'improvvisazione clinica; la tecnica dell'improvvisazione clinica segue uno sviluppo graduale così che i pazienti possano poco per volta gestire questo nuovo strumento di comunicazione e di contatto con la realtà. Musicoterapista e paziente risultano entrambi protagonisti del cambiamento e del raggiungimento delle mete intellettive, emotive, fisico-motorie che la musica permette di conseguire. Nell'improvvisazione, luogo in cui si sente compreso e stimato, il paziente trova la sua personale identità musicale. Attraverso l'improvvisazione inizialmente esplorativa, che sarà adattata all'identità s\m del paziente e al suo comportamento, il musicoterapista crea

20 Psicologia umanistica: “...orientamento psicologico inaugurato da A.H. Maslow che, persuasosi dell'irrelevanza in termini di significatività esistenziale, della ricerca psicologica sperimentale..., accentua il carattere di irriducibilità di ogni soggetto, le cui motivazioni all'azione non sono immediatamente riconducibili alle pulsioni sottostanti, ma sono promosse da valenze non quantificabili, come il bisogno di esplorazione, la creatività, la visione del mondo in cui si esprime la propria identità...” (Galimberti, 2003).

21 Antroposofia sterneriana: “ Dottrina teosofica elaborata dal filosofo austriaco R. Steiner (1861-1925) che riconosce all'uomo la capacità di elevarsi alla conoscenza dell'invisibile e di compiere la sua necessaria funzione nell'universo (Devoto, Oli, 2002-2003)

una situazione che servirà sia all'indagine diagnostica che alla terapia. Se si instaura un canale di comunicazione tra paziente e musicoterapista, e questo rimane libero e aperto, tra loro si stabilisce un rapporto musicale che apre la via a competenze innate. Se il canale non è stato ancora sviluppato, allora il musicoterapista cercherà di aprirlo durante il trattamento. Il tutto avviene in modo euristico, cercando la risposta migliore al comportamento di ogni singolo paziente. Il materiale musicale maggiormente significativo viene trascritto in modo che possa divenire un riferimento nelle sedute successive (Bruscia, 1987).

d) La musicoterapia analitica di Mary Priesley

Si tratta di un approccio attivo che si pone come strumento introspettivo finalizzato ad una evoluzione psichica del paziente. Tale “modello”, connotato in senso psicoterapeutico, richiede una adeguata formazione analitica e psicoterapica da parte del musicoterapista. Le fasi dell'intervento prevedono:

- l'identificazione di un “problema” (area di indagine);
- la definizione dei ruoli improvvisativi del paziente e del musicoterapista;
- l'improvvisazione del tema;
- la discussione dell'esperienza di improvvisazione.

Tale metodo impiega le valenze simboliche della musica improvvisata dalla

coppia paziente\musicoterapista per esplorare la vita interiore del paziente, per favorirne l'evoluzione, per trasformare, integrare, rafforzare il Sè²² del paziente. La caratteristica peculiare di questo approccio sta nell'uso del canale verbale come possibile strumento per raggiungere le finalità terapeutiche. Non a caso il referente teorico di questo approccio è di chiara matrice psicodinamica (psicologia psicoanalitica junghiana). Il musicoterapista cerca di collegare, anche attraverso un processo verbale, la musica improvvisata alle dinamiche intra e interpersonali del paziente, alla sua storia emotiva. Il colloquio può sfociare in una nuova improvvisazione libera o relativa al tema emerso.

Mary Priestley impiega varie tecniche. Ne elenchiamo alcune:

- Entrare nella comunicazione somatica: viene usata quando le emozioni del paziente si manifestano attraverso sintomi fisici su cui viene indirizzata l'emozione rimossa.
- Comunicazione subverbale: paziente e musicoterapista improvvisano assieme senza un tema o un ruolo specifici. Viene usata quando le parole mancano o perdono di significato coerente.
- Tecnica della separazione: aiuta ad analizzare esperienze o situazioni che prevedono l'esplorazione e l'integrazione di diverse polarità.
- Prove di realtà: il paziente utilizza come “tema” della sua improvvisazione la realizzazione di un cambiamento esistenziale; gli è richiesto di concentrarsi sugli ostacoli interiori che incontra, come ad esempio la rabbia o la paura del rifiuto.

22 Sè: “Termine che acquista il suo significato a partire dall'orientamento teorico che ne dispone l'impiego e ne decide l'uso. In linea generale, tre sono i significati fondamentali finora attribuiti: 1) nucleo della coscienza autoriflessiva; 2) nucleo permanente e continuativo nel corso dei cambiamenti somatici e psichici che caratterizzano l'esistenza; 3) totalità delle istanze psichiche relative alla propria persona in contrapposizione alle relazioni oggettuali (Galimberti, 2003). L'accezione che si intende in questo contesto fa riferimento alle ultime due definizioni.

In conclusione, secondo Mary Priestley l'improvvisazione sub-verbale consente la possibilità di dialoghi interpersonali e intrapersonali che possono offrire la base per la trasformazione e la crescita del Sè (Bruscia, 1987).

e) La musicoterapia dell' "immaginario guidato e musica" (G.I.M.)

Il nome di questo approccio si riferisce alla originale definizione in inglese che parla di "Guided Imaginary and Music". Secondo Helen Lindquist Bonny, la fondatrice del metodo, il GIM è "un processo che utilizza tecniche di rilassamento e musica classica per stimolare l'immaginario a lavorare per fini terapeutici" (Bonny, 1990). Si tratta quindi di un "modello" recettivo che , come quello proposto da M. Priestley, richiede una specifica formazione psicoterapeutica.

Questo "modello" è definito dall'autrice come un metodo olistico , umanistico e traspersonale. Per Giordana Perilli "la GIM è una terapia ricostruttiva del profondo che considera la personalità nella sua totalità; riguarda l'esplorazione dell'area fisica, psicologica, emozionale, cognitiva sociale e\o spirituale... la GIM utilizza diversi paradigmi teorici da quello psicodinamico a quello traspersonale²³, per processi

23 Paradigma traspersonale: la Psicologia traspersonale "... rifiuta di considerare l'Io personale quale istanza ultima di riferimento come accade nella teoria psicoanalitica e comportamentista, perchè ritiene che l'Io appartenga a un tutto che lo ospita come sua parte e a cui è possibile relazionarsi attraverso esperienze mentali che oltrepassano l'Io per cogliere ciò che lo trascende..." (Galimberti, 2003).

individuali...[ma fa anche riferimento] a modelli sistemici per trattare dinamiche di gruppo” (Perilli, 1997). Si tratta quindi di un approccio recettivo che impiega, nel processo musicoterapico, la mediazione verbale; tale metodica si prefigge di esplorare le potenzialità immaginative ed evocative, inducendo risposte affettive. Le sedute GIM durano circa 90 minuti, le tre fasi dell'intervento prevedono:

- una fase di rilassamento e di individuazione di un tema su cui lavorare; l'inizio di ogni seduta comprende, infatti, una conversazione preliminare, un rilassamento psicofisico guidato, la concentrazione su un'immagine importante per il paziente;
- una fase di processo immaginativo; la musica viene selezionata (vi sono diversi programmi di musica classica) in modo tale da favorire una profonda esperienza emotiva e successivamente il reintegro delle strutture egoiche. Una volta iniziato l'ascolto, il musicoterapista guida, incoraggia, conforta ed esplora attivamente il processo immaginativo del paziente; “il terapeuta partecipa, mediante il dialogo, alle esperienze (sensoriali, emotive, simboliche, ecc.) che il soggetto fa ascoltando la musica appositamente predisposta; il ruolo del musicoterapista è di guidare l'esperienza del paziente, fornendogli adeguato supporto, affinché quest'ultimo possa esplorare in modo approfondito il suo mondo interiore, per acquisirne consapevolezza e benessere” (Perilli, 1997).
- una fase di integrazione dell'esperienza; il musicoterapista aiuta il paziente a riemergere dallo stato regressivo, a ritornare in un normale stato di coscienza e a riferire stati d'animo, emozioni, riflessioni inerenti all'ascolto.

2.3 Una distinzione fondamentale

A conclusione di questo sintetico schema di riferimento, riprendiamo alcune riflessioni dalla letteratura per aiutare ad orientarsi in questa “babele” di pratiche musicoterapiche (che contempla svariati altri approcci e “modelli” oltre a quelli sopra descritti)

Manarolo (2006) ci consiglia di riflettere innanzitutto sulla distinzione relativa alla concezione del “musicale” che questi “modelli” presentano di volta in volta; possiamo così parlare di un approccio musicoterapico dove la musica sia concepita come un mezzo, uno strumento, finalizzato ad un percorso evolutivo e, viceversa, di una musicoterapia dove la musica, il fare e il vivere un'esperienza musicale, rivesta di per sè connotazioni evolutive e maturative. Queste due impostazioni rimandano a loro volta a differenti indirizzi psicologici: se la psicologia dinamica e quella cognitivo-comportamentale si prestano maggiormente ad una concezione musicoterapica al cui interno la “musica” rappresenta un mezzo per l'avvio di un percorso evolutivo, la psicologia umanistica costituisce il referente teorico privilegiato di un “modello” musicoterapico che considera l'esperienza “musicale” potenzialmente maturativa.

In ogni caso, ciò che è fondamentale per qualunque modello o approccio musicoterapico sono i presupposti scientifici su cui possa basare il proprio intervento, preventivo, riabilitativo o terapeutico che sia. In particolare emerge dalla letteratura al riguardo che molte riflessioni debbano ancora essere fatte sulla scientificità che può dimostrare questa disciplina. Ciò nonostante esiste, soprattutto per la prospettiva Benenzoniana, la possibilità di basarsi su alcuni importanti presupposti mutuati da alcune discipline ad essa collegate, dalla biologia alla psicologia dello sviluppo, dallo studio delle relazioni preverbalí madre-bambino alle neuroscienze, come avremo modo di vedere nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 3

PRESUPPOSTI SCIENTIFICI DELLA MUSICOTERPIA IN UN'OTTICA MULTIDISCIPLINARE

3.1 I presupposti scientifici: fondamenta imprescindibili per lo sviluppo della musicoterapia

Al pari della questione epistemologica, fortemente connessa con il dibattito sulla definizione di musicoterapia e dei suoi “modelli” teorico-applicativi, vi è la questione dei presupposti scientifici della MT. Essa risulta per molti studiosi della materia la questione fondamentale su cui confrontarsi oggi. È indiscutibile che, anche per coloro che propugnano il più elitistico approccio olistico, sia fondamentale affrontare la questione dei fondamenti empirici e razionali su cui si possa basare un trattamento musicoterapico. Secondo Raglio è fondamentale innanzitutto abbandonare il pionierismo romantico in base al quale si attribuiscono indiscriminatamente poteri curativi alla musica (Raglio, 2008). Questo è accaduto per secoli nella storia, dall'antichità sino ai tempi recenti (Caterina, 2005). Si tratta ora di dimostrare come la musica possa determinare effetti terapeutici, definendo specificatamente quale musica, con quali effetti e su quali persone, ma soprattutto perché, ossia per quale motivo necessariamente scientifico, documentabile, riproducibile e verificabile.

In realtà le potenzialità terapeutiche delle relazioni sonoro\musicali riscontrabili empiricamente non sono in discussione. La vera questione dell'affermazione della musicoterapia come disciplina scientifica riguarda l'obiettivo\problema di codificare e comunicare con modalità scientificamente adeguate appunto, i contenuti e gli esiti dell'intervento musicoterapico. (Raglio, 2008). “Da un lato quindi, la musicoterapia è sottoposta alla necessità [...]di dimostrare e quantificare i risultati e questo non solo per appagare un certo rigore scientifico, ma anche per il bisogno, sul piano istituzionale, di legittimare la pratica della disciplina. Dall'altro la musicoterapia (costituita prevalentemente da eventi sonoro-musicali e relazionali) si colloca a pieno titolo nel paradigma della complessità, caratterizzato da aspetti di discontinuità, non linearità e aleatorietà, richiedendo, quindi, un approccio olistico, in un'ottica antiriduzionistica” (Raglio, 2008,cit.).

Ancora più importante è l'esortazione di Raglio sul piano culturale, poichè occorre pensare alla musicoterapia non come ad una disciplina fumosa e sostanzialmente aliena da qualsiasi presupposto di scientificità, bensì come ad una disciplina *in fieri*, che sta cercando di connettere i dati empirici (applicazioni e risultati) con principi scientifici di varia natura (Raglio, 2008) . Ciò richiede quindi il riferimento a studi e letteratura che riguardino la psicologia, la psicologia della musica, le neuroscienze, la fisiologia, la musicologia e la etnomusicologia, la psichiatria e l'etnopsichiatria ecc. Dal punto di vista empirico per eccellenza, quello fisiologico, è stato dimostrato che la musica agisce sul sistema nervoso con effetti sulla tensione muscolare, sulla frequenza respiratoria e cardiaca, sulla produzione di ormoni, ecc, e come tutto questo abbia una evidente ripercussione sul circuito emozionale. (Sloboda,

2001; Shon et al. 2007). Dagli studi realizzati in questi ambiti emerge il fatto che la musica produce effetti a vari livelli dal punto di vista fisico, cognitivo, emotivo, relazionale e sociale. Tali studi sono importanti e arricchiscono le basi scientifiche della MT, ma in questa sede sarà importante focalizzarsi sui presupposti scientifici della componente relazionale della disciplina, o meglio della componente che si riferisce all'elemento sonoro-musicale nella sua dimensione intersoggettiva. Sarà necessario capire come il suono sia per l'essere umano un veicolo comunicativo-relazionale fondamentale, un proto linguaggio in grado di trasmettere emozioni, nonché favorire processi di regolazione e co-regolazione emotiva. (Raglio, 2008)

La MT studia quindi il rapporto uomo\elemento sonoro musicale (da ora s\m). I presupposti scientifici che fondano la centralità di tale relazione sono essenzialmente riconducibili: a) alle peculiarità dell'elemento s\m, alle sue caratteristiche fisiche intrinseche ma anche per le potenzialità simbolopoietiche culturali attribuitegli dall'uomo; b) all'importanza del suono già nell'ambiente intrauterino; c) alle prime acquisizioni da parte del neonato; d) alle prime interazioni tra neonato e madre, con tutte le implicazioni sulle relative predisposizioni naturali e acquisite, alla sintonizzazione affettiva e alla condivisione degli stati affettivi. Vediamo ora nello specifico dove trovano fondamento tali affermazioni, secondo lo schema proposto da Manarolo (2006).

3.2. Le peculiarità dell'elemento sonoro\musicale

La caratteristica centrale dell'elemento s\m che racchiude e giustifica tutte le altre risiede proprio nella sua doppia natura, biologica ma anche profondamente sociale e culturale, esattamente come il linguaggio. Al di là dei diversi sistemi musicali e dei differenti modi per utilizzarli, è il radicamento dell'inizio della vita nell'universo sonoro, nella durata, nel ritmo, nel tempo e nel movimento ciò che fonda l'universalità della musica come espressione di soggettività umana (Imberty, 2002). Sono infatti innumerevoli le osservazioni scientifiche (come vedremo in seguito) che testimoniano una sensibilità prenatale alle informazioni sonoro\musicali e altresì una predisposizione neonatale ad impiegare il suono ed elementi pre e protomusicali come veicolo espressivo e comunicativo. “L'elemento s\m contiene quindi in sè un dato innato e arcaico congiuntamente ad una capacità simbolopoietica. Tale compresenza ne sottolinea le valenze integrative, in cui l'elemento corporeo, la dotazione biologica si articola con la dimensione simbolica e culturale. Il suono si pone a ponte di ciò che è innato e ciò che sarà appreso” (Manarolo, 2006).

Anche Di Benedetto sottolinea la doppia natura del musicale, attraverso una spiegazione interessante. Secondo l'autore l'esperienza musicale appare infatti regressiva e allo stesso tempo progressiva: “ la musica per certi versi elide i simboli verbali, ridando la priorità al corpo, per altri versi prelude ai simboli astratti di una lingua...nell'invitare l'ascoltatore all'uso non linguistico dei suoni lo riporta inconsapevolmente allo stato neonatale o addirittura prenatale, all'ascolto di voci come puri suoni, e lo fa retrocedere da una dimensione dominata dal rigore normativo e logico

del linguaggio alla dimensione sensoriale indeterminata di godimento degli stimoli acustici” (Di Benedetto, 2000, cit. in Manarolo, 2006). D'altra parte l'esperienza musicale “[...] fa recuperare una sorta di gnosi arcaica , quella condizione, tipica della prima infanzia, in cui la parola viene percepita come semplice vibrazione organizzata, insensata ma potenzialmente significativa. Sotto questo profilo promuove un'esperienza di carattere progressivo” (Di Benedetto, 2000, cit. in Manarolo, 2006). Difatti la musica mentre elide il pensiero logico-verbale, riproducendo antiche situazioni percettive, sottopone la psiche ad un esercizio di ascolto che ne amplia la sensibilità recettiva e la fa quindi progredire verso un sentire più ampio. In questo modo può riuscire a far incrociare nel medesimo punto di intersezione un'esperienza regressiva di carattere sensoriale, che svuota il linguaggio verbale esistente, ed una progressiva che lo arricchisce di possibilità espressive. (Di Benedetto, 2000)

Fubini (2004) invece ci propone di considerare le peculiarità dell'elemento s\m da una prospettiva storico-estetica e antropologica. Anch'gli si riferisce al precedente binomio corpo-mente ma sottolineando maggiormente l'accostamento tra musica come linguaggio musicale non artificiale e naturalmente presente in natura e la musica come ciò che vi è di più spontaneo e primigenio nell'essere umano. Dopo una interessante diasamina che parte dalle concezioni platoniche e aristoteliche per arrivare al Rinascimento, e al Pensiero Positivista, l'autore conclude la sua trattazione articolando i concetti di “naturale” e di “universale” in musica secondo una prospettiva contemporanea. Per l'autore il pensiero contemporaneo tende ad individuare l'elemento naturale della musica in un'ipotetica natura musicale dell'uomo, ovvero in certe strutture basilari psicofisiche che rappresentano la condizione che deve essere rispettata perchè i

suoni vengano recepiti come musica. Nei linguaggi musicali è presente dunque una dimensione di universalità che ha molto in comune con l'idea di naturalità del linguaggio musicale. Al di sotto della pluralità dei linguaggi agisce una sorta di “ur-codice”²⁴ per cui hanno buona riuscita solamente quei linguaggi che non contraddicono gli elementi primari della percezione, e forse i limiti della percezione musicale rappresentano il fondamento di quell'idea di naturalità del linguaggio. (Fubini, 2004)

In conclusione secondo Manarolo le due diverse concezioni del rapporto musica\ natura citate sembrano trovare in queste ultime riflessioni un punto d'integrazione. L'elemento s\m manterrebbe un rapporto con la natura in quanto espressione della parte primitiva dell'essere umano (la parte emotiva e sentimentale), ma altresì in questa primitiva espressione sarebbero racchiuse le regole naturali di ogni linguaggio musicale culturalmente caratterizzato. (Manarolo, 2006)

3.3 L'ambiente intra-uterino

Ormai è noto che “ il cervello del feto reagisce ai suoni per i due terzi della durata della gestazione e la reazione di un suono esterno all'utero matura in misura considerevole nelle ultime quattro settimane di vita fetale...il feto inoltre appare recettivo ai suoni dell'ambiente esterno (soprattutto la voce dei propri genitori) e alla nascita si dimostra capace di attuare un riconoscimento” (Nathanielsz, 1995, cit. in Manarolo, 2006). Tale

²⁴ Ur-codice: codice originario (Manarolo, 2006).

capacità recettiva rispetto all'elemento s\m inizia a manifestarsi verso il quinto mese di gravidanza e compare negli esperimenti a partire dal settimo mese, quando è stato osservato che il feto risponde con dei movimenti a stimoli sonori esterni. Allo stesso modo il feto riceve la voce della madre e, secondo i risultati di alcune ricerche (Lecanuet, 1985 cit. in Manarolo, 2006) essa sarebbe riconosciuta fra le altre voci grazie alla percezione del ritmo e dell'intonazione. Ciò spiega anche perchè i neonati di meno di tre mesi distinguono la voce della madre da quella di un'altra donna.

Inoltre, nel corso della gestazione “...vi è un apprendimento uterino delle caratteristiche delle vocalizzazioni e di altri movimenti che segnalano emozioni affettuose; vi è la preferenza per le forme dinamiche di comunicazione; questa sottile abilità di ricezione dell'espressività umana deve affondare le proprie radici in strutture cerebrali dedicate alle emozioni e ai loro mutamenti dinamici” (Trevarthen, 1998). J.P. Lecanuet (1985) ci ricorda “come già a tre-quattro mesi il feto è capace di percepire gli stimoli acustici, mentre a partire dal settimo mese e mezzo è documentabile una reazione alla stimolazione acustica. Tale esposizione ha effetti strutturali e funzionali (in quanto matura la sensibilità e la preferenza per un interlocutore preciso, la madre, per determinate sequenze prosodiche, per una certa lingua)” (Imberty, 2002). L'udito non a caso è il primo senso a svilupparsi maggiormente già prima della nascita, a sottolineare l'importanza che l'universo sonoro, ancora prima che tattile, olfattivo, gustativo e visivo riveste nello sviluppo di un primo rapporto con il mondo esterno. Ciò rinforza ulteriormente la convinzione che esista quindi una competenza comunicativa non verbale innata e prevalentemente di natura emotiva.

3.4 Le prime acquisizioni

Imberty (2002) precisa e documenta come anche nelle prime settimane di vita il sistema uditivo si sviluppi in misura maggiore rispetto agli altri distretti sensoriali. La voce materna è immediatamente riconosciuta e ricercata, ed è tramite l'interazione con questa voce che "l'ambiente sonoro" del neonato acquista progressivamente senso; le prime esperienze che il bambino sperimenta, e che quindi costituiscono la base su cui si struttura il primordiale Sè, sono di natura sonora e formano l'involucro sonoro del Sè. A questo proposito Anzieu (1987) sostiene che proprio nella prima esperienza sonora che accompagna l'allattamento si formi il primo nucleo del Sè costituito come involucro sonoro. "Prima dello sguardo e del sorriso della madre, che lo nutre e lo cura, rinviano al bambino un'immagine del Sè che gli sia visibilmente percettibile e che egli interiorizzi per costituirsi come individuo originale e differenziarsi dagli altri, il bagno melodico dell'ambiente pone a sua disposizione un primo specchio sonoro di cui fa uso dapprima con le proprie grida ed infine con i suoi giochi di articolazione vocale..." (Anzieu, 1987, cit. in Manarolo, 2006).

In questo caotico "bagno sonoro" che avvolge il neonato, la voce materna costituisce un primo punto di riferimento, il primo vero legame psichico tra esperienze eterogenee contenute nell'involucro sonoro del Sè: "l'eco materna è il primo fenomeno sonoro strutturante il rapporto tra fra il soggetto e il mondo... disegna i limiti di un tempo transizionale, intermedio fra l'atemporalità arcaica del Sè e il divenire dell'ambiente."

(Imberty, 2002, cit. in Manarolo, 2006). Rapidamente, a modalità espressive innante, se ne sovrappongono altre, frutto dell'intreccio fra aspetti biologici e aspetti ambientali.

L'influenza dell'ambiente è evidente: a meno di tre settimane le madri sono capaci di riconoscere quattro tipi di grida (fame, collera, dolore, frustrazione), espressione di risposte biologiche a situazioni specifiche, ma già nello stesso periodo inizia a comparire il falso grido di pericolo (un gemito portato fino al grido) che intorno alla quinta settimana costituirà la base della prima reazione circolare²⁵. A partire dal secondo mese, e fino al sesto, si manifesta il fenomeno della lallazione²⁶, un'attività che sembra rivestire il significato sia di esercizio esplorativo delle possibilità vocali, sia di un'imitazione delle voci dell'ambiente (la quantità delle vocalizzazioni è in funzione della ricchezza verbale dell'ambiente sonoro). (Manarolo 2006)

Secondo Imberty la lallazione costituisce per il bambino l'occasione di esercitare le proprie attitudini uditive e per sviluppare la percezione dei rapporti tra le sensazioni fonatorie, fisiologiche e muscolari e la qualità intrinseca dei suoni emessi

25 Prima reazione circolare: J. Piaget ha individuato nello sviluppo percettivo motorio dei primi 18 mesi di vita del bambino, delle reazioni circolari in cui è ravvisabile un aspetto cognitivo a partire dalle reazioni primarie che mettono capo a ritmi, come la protusione sistemica della lingua o la suzione del pollice, che portano da uno stato all'altro, per ricominciare poi nel medesimo ordine a livello di reazioni secondarie che differenziano i ritmi iniziali secondo schemi multipli. Questi sono l'abbozzo delle prime abitudini che mettono capo alle reazioni terziarie dove si ha un inizio di reversibilità, fonte delle future operazioni di pensiero... (Galimberti, 2003).

26 Lallazione: fenomeno fonetico che precede il linguaggio articolato. Verso il terzo mese di vita il bambino comincia ad articolare dei suoni consonantici o vocalici che ripete per un tempo più o meno protratto con tonalità variamente modulate. Questo stadio, denominato balbettio o vocalizzazione, caratterizza gli stati euforici del bambino dei primi mesi di vita. Verso il sesto mese la vocalizzazione viene organizzandosi nella forma di lallazione dove compaiono le prime sillabe e le parole più semplici...” (Galimberti, 2003).

con i loro differenti parametri acustici. Lo *schema vocale*, ossia la coscienza delle relazioni tra sensazioni muscolari interne, produzioni di suoni vocali, possibilità di controllarli e modularli, si costruisce in questo periodo. (Imberty 2002). Sul piano più specificatamente musicale, le prime acquisizioni del neonato sono documentate dallo stesso autore che afferma come dai due ai cinque mesi e mezzo i bambini appaiono capaci di percepire frasi melodiche semplici e ben organizzate sulla base dei principi gestaltici della vicinanza e della similarità. Mentre dai quattro ai sei mesi appaiono anche sensibili alla struttura della frase musicale, alla sua unità e alle sue articolazioni.

3. 5 *Le prime interazioni*

a) Le competenze del neonato

Ogni bambino (superata la crisi sonora della nascita, che può connotare il suono anche di valenze persecutorie²⁷) attiva, con diversità temperamentali specifiche, competenze innate finalizzate alla comunicazione e alla relazione “...lo sviluppo cerebrale ereditato e organizzato è in grado, infatti, di creare capacità di incontro per scambi intersoggettivi fra il bambino e chi si prende cura di lui” (Trevarthen, 1998, cit. In Manarolo, 2006). Sono dunque le emozioni a favorire gli scambi comunicativi; le emozioni sono quindi “ i regolatori delle attività psicologiche, non i loro prodotti...la comunicazione emotiva

27 Valenze persecutorie: alla nascita, l'impatto con il “mondo sonoro” può connotarsi di aspetti traumatici. Khout (Khout, Levarie, 1950) osserva come gli eventi acustici rappresentino uno dei primi elementi del reale con cui il neonato viene a contatto e da cui, rispetto ad altri stimoli, è relativamente indifeso. Questa esperienza primitiva probabilmente crea un'associazione tra suono improvviso, di forte intensità e ad una situazione di pericolo. (Manarolo, 2006)

inoltre influisce sullo stato neuro-ormonale²⁸ determinando e condizionando la regolazione e l'accrescimento del cervello umano” (Trevarthen, 1998). Quindi se, come afferma Trevarthen (ibidem) il neonato possiede espressioni vocali che vengono utilizzate come frasi nelle protoconversazioni per indicare affetti interpersonali dinamici, allora è confermabile uno dei più importanti presupposti all'efficacia del mediatore s\m con finalità relazionali e terapeutiche, e cioè il fatto che il bambino possieda una competenza comunicativa non verbale innata e prevalentemente di tipo emotivo.

b) Le competenze materne

Queste competenze del neonato trovano corrispondenza nella figura materna. “Già nei primi tre mesi si sviluppa tra madre e bambino una comunicazione s\m altamente specifica. La madre produce parole brevi, a intervalli regolari, con modulazioni semplici e cantilenanti; la sua voce è sonora ma rilassata e sussurrata, mediamente acuta; il bambino si inserisce nelle pause utilizzando espressioni vocali che danno vita ad una protoconversazione scandita da un tempo “adagio” (madre e bambino sono infatti uniti da un unico ritmo, un battito ogni 0,9 secondi, su cui si alternano)...ed è l'esatta interazione tra il modo di rivolgersi all'altro e di replicare per tempo attraverso le

28 Comunicazione emotiva e stato neuroormonale: “ Studi condotti sulla stimolazione elettrica e sull'ablazione hanno mostrato che l'ipotalamo riveste un ruolo importante nel controllo del sistema nervoso autonomo e delle emozioni; in quest'ultimo caso in stretta connessione con il sistema limbico [Questi] ... comprende una parte della corteccia cerebrale (circonvoluzione cingolata) e alcune strutture sottocorticali come l'area del setto, l'amigdala e l'ippocampo in cui avviene l'interazione emotivo-instintivo-comportamentale dell'individuo su un piano più differenziato e complesso rispetto alla prima integrazione che ha luogo a livello dell'ipotalamo...la connessione delle fibre del sistema vegetativo con aree encefaliche quali l'ipotalamo, a sua volta in relazione con il sistema limbico e con la formazione reticolare, fa sì che questo sistema intervenga nei processi della vita istintiva ed emotiva, nelle manifestazioni psicosomatiche quindi con rilievi significativi dal punto di vista psicologico” (Galimberti, 2003).

emozioni e le loro relazioni contingenti a far sì che il rapporto proceda in modo positivo”. (Trevarthen, 1990, 1998) Aggiunge Stern che “le modificazioni del comportamento vocale materno hanno, fra le altre finalità, di facilitare il bambino nel compito di analizzare e dare significato all'universo sensoriale che lo circonda”. (Stern, 1985, 1998)

c) Il baby talk

Come ricorda Imberty (2002), vi sono diverse versioni del baby talk in relazione alle diverse culture; esistono tuttavia tratti comuni: segmentazione, ripetizione, semplicità sintattica, lentezza del tempo, semplificazione e amplificazione dei moduli espressivi e dei contorni melodici. Il baby talk è inoltre caratterizzato da un registro acuto, utile alla sua identificazione, da curve d'intonazione molto semplificate e da minime variazioni. Questi aspetti costituiscono la base universale del bagno sonoro linguistico un cui è immerso il bambino fin dalla nascita. Tale produzione è utilizzata dalla madre per colmare o attivare l'attenzione del bambino, ma anche per articolare un vero e proprio dialogo sonoro. Il dialogo si struttura articolando ripetizioni e variazioni. La ripetizione genera una regolarità che permette al soggetto di anticipare il corso del tempo, e quindi di dominarlo, ma “la ripetizione crea una tensione dovuta ad un'attesa di soddisfacimento del desiderio che è seguita da una distensione più o meno marcata in rapporto al grado di variazione. La successione tensione\distensione istituisce quindi un tempo originario, esperienza primitiva della durata ma anche dell'assenza di soddisfazione, anticipazione dell'esperienza futura della perdita d'oggetto e del lutto²⁹”

²⁹Lutto: stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo che ha fatto parte

(Imberty, 2002, cit.in Manarolo, 2006).

d) Il sistema regolatore centrale della comunicazione

Le competenze attivate dalla coppia madre\bambino per avviare questa interazione fanno parte secondo Trevarthen (1990, 1998) del “Sistema regolatore centrale della comunicazione umana”, vale a dire una dotazione innata propria di ogni individuo che consente l'attuarsi di progetti intersoggettivi fin dai primi giorni di vita. Tale sistema costituisce la base innata su cui si strutturerà, nella fondamentale interazione con l'ambiente esterno, sia il linguaggio verbale che quello musicale. Questo è un presupposto fondamentale alla disciplina musicoterapica, nella misura in cui si è dimostrato (Trevarthen, 1990, 1998) che le competenze che caratterizzano il sistema regolatore centrale della comunicazione umana rimangono invariate per tutta la vita e sopravvivono in soggetti affetti da processi involutivi o da disabilità mentali. In una prospettiva musicoterapica Manarolo (2006) osserva come gli elementi che fondano tali competenze costituiscano anche gli elementi strutturali e qualitativi dell'esperienza musicale: le variazioni di intensità, altezza, timbro, ritmo e durata sono tipiche di qualsiasi comunicazione primordiale ma sono anche, seppur articolate in raffinate costruzioni simboliche, proprie dell'arte musicale.

integrante dell'esistenza...Dal lutto, che comporta sempre una identificazione con l'oggetto perduto, si esce attraverso un processo di elaborazione psichica o “lavoro del lutto”, come dice S.Freud, che prevede uno stadio di diniego in cui il soggetto rifiuta l'idea che la perdita abbia avuto luogo, uno stadio di accettazione in cui la perdita viene ammessa, e uno stadio di distacco dall'oggetto perduto con reinvestimento su altri oggetti della libido ad essa legata...” (Galimeberti, 2003).

e) La sintonizzazione

Stern (1985) introduce questo concetto definendo la sintonizzazione come una competenza, per lo più incoscia, della madre di restituire al figlio non solo un'imitazione (seppur variata), ma una rilettura metaforica e analogica che, sottolineando più il “come” che il “cosa”, pone l'accento non sul fenomeno bensì su ciò che sta dietro di esso, ossia sulla qualità dello stato d'animo. Secondo l'autore ciò starebbe a fondamento del rapporto intersoggettivo che, a partire dal 9° mese, si instaura fra madre e bambino. Questa interazione interessa soprattutto gli *affetti vitali* (Stern 1985), vale a dire le qualità dinamiche e cinetiche delle sensazioni e dei profili di attivazione. Questa interazione inoltre si pone come momento di comunione e come potenziale fattore di regolazione del livello di attivazione e di eccitazione. Gli affetti vitali stilizzano programmi comportamentali fissi e rigidi, e non essendo categorizzabili, sono connotati dal proprio profilo di attivazione. Madre e bambino, per entrare in contatto, per relazionarsi devono condividere affetti di vitalità, devono accordarsi (così come i musicisti che suonano insieme), devono entrare in *sintonia affettiva* (corrispondenza transmodale di natura affettiva, derivata da uno stato emotivo vissuto attraverso l'altro) (Imberty, 2002; Stern 1985, 1998). I parametri che caratterizzano gli affetti vitali e su cui si modula la sintonizzazione sono essenzialmente tre: l'intensità, la durata, la forma. E' evidente che anche per questa specificazione ricorre ancora l'analogia coi parametri attinenti al ritmo, al suono e in generale alla musica.

3. 6. *La condivisione degli stati della mente*

Le linee di ricerca delineate da Stern e Trevarthen trovano ulteriore sviluppo e approfondimento nell'approccio neurobiologico proposto da Siegel (2001). Da tale prospettiva la contrapposizione tra innato e appreso³⁰ viene superata da una concezione dello sviluppo cerebrale esperienza-dipendente; se è vero che le informazioni genetiche garantiscono l'organizzazione generale delle strutture cerebrali è altresì vero che le esperienze dell'individuo determinano quali geni vengano espressi e quando. (Siegel, 2001).

Le prime esperienze a svolgere questa funzione regolatrice e strutturante sono le precoci relazioni che si instaurano all'interno della diade madre\ bambino veicolando continuamente contenuti emotivi. “...la nostra specie ha alla nascita un cervello poco sviluppato e la possibilità di sintonizzarsi con gli stati della mente del genitore consente al bambino di ampliare i suoi stati emotivi positivi, controllare quelli negativi e sviluppare le capacità di autoregolazione...[da cui deriva l'organizzazione del Sè]; il cervello del bambino utilizza gli stati della mente del genitore per cercare di organizzare le sue attività” (ibidem, cit.).

La condivisione degli stati della mente caratterizza le prime forme di

30 Contrapposizione tra innato e appreso: “secondo l'innatismo...l'organismo porta in sé fin dalla nascita programmi di pensiero e di comportamento precostituiti e trasmessi per via ereditaria. In ambito psicologico si tende a considerare innanti i riflessi...gli istinti...il potenziale di una specie. In psicologia la disputa tra innato e appreso si è risolta nella postulazione della doppia azione dell'ereditarietà e dell'ambiente dove non si nega l'evidenza che esistono comportamenti innati e non si esclude la compensazione dell'azione educativa su quanto si è ereditato...” (Galimberti, 2003).

relazione interpersonale, ma è altresì presente in tutti quei rapporti connotati da intensità e profondità. Sono le modalità comunicative non verbali e il loro contenuto emotivo a permettere tale relazione intersichica (Manarolo 2006). Da tale prospettiva le emozioni acquisiscono un ruolo fondante e strutturante lo sviluppo psichico. Le emozioni rappresentano “...un sistema innato attraverso il quale attenzione, scopi e apprendimento possono essere coordinati fra individui diversi: comunicazione emozionale e sintonizzazione affettiva diventano il terreno sui cui si sviluppano le capacità cognitive del bambino...” (Siegel, 2001, cit.) ma costituiscono altresì le modalità impiegate dalla nostra mente per modularsi nel corso della nostra vita (Manarolo, 2006).

Ecco che l'approccio neurobiologico, sottolineando il ruolo strutturante delle prime relazioni interpersonali, essenzialmente non verbali e veicolanti contenuti emotivi, e precisando inoltre come la comunicazione emotiva possa svolgere anche in età adulta un ruolo organizzativo e modulante, fornisce all'approccio musicoterapico un importante fondamento scientifico. Secondo Manarolo (2006) l'intervento di MT si prefigge infatti di attivare processi relazionali non verbali a contenuto emotivo, impiegando l'elemento s\m come modalità espressiva, in quanto modalità intimamente affine all'espressività emotiva; nell'attivazione di tali processi, tramite i pattern che si vanno a configurare, il trattamento musicoterapico potrebbe svolgere un ruolo strutturante a livello cerebrale.

3.7 La necessità di un'integrazione multidisciplinare

Si può riassumere quindi lo schema proposto da Manarolo per cui “...l'approccio neurobiologico va quindi ad integrare ed arricchire le precedenti concettualizzazioni [Stern e Trevarthen]; non solo esiste una competenza comunicativa non verbale innata e prevalentemente emotiva, ma tale competenza, attivandosi all'interno di un rapporto interpersonale (grazie all'utilizzo di parametri s\m), consente l'avvio di una strutturazione e organizzazione corticale...” e prosegue: “...le prime forme di compartecipazione emotiva utilizzano quindi codici espressivi non verbali intimamente connessi all'esperienza s\m. Le modulazioni di tali codici all'interno della coppia madre\bambino, le primitive sensazioni, percezioni ed emozioni veicolate in tal contesto, strutturano e impressionano il corpo e la primitiva mente del bambino e costituiscono, insieme alla sua dotazione di base, alla sua costituzione caratteriale e corporea (elementi caratterizzanti il profilo senso-percettivo e psicologico), le aree di sensibilità e di intolleranza, i gusti e le inclinazioni” (Manarolo 2006, cit.)

Ciò che emerge indiscutibilmente, ed è fondante per ogni intervento musicoterapico, è il fatto che ogni individuo dispone di una dotazione sonoro\musicale innata, contenuta nelle competenze comunicative ed emotive citate, che viene sviluppata e modulata in relazione al proprio percorso evolutivo ed esistenziale, ma che anche nei casi più compromessi mantiene una certa strutturazione. Ricorda in modo poetico ed efficace lo stesso Trevarthen: “ Insegnare come modellare le risposte rivolte al bambino in modo da incoraggiarlo a rinforzare i suoi tentativi di creare un contatto

tranquillo e felice, oppure come prendere parte ad una comunicazione condivisa in cui i cambiamenti emotivi sfumino l'un nell'altro senza traumi, può risultare di aiuto ad una mente infantile quando sia immatura o portatrice di handicap, angosciata o emotivamente disturbata” (Trevarthen, 1998, cit. in Manarolo, 2006).

CAPITOLO 4

LA MUSICOTERAPIA IN ITALIA

4.1. Dai primi sviluppi alle attuali posizioni

La musicoterapia italiana nasce e si diffonde inizialmente grazie all'opera di promozione della Pro Civitatae Christiana di Assisi, che a partire dagli settanta inizia a introdurre tale concetto nel contesto clinico e formativo italiano. Infatti proprio ad Assisi viene avviato il primo corso di MT, ancora in via sperimentale, nel 1981. In questo contesto prende gradualmente forma un'originale riflessione sulla MT, sui suoi fondamenti scientifici, sul suo metodo, sui suoi risultati e sulle sue prospettive in Italia. I principali esponenti di questa fase pionieristica sono Loredano Matteo Lorenzetti, Pier Luigi Postacchini e, in un secondo tempo, Mauro Scardovelli. In generale Manarolo osserva che l'approccio teorico della scuola italiana considera l'elemento sonoro-musicale essenzialmente un mediatore facilitante lo sviluppo di percorsi relazionali (riferibili al concetto di musica “per” la terapia, cfr. Cap.3); tale impostazione per un verso fa riferimento a concettualizzazioni proprie della psicologia dinamica, Pier Luigi Postacchini, integrate da contributi afferenti alla prospettiva ecologica e all'ottica sistemica, Loredano Matteo Lorenzetti; l'impostazione di Mauro Scardovelli è viceversa tributaria di categorie proprie della pragmatica della Comunicazione, della Programmazione Neurolinguistica, della Psicologia Umanistica, della Teoria dell'attaccamento di Bowlby”. (Manarolo, 2006)

Riferibili alla matrice teorica benenzoniana, in parte mediata dal pensiero di Pier Luigi Postacchini, verranno infine presentate le proposte teorico-applicative di Gerardo Manarolo e Alfredo Raglio. Questi autori, nonostante siano afferenti a background teorici simili e abbiano condiviso parte del percorso di ricerca e della professione clinica in vari ambiti italiani, possono essere considerati, nelle loro peculiarità applicative, differenti. Sicuramente la loro attività sia in ambito teorico che in ambito applicativo li rende due tra i più solidi punti di riferimento della MT in Italia oggi. Mentre Manarolo si è distinto per l'organicità della proposta teorica, nonché per il continuo impegno in ambito clinico e formativo, la pratica professionale di Raglio è molto importante nel panorama attuale, oltre che per gli aspetti clinici e formativi, anche e soprattutto per la sua attività di ricerca, riconosciuta a livello internazionale grazie a numerose pubblicazioni scientifiche³¹.

Qui di seguito approfondiremo le concettualizzazioni di Postacchini (1997) e di Scardovelli (1992), senza entrare nello specifico della proposta di Lorenzetti, la quale oltre a sembrare meno organica e strutturata, ha avuto ad oggi anche meno influenza nel panorama formativo e applicativo italiano. I criteri della presentazione si rifanno allo schema proposto da Manarolo (2006), per cui di ogni “modello” verrà descritta la definizione di musicoterapia, il referente teorico, le modalità di analisi dell'elemento s/m, le finalità e le strategie dell'intervento musicoterapico.

31 Cfr. Capitolo 6

a) *La Musicoterapia secondo Pier Luigi Postacchini*

-La definizione: la MT è concepita come una prassi preventiva, riabilitativa o terapeutica, al cui interno “la musica” costituisce un parametro relazionale non verbale attraverso il quale si può costruire una “relazione terapeutica” in situazione di handicap neuropsichico.

-Il referente teorico: questo modello fa riferimento ad un'impostazione teorica propria della psicologia dinamica; sono utilizzate le concettualizzazioni di Sigmund Freud (1895), di Melanie Klein (Scritti, 1921-1958), di Wilfred Bion (1971), di Leon e Rebecca Grinmberg (1976), di Daniel Stern (1985), ma è anche tributario dei contributi di matrice neuropsicologica di Giorgio Moretti (1982); la modalità osservativa impiegata è quella espressa dall'osservazione diretta e partecipe (Bick, 1964), anch'essa di matrice psicodinamica.

-L'analisi dell'elemento s\m: gli aspetti sonoro\musicali vengono analizzati impiegando le concettualizzazioni di Fernando Dogana (1983) (il fonosimbolismo) e di Michel Imberty (1986) (gli schemi di rappresentazione dell'espressività musicale); il quadro teorico è inoltre integrato dai concetti benenzoniani di Iso e di Oggetto intermediario (1984) e dal concetto di Area transizionale di Donald Winnicot (1970).

-Le finalità: l'obiettivo dell'intervento musicoterapico è quella di costruire una “relazione terapeutica³²” attraverso il parametro sonoro\musicale che possa favorire

32 Relazione terapeutica: con questa definizione si fa riferimento al “lavoro di compressione sul piano

un'integrazione spaziale (distinzione fra Sè e non Sè), temporale (dalla dimensione dell'essere a quella del divenire), sociale (rapporto con il mondo esterno e definizione della propria identità).

Le strategie: per l'autore tale integrazione è agevolata da un processo di armonizzazione, vale a dire un percorso che migliori il rapporto fra la dimensione sensoriale e quella mentale. Alla base di questo processo di armonizzazione e della prassi musicoterapica troviamo il concetto di sintonizzazione; questa modalità operativa attenta al “come” più che al “cosa”, impiega, per attuare una relazione non verbale, categorie transmodali.

In sintesi questo approccio si prefigge di “intervenire sull'esperienza emotiva del soggetto (in questo contesto sull'esperienza emotiva generata dalla musica all'interno di una dimensione relazionale) e, tramite processi di sintonizzazione, facilitare una maggiore armonizzazione e regolazione degli aspetti emotivi, vale a dire una maggiore fluidità bidirezionale tra sensazione, percezione e pensiero” (Manarolo, 2006).

b) *La Musicoterapia secondo Mauro Scardovelli*

La definizione: la MT è considerata una tecnica applicabile a quei casi in cui il disturbo della comunicazione si evidenzia in una disarmonia e disarticolazione degli aspetti

empatico delle dinamiche psichiche del paziente, del significato affettivo e dal valore spesso simbolico del disturbo presentato; alla presa in carico dei problemi affettivo-emotivi del paziente; all'elaborazione del rapporto personale col paziente in senso terapeutico...” (Rossi, Peraldo Gianolino, Priori, Scarsi, 1984).

temporali-ritmici-energetici.

I referenti teorici: questo “modello” (maggiormente eclettico rispetto al precedente) utilizza diversi riferimenti teorici integrati fra loro; Scardovelli impiega, infatti, categorie proprie della Pragmatica della comunicazione (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971), della Programmazione Neurolinguistica (Dilts, Grinder, Bandler, Blander, De lozier, 1982), della Psicologia Umanistica (Maslow, 1982), della Teoria dell'attaccamento di Bowlby (1989).

L'analisi dell'elemento s\m: gli aspetti sonoro-musicali sono analizzati impiegando concetti derivati dalla Pragmatica della comunicazione; viene così distinto un contenuto (le figurazioni sonoro-musicali) da categorie espressive della qualità della relazione in corso (energia, spazio, tempo). L'autore, partendo da queste premesse, elabora una griglia di analisi che prende in considerazione tre differenti livelli evolutivi del dialogo sonoro³³.

Le finalità: l'obiettivo dell'intervento musicoterapico è quella di definire una base sicura tramite il framing (mettere in cornice, organizzare i comportamenti espressivi spontanei del paziente); la base comune che si realizza tra paziente e terapeuta costituisce la premessa di un percorso esplorativo.

33 Livelli evolutivi del dialogo sonoro: “Mauro Scardovelli utilizza i seguenti parametri per analizzare il dialogo sonoro: energia, tempo, spazio; questi parametri possono apparire privi di una differenziazione (ciò essere globali, con variazioni irregolari continue), presentare una prima differenziazione (variazioni regolari continue) ed un'ulteriore differenziazione (seconda differenziazione, variazione regolari discontinue)” (Manarolo, 2006).

Le strategie: le strategie impiegate sono l'osservazione delle caratteristiche psico-corporee dell'utente, il calibrarsi rispetto ad esse e il ricalcare (matching) gli aspetti ritmico-energetici di tale comunicazione; il musicoterapista cerca così di rispecchiare la “fisiologia” dell'utente e di entrare, tramite essa, nel suo progetto autoespressivo; il cliente sentendosi riconosciuto e accettato (case sicura) può accedere anche ad emozioni negative. (Manarolo, 2006)

4.2 Analogie e differenze tra i due modelli

Nonostante quella presentata sia semplicemente una sintesi, al di là dei differenti orientamenti teorici emerge comunque un'importante convergenza tra questi due approcci e ciò ribadisce in qualche modo la specificità dell'intervento musicoterapico. Sia Postacchini che Scardovelli individuano come ambito specifico della MT gli aspetti espressivi, comunicativi e relazionali maggiormente implicati negli scambi di natura emotiva. Si tratta di un ambito di comunicazione emotiva premodale\transmodale³⁴, essenzialmente di tipo sonoro e corporeo e che impiega variazioni di dinamica, agogica, intensità, timbro, durata. Si definisce così un ambito di intervento che riferito a quei contesti clinici che non hanno accesso ad una comunicazione emotiva adeguata ed efficace ed altresì in quei casi che soffrono per una carente integrazione psicocorporea e per una disregolazione emotiva³⁵.

34 Comunicazione emotiva premodale\transmodale: “...Stern postula che il rapporto empatico, del tutto inconscio, che si viene a sviluppare tra madre e bambino, sia fondato non tanto sull'imitazione esatta del comportamento... quanto su riferimenti sinestesici tra una modalità propositiva ed un'altra modalità elaborativa...” (Postacchini, Ricciotti, Borghesi, 2004).

35 Disregolazione emotiva: “Il processo di regolazione emotiva implica la possibilità di articolare il vissuto emotivo con una rappresentazione simbolica dello stesso; si tratta cioè della capacità di sperimentare le proprie emozioni ma altresì di pensarle. Una difficile o distorta relazione fra tali funzioni può determinare una disregolazione emotiva” (Manarolo, 2006).

Alcune divergenze importanti invece emergono se si considerano le modalità di intervento dei due approcci. Postacchini e colleghi, proponendo come modalità operativa l'osservazione diretta e partecipe e la sintonizzazione, sottolineano l'importanza della neutralità, dell'ascolto, del silenzio, dell'attesa; il contatto con il paziente avviene per il tramite di una risonanza interiore del musicoterapista che a sua volta, se lo ritiene opportuno, potrà tradurre in aspetti sonoro\musicali. Scardovelli invece propone un'osservazione funzionale al calibrarsi e al ricalco; fin da subito il musicoterapista viene sollecitato a porsi in contatto con il cliente attraverso un'attiva restituzione delle sue modalità espressive-comunicative. (Manarolo, 2006).

4.3 La proposta teorico-applicativa di Gerardo Manarolo

La necessità di restringere ulteriormente il campo di interesse ci porta a considerare una delle ultime e più organiche proposte teorico-applicative in ambito clinico formativo e di ricerca, ossia la definizione di MT che scaturisce dal Manuale di Musicoterapia di Gerardo Manarolo e che è opportuno riportare nella sua integrità: “La musicoterapia può essere considerata un intervento specifico in tutti quei casi in cui esiste un disturbo qualitativo e/o quantitativo della sfera emotiva e delle relative competenze espressive-comunicative-relazionali. La musicoterapia è in grado di agire in modo isomorfo sulle qualità innante, pre-protosimboliche, ma anche su quelle acquisite, simboliche, al fine di attivarle, regolarle, qualificarle in una dimensione intrapersonale ed interpersonale”

(Manarolo, 2006).

L'autore si basa sui fondamenti scientifici della musicoterapia riferibili al lavoro di Stern, Siegel, Trevarthen (cfr. Cap. 2) per sottolineare con forza le peculiarità del linguaggio sonoro\musicale e la sua relazione con la sfera emotiva. “La componente espressiva delle emozioni non attinge ad un codice comunicativo di tipo proposizionale, ma fa riferimento ad un rapporto immediato con l'ambiente, si tratta di una comunicazione diretta e spontanea, non appresa e afferente ad un codice di origine genetica” (Manarolo 2006, cit.). Se la comunicazione umana diretta è caratterizzata essenzialmente da aspetti di tipo sonoro\musicale (tra cui tempo, intensità, forma, timbro ecc.), allora il linguaggio musicale può in qualche modo facilitare l'espressione, la conoscenza dei vissuti emotivi, predisponendone l'organizzazione strutturale e favorendone il controllo da parte dell'individuo. (Caterina, Bunt, 2002) Ancora si può affermare che il linguaggio sonoro\musicale, in virtù delle caratteristiche menzionate, può facilitare l'espressione diretta dei vissuti emotivi ma, in virtù delle potenzialità simbolopoietiche che possiede può favorire l'accesso ad una comunicazione mediata da un codice. “Si tratta del passaggio da una comunicazione immediata, corporea e sonora dove il suono rappresenta solo se stesso, ad una comunicazione mediata dove il suono trasforma in parte la sua concretezza per acquisire valenze simboliche e musicali rappresentando qualcosa di altro da sé” (Manarolo, 2006, cit.).

E' questo il fulcro centrale della proposta teorico-applicativa in questione: il passaggio che il linguaggio sonoro\musicale può attivare consente una migliore

regolazione delle emozioni in quanto permette la transizione da una comunicazione diretta, dove le emozioni sono sperimentate e agite, ad una comunicazione simbolica, dove le emozioni sono vissute, ma anche pensate attraverso diverse forme di rappresentazione.

4.3.1 Le qualità del mediatore sonoro\musicale nella relazione musicoterapica

Le peculiarità dell'elemento sonoro\musicale sono ciò che qualifica questo tipo di approccio, delineando i relativi possibili percorsi e ambiti di intervento. E' quindi opportuno approfondire ulteriormente tali peculiarità, integrate in ciò che è l'esperienza musicale soggettiva, secondo la proposta di Manarolo (2006):

- La musica e il suono possono essere fruiti passivamente, possono penetrarci anche contro la nostra volontà, possono entrare dentro di noi, essere assorbiti e dare vita trasformazioni benefiche o malefiche, terapeutiche o patogene, possono essere investiti di qualità idealizzate o persecutorie.
- La musica e il suono sollecitano la nostra corporeità; basti pensare al ritmo e a quanto le variazioni timbriche e di altezza possano trovare immediate risonanze senso-percettive. La musica può così essere connotata da qualità attivanti e stimolanti, ma anche sensoriali e sensuali.
- La musica mantiene un profondo rapporto con la dimensione nostalgica. Non solo induce la nostalgia di una dimensione preverbale dove suono e oggetto mantengono

un rapporto di continuità, ma rappresenta essa stessa una esperienza nostalgica.

Quindi il fruirne sottolinea la dimensione nostalgica dell'esistenza (il suo irreversibile scorrere), ma, allo stesso tempo, la sua parziale ripetibilità e la sua risonanza corporea ci consentono di presentificare quasi concretamente il passato, “illudendoci” consapevolmente di rivivere ciò che si è perso.

- La musica propone un ordine, una gerarchia di rapporti, rappresenta come afferma Shon (1997), uno strumento di mediazione tra il caos originario delle emozioni e il linguaggio articolato dell'intelletto, e, oscillando pericolosamente tra questi due poli, acquista valenze perturbanti.
- Il suono, e la musica come ricorda Piana (1996), si mostrano nel loro divenire; non sono già dati, costituiscono un fenomeno “eveniente”, si fanno quindi seguire e nel loro delinarsi, possono indicare una direzione e una durata (orientando lo spazio e il tempo), ma anche sospendere ogni durata e annullare ogni spazio.

Ulteriori qualità e peculiarità dell'esperienza musicale sono descritte da Antonio Di Benedetto (2002). L'autore infatti approfondisce in modo molto acuto la natura ambivalente del musicale individuando diverse coppie di opposti. In questa sede ne presentiamo una breve descrizione:

- Ordine\disordine: “la musica introduce un principio di ordine al disordine emozionale” (Di Benedetto, 2000), dando forma al nostro sentire più indefinito, antico, profondo.

- Presenza\assenza: “Il suono diventa testimone di cose non visibili” (Di Benedetto, 2000).
- Creatività\distruzione: “Il musicista, nel produrre un suono, annulla il precedente, crea qualcosa di nuovo nell'istante in cui distrugge qualcos'altro” (Di Benedetto, 2000).
- Consolazione\lutto: “La musica è una forma capace di suscitare un'impressione di pienezza, seguita da un vuoto... nelle arti visive l'opera ha un'esistenza autonoma che si prolunga nel tempo... nella musica l'ascoltatore è impegnato in una sottile e incessante rielaborazione del lutto, le forme musicali sono metafore dell'incessante cambiamento delle forme vitali” (Di Benedetto, 2000).
- Regressione\progressione: “ La musica per certi versi elide i simboli verbali ridando priorità al corpo, per altri versi prelude al mondo dei simboli astratti di una lingua. È insieme toccante e impalpabile, sensibile ed evanescente; l'esperienza che vi si accompagna tende perciò a configurarsi anch'essa in modo duplice come regressiva e allo stesso tempo progressiva” (Di Benedetto, 2000).

4.3.2 La musicoterapia per Manarolo: una proposta di sintesi

Secondo Manarolo si delinea allora un preciso percorso musicoterapeutico che va dal fare, dall'esercizio alla traduzione dell'espressione emozionale; gli aspetti prelogici vengono tradotti in aspetti logici grazie al simbolo sonoro/musicale, punto d'unione in cui le modalità comunicative proprie di un sistema logico, fondato su di un linguaggio

astratto, rinviano a relazioni prelogiche e fanno intravedere qualcosa di profondamente diverso e in sé indescrivibile. Questa ambivalenza risulta il punto di forza ma anche la criticità fondamentale di una terapia basata sull'elemento s\m. Ciò che garantisce la terapeuticità del percorso è la presenza e l'intervento specifico del musicoterapista, inteso come professionista specifico della relazione di aiuto³⁶. Durante l'intervento musicoterapico il fenomeno sonoro\musicale assume un ruolo di oggetto mediatore tra le esigenze del paziente e la situazione terapeutica, da luogo cioè ad uno “spazio potenziale che il soggetto crea tra Sé e il mondo esterno per giocare, esercitarsi, confrontarsi, attraverso rappresentazioni simboliche, con i bisogni del proprio mondo interno e con le esigenze della realtà esterna” (Caterina, 2005). Volendo trovare una sintesi, possiamo riferirci alla schematizzazione già adottata in precedenza per gli altri approcci italiani e considerare la proposta teorico-applicativa di Manarolo secondo i criteri relativi alla definizione, ai referenti teorici, all'analisi dell'elemento s\m, alle finalità e alle strategie. Secondo l'autore la MT viene considerata una terapia espressiva che utilizza l'elemento sonoro\musicale come mediatore relazionale; il suono e la musica, in virtù di certe loro caratteristiche (l'essere parte integrante di modalità comunicative innate e primitive di tipo essenzialmente emotivo; il porsi a ponte fra aspetti concreti e simbolici) possono facilitare un intervento sui disturbi della sfera espressivo-comunicativo-relazionale e possono agevolare processi di integrazione psicocorporea. L'elemento s\m, quindi, può facilitare l'espressione di vissuti emotivi e anche la loro organizzazione in strutture formali e simboliche. La finalità dell'intervento musicoterapico è quella di promuovere processi espressivi-comunicativi-relazionali, attivare la loro mentalizzazione, facilitare l'integrazione degli aspetti psicocorporei, attivare e regolare la soggettiva dimensione emotiva. Le strategie impegnate fanno

³⁶ Professionista della relazione di aiuto: al di là delle specifiche competenze musicoterapiche, ogni musicoterapista “...dimostra il suo livello di professionalità attraverso il grado di consapevolezza posseduto rispetto a sé rispetto al fatto di utilizzarsi come strumento di cura” (Manarolo, 2006).

riferimento ai concetti di empatia e di sintonizzazione affettiva (per quanto riguarda gli aspetti strettamente relazionali) e di improvvisazione (per quanto riguarda gli aspetti piu strettamente sonoro musicali), cercando di coniugare tali concettualizzazioni all'interno di una concezione musicoterapica che li integri e li traduca in una specifica modalit  operativa. (Manarolo, 2006)

Tra i meriti di questa proposta vi   quella di cercare una sintesi tra un approccio ideografico (dimensione qualitativa) e un approccio nomotetico (dimensione quantitativa). Infatti pur ribadendo il primato della componente relazionale (ossia degli aspetti qualitativi), la proposta di Manarolo si prefigge comunque di approfondire e di precisare la fase relativa allo studio delle caratteristiche cliniche e sonoro\musicali del paziente, fase preliminare alla presa in carico e all'intervento, anche secondo un'ottica quantitativa. Tale integrazione tra aspetti qualitativi e quantitativi   anche riproposta nella fase di verifica dell'intervento secondo questo approccio. Altro merito importante di questo approccio   quello di delineare con una certa chiarezza, sebbene esista sempre un margine di discrezionalit  applicativa, i principali ambiti applicativi di questa musicoterapia.

4.4 I principali ambiti applicativi

Delineare gli ambiti applicativi specifici dove la MT possa intervenire in modo

proficuo costituisce una componente fondamentale del percorso di maturazione di questa disciplina. Capire dove la MT non può funzionare è un discrimine imprescindibile per riconoscere i casi dove invece l'intervento musicoterapico non solo può risultare utile ma anche necessario. Manarolo (2006) resitringe la vasta gamma di ambiti applicativi, o aree di pratica, indicate da Bruscia (1993) e individua tre principali contesti dove la MT può trovare un proficuo utilizzo: 1) l'ambito preventivo 2) l'ambito riabilitativo 3) l'ambito psicoterapico.

Vediamoli meglio nella schematizzazione proposta dall'autore:

- L'intervento di tipo preventivo è caratterizzato dall'impiego dell'elemento s\m con finalità globalmente contenitive e maturative; introdurre alla musica può agevolare un percorso di conoscenza e di crescita personale, può facilitare lo sviluppo della creatività permettendo di dare forma a modalità espressive comunicabili e socializzabili al cui interno sciogliere e trasformare potenziali nuclei patogeni. La musica, per la concretezza che le è propria, per gli aspetti narcisistici e gruppali³⁷ che la caratterizzano, si presta meglio di altri linguaggi a percorsi finalizzati allo sviluppo di relazioni (in contesti caratterizzati dal disagio sociale e psichico) e alla maturazione emotiva, all'individuazione, all'integrazione; costituisce infatti un prezioso “ponte” verso situazioni connotate dall'agito e dall'omologazione.

37 Aspetti narcisistici e gruppali del musicale: la musica può rinforzare e sostenere una dimensione narcisistica, dove osserviamo “... un ripiegamento sull'Io della libido sottratta ai suoi investimenti oggettuali...” (Galimberti, 2003), consentendo un ritiro autosufficiente; per quanto attiene alle qualità gruppali del musicale (come ricorda Edith Lecourt, 1992, 1996) la dimensione verticale del musicale, che consente l'espressione sincronica di più e differenti “voci”, esprime qualità psichiche di tipo grupale (Manarolo 2006).

- L'intervento con valenze riabilitative si prefigge di riattivare e potenziare settori deficitari, funzioni regredite o non evolute; in questi casi la gratificazione (senso-percettiva ed estetica³⁸) indotta dall'elemento s\m può consentire un'attivazione del soggetto sia massiva che specifica; inoltre l'elemento s\m nei suoi aspetti strutturali e nelle modalità di fruizione e di espressione che propone (come sappiamo il suono e la musica non sono neutri, ma propongono già a livello senso-percettivo possibili percorsi) rappresenta un potenziale modello al cui interno articolare e plasmare limiti e potenzialità del soggetto.

- Infine negli interventi con valenze psicoterapiche osserviamo due possibili iter metodologici spesso commisti tra loro. In alcuni casi il musicoterapista (che in questo caso sarà uno psicoterapeuta³⁹ con specifica formazione in ambito musicoterapico) potrà privilegiare un lavoro centrato sui contenuti evocati e rappresentati dal musicale (sia in ambito espressivo che recettivo) fornendo riformulazioni ed interpretazioni; in altri casi (e sono quelli più strettamente musicoterapici) sarà proprio il lavoro espressivo e sull'espressivo che costituirà parte integrante del processo terapeutico. La costruzione, l'elaborazione, la trasformazione dell'oggetto sonoro\musicale, attuata con il maieutico ausilio del musicoterapista, potranno rappresentare altrettante tappe di un processo di cambiamento e\o di strutturazione. Secondo Manarolo (2006) l'intervento musicoterapico connotato in senso psicoterapico potrà prefiggersi l'obiettivo di una maggiore strutturazione del Sè e\o favorire un'integrazione intrapsichica in un'ottica

38 Gratificazione senso-percettiva ed estetica: il piacere indotta dalla sollecitazione sensoriale e\o dalla fruizione-introiezione di un oggetto artistico connotato di qualità ideali (ibidem)

39 Psicoterapeuta, psicoterapia: per psicoterapia si intende "... un processo interpersonale, consapevole e pianificato, volto a influenzare i disturbi del comportamento e situazioni di sofferenza con mezzi prettamente psicologici, per lo più verbali, in vista di un fine elaborato in comune, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione delle strutture della personalità, per mezzo di tecniche che differiscono per il diverso orientamento teorico a cui si rifanno..." (Galimberti, 2003).

evolutiva⁴⁰.

In Italia la professionalità del musicoterapista, sebbene non ancora ufficialmente riconosciuta⁴¹, trova impiego soprattutto in questi ambiti:

- disagio sociale, comportamenti devianti;
- disarmonia evolutiva;
- disturbi psicointellettivi dell'età evolutiva;
- deficit sensoperceptivi e neuromotori dell'età evolutiva;
- disabilità psicointellettive in soggetti adulti con tendenza alla cronicizzazione;
- disturbi psichiatrici di natura psicotica con tendenza alla cronicizzazione;
- esiti psichici, neuropsicologici, neuromotori da trauma cranico;
- deterioramento senile e demenze senili;
- profilassi della gravidanza e del puerperio.

In generale, secondo Manarolo, tutti gli interventi musicoterapici acquistano una loro validità specifica in questi ambiti clinici dove in qualche modo si assiste al fallimento o all'indeguatezza della mediazione verbale; "...i pazienti a cui è rivolto principalmente questo approccio, possono non disporre di adeguate competenze verbali,

40 Strutturazione e integrazione del Sè: concependo il Sè "...come totalità delle istanze psichiche relative alla propria persona..." (Galimberti, 2003) per strutturazione si intende "...il rafforzamento e il consolidamento delle istanze psichiche che caratterizzano un dato individuo" mentre per integrazione di intende "...un processo caratterizzato dall'ampliamento e dalla successiva integrazione di tali istanze" (Manarolo, 2006).

41 Per la discussione riguardante il riconoscimento formale della disciplina in Italia si rimanda al capitolo 8.

possono mostrare nei confronti della parola difficoltà e refrattarietà ad utilizzarla come veicolo espressivo e relazionale, in quanto connotato da valenze persecutorie o vissuto con qualità frustranti, in quanto separante e distanziante, ma possono anche impiegarla per strutturare assetti difensivi dove la parola viene privata delle sue implicazioni affettive ed emotive. Quindi la parola non c'è o viene utilizzata per non comunicare” (Manarolo, 2006). Tutti gli ambiti clinici presi in considerazione qui sono quindi caratterizzati dalla necessità di stabilire, un contatto, un approccio, e possibilmente una relazione emotivamente significativa. Ciò può avvenire attraverso due tecniche principali, declinate secondo una modalità individuale o di gruppo.

4.5 Le principali tecniche musicoterapiche

Secondo la proposta di Manarolo esistono 2 distinzioni tecniche fondamentali, che possono essere applicate secondo le richieste del contesto, le caratteristiche del soggetto e le finalità specifiche dell'intervento: la prima distinzione riguarda l'applicazione di una metodologia attiva piuttosto che recettiva, mentre la seconda riguarda la possibilità di attuare tale metodologia in un contesto individuale piuttosto che di gruppo. In generale quindi esistono 2 differenti modalità di applicazione dell'intervento musicoterapico. Mentre la MT attiva si riferisce essenzialmente ad un contesto non verbale e richiede al paziente competenze minori, la MT recettiva contempla un importante uso del canale verbale, riferendosi ad una tipologia di utenza dalle competenze cognitive e relazionali maggiormente strutturate, nonché una minima integrità psichica da cui derivi un'adeguata capacità introspettiva ed elaborativa.

Entrambe le tecniche si possono declinare, a seconda del riferimento teorico, varie modalità metodologiche.

4.5.1 La tecnica attiva

La musicoterapia attiva si caratterizza essenzialmente per alcune caratteristiche legate ad un contesto prevalentemente non verbale ed una condotta musicale di tipo improvvisativo, dove possano svilupparsi significative sintonizzazioni affettive e condivisioni degli stati mentali.

Il musicoterapista che utilizza la tecnica attiva però si propone non solo di stabilire e mantenere un contatto ma anche di attivare (a differenza della tecnica recettiva) un dialogo *s\m* al cui interno facilitare la regolazione emotiva, i processi espressivi del paziente e l'avvio di un percorso comunicativo e relazionale; a tali obiettivi globali (ma strettamente peculiari alla musicoterapia) se ne possono aggiungere altri più specifici: ad esempio sviluppare alcune strategie cognitive, migliorare l'attenzione, le competenze motorie e vocali, modulare i comportamenti disturbanti o ancora elaborare specifiche tematiche personali che possono emergere.

Tra le competenze musicoterapiche più importanti in questa tecnica si riconoscono la capacità di “ascolto attivo” e la “capacità improvvisativa”.

In entrambi i casi il musicoterapista può perseguire due diverse finalità: *contenere* (nel senso di dare forma, accogliere un comportamento, un'emozione) e *modulare* (vale a

dire sollecitare un comportamento che pur in rapporto con lo stato del paziente, rappresenti una variazione). In termini generali infatti “...esiste una finalità primaria (entrare in contatto) che si persegue attraverso modalità operative che a loro volta rimandano a ulteriori finalità (contenere-modulare) (Manarolo, 2006).

Lo svolgimento di una seduta di MT attiva prevede generalmente una fase iniziale di accoglienza del paziente, nel corso della quale viene formulata (in relazione alle esigenze cliniche del paziente) direttamente o indirettamente la consegna di lavoro. Una seconda fase, quella centrale, caratterizzata dallo sviluppo di processi espressivi, comunicativi, relazionali non verbali, mediati dall'elemento s\m e dal perseguimento di eventuali obiettivi specifici. Una terza fase di elaborazione verbale, quando possibile, dell'interazione s\m. In questa fase il musicoterapista può accogliere i commenti del paziente e formulare, se opportuno, una restituzione descrittiva su quanto avvenuto. Vi è poi una fase conclusiva di congedo, anch'essa comunicata in modo diretto o indiretto a seconda delle esigenze cliniche del paziente. Sebbene i tempi di una seduta standard si aggirino attorno ai 45 minuti, vi possono essere variazioni dettate dalle specifiche esigenze del paziente e in rapporto ai processi espressivi e comunicativi che si andranno a realizzare.

In sintesi “...l'intervento attivo, alla luce delle sue peculiarità, appare indicato soprattutto per i pazienti in età evolutiva, per i pazienti regrediti o non evoluti, privi di adeguate competenze simboliche e verbali, caratterizzati da difficoltà e disagio

nei processi espressivi-comunicativi-relazionali, connotati da una predisposizione all'agito e dalla prevalenza della dimensione “corporea” rispetto a quella “mentale”. Ciò non ostacola che anche i soggetti meno compromessi ne possano beneficiare nel senso di una migliore integrazione psicocorporea e di una migliore regolazione emotiva” (Manarolo, 2006).

4.5.2 La tecnica recettiva

Manarolo (2006) evidenzia da subito che la MT recettiva può a prima vista presentare una confusiva area di confine con un approccio psicoterapico a mediazione verbale che impiega la sollecitazione musicale come strumento facilitante una successiva verbalizzazione. Effettivamente l'approccio attivo, per gli aspetti non verbali e $\s\m$ che lo caratterizzano, appare sicuramente più specifico in senso musicoterapico. Però è necessario precisare che l'approccio recettivo si distingue da un approccio psicoterapico, in quanto pone al centro del processo terapeutico non la parola ma l'esperienza $\s\m$, chiaramente non disgiunta da una qualche mediazione verbale. In questo senso la MT recettiva “...appare come un dialogo $\s\m$ metaforico fra paziente e musicoterapista, connotato da un progressivo ampliamento dello spazio dedicato all'ascolto $\s\m$ (rispetto alla mediazione verbale) e dove la proposta $\s\m$ si configura come una comunicazione emotigena ma anche come un potenziale modello psichico suscettibile di essere accolto, introiettato, elaborato” (Manarolo, 2006).

Per questo motivo l'approccio recettivo è indicato per pazienti adolescenti, adulti o in età senile dotati di competenze verbali e simboliche tali da consentire una sufficiente interazione con la proposta d'ascolto ed una restituzione verbale. Ovviamente pazienti troppo giovani o privi di adeguate competenze verbali non potranno accedere a questo tipo di trattamento. Sono invece adeguati al trattamento i pazienti connotati da refrattarietà e resistenza ad un qualsiasi altro approccio, in presenza dei criteri sopradescritti. Infatti la MT recettiva, almeno inizialmente non richiede un'attiva partecipazione, consente una maggiore passività e si configura quindi come particolarmente regressogena e fonte di valenze gratificanti e contenitive (Manarolo, 2006). L'ascolto che avviene durante questo tipo di seduta non si riferisce ad un ascolto tecnico, analitico o comunque irrigidito in pregiudizi estetici, bensì ad un ascolto disposto ad interagire con l'alterità, con gli elementi che non confermano il già dato ma schiudono nuove prospettive. In chiave riduzionistica spesso l'ascolto è guidato da criteri criteri elementari “mi piace”, “non mi piace” che attribuiscono all'interazione con l'elemento sonoro\musicale una funzione prevalentemente edonistica e ricreativa. Secondo Manarolo invece, “...l'approccio musicoterapico vuole ampliare tale prospettiva, senza negarla o squalificarla, e accanto a questa valenza regressogena integrare la possibilità di pensare e di stupirsi ascoltando musica” (Manarolo, 2006).

Lo svolgimento di una seduta di musicoterapia recettiva prevede una fase iniziale di accoglienza, nella quale viene formulata la consegna di lavoro, alla quale segue la fase centrale. Questa è caratterizzata per l'appunto dall'ascolto delle diverse proposte e dai reciproci rimandi verbali. Infine avviene la fase conclusiva di congedo. È importante osservare che un trattamento di MT recettiva può essere concepito come un

dialogo s\m che si attua attraverso l'ascolto di brani e\o di sequenze pre-registrate; il trattamento costituisce un processo al cui interno vengono affrontate ed elaborate, grazie al ruolo del musicoterpista, le tematiche emergenti. Il musicoterapista infatti, proponendo uno o due brani scelti secondo una precedente valutazione, comunica alcune tematiche che suscitino nel paziente l'espressione dei propri vissuti. Le impressioni raccolte dovranno poi essere riformulate e riproposte con un rimando verbale che sospenda il giudizio ed evidenziando ciò che caratterizza il “vissuto” del paziente e\o i suoi gusti musicali. L'obiettivo globale, intrinseco a questa tipologia di trattamento si riferisce all'ampliamento della capacità di “ascolto”, intesa sia in senso strettamente s\m che in senso più metaforico (ascoltarsi, ascoltarsi ascoltare, ascoltare l'altro ecc.). Gli obiettivi specifici invece saranno determinati dalle caratteristiche del paziente, dalle sue necessità, dalle sue tematiche. (Manarolo, 2006)

4.6 L'importanza della verifica: dai risultati ottenuti ai processi attivati

Le problematiche connesse alla verifica dei trattamenti musicoterapici si intrecciano necessariamente con le questioni relative alla ricerca. Come è già stato anticipato precedentemente, la questione di fondo connessa sia alla ricerca che al processo di verifica dell'intervento musicoterapico rimanda ad aspetti epistemologici, ai processi conoscitivi messi in atto, alla concezione di “realta” o verità che implicitamente guida l'operato di ciascuno. Prima di approfondire la questione della verifica qualitativa e quantitativa in MT si può ripredere un momento il dibattito circa la necessità di riferirsi ad un ambito di scienze naturali piuttosto che ad un ambito di scienze umane. Alla

domanda posta da vari autori (Borghesi, Postacchini, Ricciotti, 1998) su quale dei due ambiti sia prevalente nella verifica del processo musicoterapico, risponde la conclusione di Porzionato (2001). Riferendosi alle scienze umane come scienze idiografiche (in quanto tendono a cogliere i processi nella loro individualità) e alle scienze naturali come scienze nomotetiche (in quanto ricercano le leggi naturali comuni all'interno dei fenomeni) l'autore parla di imprescindibilità reciproca quando ci si riferisce allo studio della dimensione psichica. Da una parte l'approccio nomotetico ci permette di individuare costanti, di definire e nominare i processi psicopatologici, di avviare studi a carattere epidemiologico. Dall'altra l'approccio idiografico ci permette di comprendere il percorso individuale che ha determinato lo sviluppo del quadro psicopatologico, ci consente di passare dalla malattia al malato, ossia alla persona nello specifico della sua dimensione esistenziale. Tale “ reciprocamente imprescindibile” integrazione deriva essenzialmente dalla natura biopsicosociale del disturbo psichico, che nella sua complessità non può essere ridotto unicamente all'uno o all'altro approccio. Manarolo conferma che tale integrazione necessaria evidente quando argomenta la maggiore congruità di un metodo di verifica qualitativo nell'analisi del processo musicoterapico, e contestualmente la maggiore congruità di un metodo di verifica quantitativo nell'analisi del risultato.

Riportiamo ora il contributo di Tony Wigram (2003), il quale contestualizza la ricerca e la verifica sul risultato (outcome) e sul processo (process) in ambito musicoterapico precisando che sia l'approccio qualitativo che quello quantitativo si interessano a tali aspetti.

Nell'analisi del processo possono essere considerati i seguenti aspetti:

- la natura della relazione tra paziente e musicoterapista;
- l'esperienza personale della musicoterapia da parte del paziente;
- l'esperienza personale della musicoterapia da parte del musicoterapista;
- il cambiamento della qualità della musica nell'interazione dinamica nel tempo;
- la percezione degli altri (genitori, parenti, altri professionisti) che sono in relazione al processo di musicoterapia;
- come funziona il processo terapeutico;
- qual'è la relazione tra la musica e il paziente come persona nella sua globalità.

Nell'analisi dei risultati vengono misurate variazioni della condizione fisica e della condizione psicologica.

Risultati delle condizioni fisiologiche:

- miglioramento o peggioramento dello stato fisico del paziente;
- variazione di alcuni indici corporei (battito cardiaco, pressione arteriosa, frequenza e ampiezza della respirazione, elettrocardiogramma, temperatura, riflesso elettrogalvanico, ecc.).

Risultati delle condizioni psicologiche:

- autostima migliorata o sviluppata;

- percezione del Sè e insight migliori;
- risoluzione di conflitti, di problematiche emotive o di difficoltà psicologiche
- miglioramento o sviluppo dell'interazione sociale, della comunicazione sociale, dell'espressione del Sè;
- miglioramenti nella capacità del paziente di gestire la propria vita (Wigram, 2003).

Secondo Raglio (2008) invece il momento della verifica è costituito dalla condivisione dei contenuti di protocolli o griglie di osservazione (stesi al termine di ogni seduta) e di una valutazione periodica i cui elementi sarebbero sintetizzabili in una relazione o profilo musicoterapico. L'interesse primario è sempre orientato a cogliere quanto il quadro clinico del paziente si modifichi, sia in rapporto ai risultati che al processo sottostante. È contemplato un lavoro di équipe importante, affinché si arricchisca l'osservazione e si contribuisca a renderla più obiettiva. Inoltre il sostegno dell'èquipe fa sì che il musicoterapista sia facilitato nella fase rielaborativa. Contemporaneamente a ciò i contenuti dei protocolli o delle griglie di osservazione si possono integrare nel progetto terapeutico-riabilitativo globale, rendendo l'intervento musicoterapico meno sterile e isolato. “Inoltre -afferma Raglio- la verifica può assumere una connotazione più tecnica e, in questo caso, si contestualizza nell'ambito della supervisione” (2008). Così, mentre il lavoro di équipe è solitamente centrato più sul paziente, la supervisione pone l'attenzione sugli aspetti più specifici dell'intervento e soprattutto sulle criticità dell'agire del musicoterapista.

Nella valutazione, in questo caso, si possono analizzare i seguenti aspetti:

- il setting nella sua dimensione spazio-temporale (scansione temporale degli eventi, disposizione nello spazio di persone e oggetti);
- le dinamiche relazionali, sonoro-musicali e non verbali;
- i parametri e gli elementi musicali emersi nella seduta (solo nel caso di un trattamento di musicoterapia attiva); a questo scopo è possibile stendere una sorta di partitura musicale comprendente gli aspetti caratterizzanti , codificabili e significativamente ripetitivi; la scrittura degli elementi musicali (che possono consistere in produzioni sonoro-musicali con valenza esplorativa, pulsazioni ritmiche prodotte con varie modalità, ritmi di varia complessità strutturati o destrutturati, produzioni melodiche, produzioni vocali di varia natura etc.) può contribuire all'individuazione di una strategia di intervento sempre più efficace e congrua alla relazione;
- Il rapporto tra forma musicale e aspetti emotivi emersi nella fase elaborativa della seduta (nel caso di un trattamento di musicoterapia recettiva). (Raglio, 2008)

In conclusione ripetiamo che la questione della verifica del processo e dei risultati in musicoterapia è ancora più complessa che in altri tipi di terapie proprio per la presenza della mediazione sonoro\musicale. Questo rimane uno dei limiti intrinseci alla disciplina musicoterapica, che al pari delle psicoterapie, rischia di evidenziare l'unica garanzia di verità nei suoi successi terapeutici. A questo proposito possiamo fare

nostre le conclusioni di Manarolo (2006), che nel presentare il suo modello teorico-applicativo esorta i professionisti della musicoterapia a non “abdicare completamente” ad un approccio quantitativo e persistere nell'analisi e nella verifica del processo musicoterapico, oltre che ai suoi risultati. Seppur anche in questo ambito siano numerose le difficoltà per poter misurare correttamente processo e risultati (come vedremo nell'ultimo capitolo dedicato alla ricerca), il percorso di analisi e di verifica quantitativa non può essere eluso se si vuole affermare la musicoterapia come disciplina efficace ed efficiente.

PARTE SECONDA

CAPITOLO 5

LA SPECIFICITA' DELL'INTERVENTO MUSICOTERAPICO NEL TRATTAMENTO DELLA DEMENZA DI TIPO ALZHEIMER

5.1 Brevi cenni sulla definizione dell'Alzheimer, sulle caratteristiche epidemiologiche, anatomopatologiche e cliniche.

La demenza di tipo Alzheimer, descritta per la prima volta da Alois Alzheimer nel 1906, è un'affezione degenerativa del cervello che determina una grave e progressiva compromissione delle sue funzioni. La malattia di Alzheimer (*AD = Alzheimer's Disease*) è caratterizzata da una notevole complessità clinica, con l'intrecciarsi di sintomi psichiatrici, comportamentali, neurologici ed una specificità biologica, dovuta ad alterazioni anatomiche e istopatologiche peculiari. È una malattia contraddistinta dalla compromissione della memoria, con un'amnesia globale capace di portare, nella sua completa espressione, ad un totale isolamento del malato e alla perdita di qualsiasi aggancio con le precedenti esperienze. Le conseguenze sulla famiglia e sulla società possono essere anche molto pesanti, soprattutto in termini di gestione globale della persona malata.

Oggi si è chiarito che l'AD non è esclusiva dell'età presenile, come si pensava negli anni '60: anzi, con il progredire dell'età la possibilità di contrarre la malattia aumenta, ed in particolare dopo i 65 anni si assiste ad un raddoppio della frequenza ogni 5 anni, sino ad arrivare ad una frequenza che oltre gli 80 anni oscilla tra il 30% e il 47% a seconda degli studi⁴². Proprio lo studio e la ricerca sull'AD acquistano una certa importanza alla luce delle caratteristiche demografiche dei paesi industrializzati, dove le persone sopra i 65 anni sono più del 20% della popolazione, e nel 2040 saranno il 44% del totale. Secondo Villani⁴³ (in Raglio, Manarolo, Villani, 2001) le conclusioni sono quantomeno preoccupanti e rendono l'AD un problema di portata sociale e sanitaria enorme: “...da una parte una malattia che diventa sempre più frequente quanto più invecchia la popolazione; dall'altra una società sempre più popolata da anziani” (Villani, 2001).

L'eziologia è complessa poichè le cause dell'AD sono ancora ignote, ma si ipotizza l'interazione di una componente genetica , che predispone alla malattia, con fattori ambientali a tutt'oggi sconosciuti. Esistono però dei fattori di rischio accertati: l'età, l'aggregazione familiare, l'ApoE allele4, la sindrome di Down. Ancora in studio sono invece i fattori di rischio quali: il sesso femminile, la pressione arteriosa, il livello culturale e l'esposizione a certe sostanze. Tra i fattori protettivi, anch'essi ancora in discussione, ricordiamo: gli antiinfiammatori non steroidei, il trattamento antipertensivo, le caratteristiche delle relazioni sociali (“i social network”) e le attività piacevoli.

42 Cfr. Dati riportati in Raglio, Manarolo, Villani, 2001; Galimberti, 2003.

43 Geriatra con esperienza ventennale nell'ambito demenze senili, Direttore dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cr).

La malattia è caratterizzata da una progressiva ed inarrestabile morte cellulare di neuroni appartenenti alle aree associative della corteccia cerebrale⁴⁴; nelle fasi avanzate è evidente (alle indagini neuroradiologiche , TAC e RMN) un'atrofia riguardante le aree associative parieto-temporo-occipitali e successivamente frontali, quelle aree che presiedono alle funzioni cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, prassia, ecc.) (Villani, 2001). Relativamente risparmiate, perchè coinvolte negli stadi più progrediti della malattia, sono le aree proiettive. Questo rende in parte chiaro il tipico andamento clinico dell'AD, che vede la conservazione della capacità motoria come peculiarità in palese contrasto con il degrado cognitivo. In una bassa percentuale di casi l'AD è familiare, e come già accennato la componente genetica non risulta da sola determinante⁴⁵.

L'esordio della malattia viene descritto da Villani come “insidioso”, perchè spesso caratterizzato da sintomi non cognitivi: depressione, ritiro sociale, appiattimento

44 Gli approfondimenti istopatologici evidenziano che “...la corteccia cerebrale risulta diffusamente atrofica, soprattutto nel lobo temporale medio (compreso l'ippocampo e l'amigdala). Il lobo frontale e quello parietale sono colpiti in minor misura ; le aree motorie e sensitive vengono coinvolte solo nelle fasi avanzate della malattia. A livello macroscopico, il cervello presenta atrofia corticale, ampliamento dei solchi, allargamento dei ventricoli. L'esame microscopico evidenzia: perdita di neuroni; presenza di placche neuritiche (formazioni extracellulari costituite al centro da una proteina amiloidea – Beta amiloide – e alla periferia da terminazioni nervose distrofiche), agglomerati neurofibrillari all'interno dei neuroni (accumuli di proteina tau fosforilata in modo anomalo e associata a microtuboli; degenerazioni vacuolari dei neuroni per la presenza di vacuoli intracitoplasmatici; angipatia amiloidea (degenerazione dei vasi cerebrali per la presenza di beta amiloide, una proteina normalmente prodotta dalle cellule ma che nella malattia di Alzheimer si accumula in maniera anomala forse per eccesso di produzione o per una degradazione difettosa)” (Galimberti, 2003).

45 A questo proposito citiamo Villani che dice: “...Le forme geneticamente trasmesse sono solo il 5% del totale, esordiscono prima dei 65 anni di età, hanno trasmissione autosomica dominante e sono provocate da alterazioni genetiche individuate su tre diversi cromosomi. Il gene che codifica l'apolipoproteina E è invece coinvolto in alcune forme ad esordio senile, nella sua variante allelica e4-e4” (Villani, 2001).

affettivo, calo degli interessi, trascuratezza della persona, ansia, idee deliranti per lo più di tipo persecutorio o di riferimento. Spesso in associazione con questi sintomi si manifestano i primi disturbi mnestici, tratto peculiare della sintomatologia anche secondo i criteri diagnostici internazionali⁴⁶. La memoria a breve termine, strumento di lavoro necessario per apprendere nuove informazioni e recuperare tracce mnestiche, viene meno. La memoria episodica⁴⁷ è la prima a cedere: ecco che tutte le tracce di memoria legate ad un preciso contesto situazionale vanno via via disperdendosi. La maggior parte degli episodi che hanno costruito la vita di una persona, e che ne fanno un'individualità irripetibile si sgretolano, privando il malato della biografia, dell'identità. Di conseguenza “...il malato diventa titubante, insicuro, smarrito in un mondo popolato di persone e oggetti che perdono – o modificano – il proprio significato” (Villani, in Raglio, Manarolo, Villani, 2001). La memoria semantica⁴⁸ si perde anch'essa con il progredire della malattia, lasciando il malato senza quel “sistema culturale” faticosamente appreso durante tutta la vita, in uno stato di ignoranza insopportabile. Le norme del comportamento sociale, le nozioni apprese a scuola, le differenze apparentemente intuitive fra caldo e freddo, prima e dopo, grande e piccolo, le tante regole che improntano il comportamento quotidiano svaniscono. “Il malato vede sfumare la sua cultura e con essa il controllo del mondo che lo circonda; il suo comportamento diventa socialmente inadeguato e sempre più difficile da gestire per i familiari e le istituzioni”. (*ibidem*. cit. p.22) Infine svanisce progressivamente anche la

46 Il DSM-IV inserisce tra i primi criteri diagnostici per la demenza di tipo Alzheimer “...lo sviluppo di deficit cognitivi multipli, che si manifestano con entrambe le condizioni seguenti: 1) deficit della memoria (compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni e di ricordare informazioni già acquisite); 2) una o più delle seguenti alterazioni cognitive: afasia (alterazione del linguaggio), aprassia (compromissione della capacità di eseguire attività motorie nonostante l'integrità delle funzioni motorie), agnosia (incapacità a riconoscere o identificare oggetti nonostante l'integrità della funzione sensoriale), disturbo delle funzioni esecutive (cioè pianificare, organizzare, ordinare in sequenza e astrarre)” (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 1994).

47 Memoria episodica: “...sistema che contiene informazioni concernenti episodi o eventi e le loro relazioni spazio-temporali” (Villani, in Raglio, Manarolo, Villani, 2001)

48 Memoria semantica: patrimonio di conoscenze generali: è quell'insieme di parole, simboli, regole, formule, algoritmi che costituiscono la necessaria “cultura” di ogni uomo.

memoria procedurale, la più solida e ontogeneticamente più antica. Le tante sequenze gestuali apprese e ormai svolte in modo automatico, con basso o nullo contributo attentivo, diventano difficili e poi impossibili da eseguire: azioni come fare la doccia, indossare un abito, suonare uno strumento che si è sempre suonato ecc.

All'amnesia, costantemente presente, si associano altri sintomi cognitivi: nel corso della malattia si possono presentare disturbi del linguaggio (afasia) sia nel versante espressivo che in quello sensoriale: la comprensione verbale può annullarsi , persistendo invece anche a lungo la comprensione non verbale, quella che avviene con i gesti, con le espressioni del viso e del corpo, con gli sguardi. Questo aspetto in particolare rende l'intervento riabilitativo-terapeutico attraverso canali non verbali particolarmente indicato, e come vedremo in seguito, uno dei punti di forza dell'applicazione della MT nella malattia d'Alzheimer.

Accanto ai sintomi cognitivi elencati, compaiono contemporaneamente altri sintomi non cognitivi, ossia disturbi psichiatrici e comportamentali che , variamente presenti lungo il decorso della malattia, “...rendono difficile la gestione del malato, mettendo a dura prova le capacità assistenziali di chi cura, logorando i familiari e, spesso, determinando l'istituzionalizzazione” (ibidem cit. p.23). Deliri, allucinazioni, depressione, ansia, comportamenti motori aberranti, disinibizione, aggressività, bulimia, irrequietezza⁴⁹: questi sono i principali sintomi non cognitivi, e molto spesso il

49 Per un'approfondimento dei sintomi non cognitivi si confronti il seguente paragrafo.

loro intersecarsi con quelli cognitivi ne aumenta la complessità. Villani conclude la sua disamina clinica affermando che “...il malato di Alzheimer, da persona autonoma che era, diventa con gradualità inarrestabile totalmente dipendente dal mondo che gli sta intorno, incapace di ogni tipo di scelta, dalle più semplici (quale abito indossare o quale cibo mangiare) a quelle più complesse (decidere da chi e dove farsi curare, ad esempio)” (ibidem).

Dalla letteratura italiana e internazionale⁵⁰ emerge come l'atteggiamento generale sia stato per molti anni quello della rassegnata impotenza di fronte ad una malattia che non aveva – e non ha ancora – una cura risolutiva. In Italia solo nell'ultimo quindicennio si è vista una crescita di interesse per questa materia, con un proliferare di iniziative culturali, ricerche scientifiche, reparti speciali, programmi di interventi che hanno ridato dignità alle persone affette da AD. Sulla spinta di programmi regionali, ed in particolare il Piano Alzheimer della Regione Lombardia '95-'97, e grazie agli sviluppi della ricerca nel settore le capacità di indagine e di intervento si sono affinate. La diagnostica differenziale costante di distinguere più precocemente l'insorgenza dell'AD e di distinguerla da altre forme di demenza. I farmaci inibitori della colinesterasi offrono possibilità di intervento farmacologico sconosciute fino a qualche anno fa. I trattamenti riabilitativi non farmacologici sono oggetto di approfondimento, e tra questi ci soffermiamo sulle terapie espressive e in particolare sull'intervento musicoterapico, per la specificità che sta dimostrando nelle ultime ricerche soprattutto nella diminuzione dei sintomi psichiatrici e comportamentali⁵¹. Fortunatamente il concetto che l'AD si tratti di una malattia seppur ancora inguaribile tuttavia “curabile”, si sta facendo strada in

50 Cfr par.5.3

51 Cfr. Capitolo 6.

maniera sempre più diffusa, con una crescente attenzione alla qualità della vita del malato e della famiglia (“la seconda vittima” dell'AD). L'obiettivo delineato quindi non è quello, ad oggi irrealistico, della guarigione, ma quello di occuparsi del malato attenuando la sofferenza, ottimizzando le risorse cognitive e relazionali, realizzando infine un ambiente (fisico e umano) sufficientemente flessibile e attento ai bisogni, nel pieno rispetto della dignità della persona. In quest'ottica una buona qualità delle cure potrà essere definita anche da un rallentamento dell'evoluzione del quadro clinico e da uno spostamento della curva attesa del decadimento, oltre che una riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione ed un miglioramento della qualità della vita del caregiver.

Trabucchi ci ricorda che la demenza d'Alzheimer è stata definita una malattia “postmoderna”, perchè racchiude in sé problematiche tipiche di questo nostro tempo pieno di ambiguità e di incertezze: “...ogni persona oggi trova difficile capire il mondo che cambia, conglindone con fatica le dinamiche e spesso non riuscendo a delineare neppure a se stesso l'evoluzione degli eventi. In questa comune prospettiva – ci esorta l'autore – dovremmo essere coscienti di un certo livello di affinità con persone che soffrono di condizioni cognitive che sono più gravi delle nostre” (Trabucchi, cit. in Raglio, Manarolo, Villani, 2001). I risultati emersi dall'attività clinica e di ricerca di alcune realtà italiane, hanno indotto a pensare, per le ragioni che verranno più avanti esposte, che anche in questo ambito patologico, la MT può trovare uno spazio riabilitativo-terapeutico scientificamente coerente e plausibile. Nella malattia d'Alzheimer la MT può incidere sui disturbi psichici e comportamentali e probabilmente può favorire anche nuove strategie di apprendimento, migliorando le competenze relazionali e sociali e il livello generale di qualità della vita della persona.

5.2 I sintomi non cognitivi nella demenza di tipo Alzheimer

I sintomi non cognitivi⁵² sono riscontrabili nel 90% dei pazienti affetti da demenza e possono essere presenti già nelle prime fasi della malattia; sono eterogenei, fluttuanti e influenzabili da variabili somatiche e ambientali. Essi rappresentano una delle maggiori cause di istituzionalizzazione per lo stress e il carico assistenziale del caregiver (Ubezio, 2001). Sappiamo che il primo risultato utile nella cura delle demenze è proprio evitare l'istituzionalizzazione, quindi risulterà particolarmente importante l'intervento terapeutico su questo tipo di sintomatologia. Ci focalizzeremo ora sui sintomi di tipo psichiatrico e comportamentale (per la letteratura internazionale: *Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia*, abbreviati in B.P.S.D.), riportando in questo paragrafo una schematizzazione⁵³ dei disturbi del comportamento nelle demenze, ed in particolare nell'AD, perchè come vedremo proprio su questa sintomatologia non cognitiva agisce con maggior efficacia il trattamento musicoterapico proposto nella pratica clinica di alcune realtà italiane⁵⁴.

a) I sintomi psicotici

52 I sintomi cognitivi: con questo termine si fa riferimento ad una gamma di sintomi anche molto diversi tra loro, che hanno il solo punto in comune di non appartenere alla sfera intellettuale in senso stretto. In questa sede ci si riferisce alla schematizzazione proposta da Biachetti e Trabucchi (Le Demenze, 2000) per cui si distinguono i sintomi psicotici, le alterazioni dell'umore, i sintomi neurovegetativi, i disturbi dell'attività psicomotoria, l'agitazione, le alterazioni della personalità.

53 Schematizzazione tratta da "Musicoterapia e malattia d'Alzheimer", Raglio, Manarolo, Villani, 2001.

54 Cfr. capitolo n. 6.

I sintomi psicotici sono frequenti e possono manifestarsi anche nelle fasi molto iniziali del quadro dementigeno. Nella maggior parte dei casi si tratta di deliri⁵⁵ di tipo paranoideo (di persecuzione, di gelosia). Frequenti sono anche le misidentificazioni o i falsi riconoscimenti, classificati da Burs e collaboratori (1990) in quattro categorie:

1. *falsi riconoscimenti*: il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa, cerca di interagire con esse;
2. *falsi riconoscimenti relativi alla casa*: il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa, e che la propria abitazione non sia casa sua;
3. *falsi riconoscimenti relativi alla propria immagine allo specchio*: il paziente non si identifica nell'immagine riflessa nello specchio e reagisce come se fosse di fronte ad un estraneo;
4. *falsi riconoscimenti relativi alle persone*: il paziente crede che il proprio coniuge o familiare non siano i realtà ciò che dicono di essere; molto frequente è l'identificazione della propria moglie con la propria madre.

Le allucinazioni, soprattutto di tipo visivo, sono invece riscontrate solo nel 10% circa dei pazienti dementi.

55 Deliri di gelosia o di persecuzione: "... si intende la presenza di convinzioni errate della realtà, non facilmente correggibili e che condizionano il comportamento della persona; ad esempio il paziente crede cose che non sono vere, insiste sul fatto che qualcuno stia cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa" (Ubezio, in Raglio, Manarolo, Villani, 2001.). Secondo la classificazione di Galimberti (2003) i deliri rientrano nelle turbe dell'ideazione.

b) Le alterazioni della personalità

Le alterazioni della personalità sono il sintomo non cognitivo più frequente: circa il 70% dei pazienti manifesta apatia, il 40% irritabilità, il 30% disinibizione. Dai casi clinici emerge che il paziente appare apatico e/o indifferente: perde interesse verso il mondo che lo circonda, verso gli amici e i familiari. Il paziente sembra agire impulsivamente, senza pensarci: fa o dice cose che di solito non direbbe o non farebbe in pubblico. Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità, presenta rapidi cambiamenti dell'umore, passando dalla serenità alla rabbia. “Questi sintomi – avverte la Ubezio - sono particolarmente disturbanti per il caregiver e sono tra i più difficili da accettare” (2001). Infatti la percezione che il paziente “non sia più lui” facilmente innesca meccanismi di difesa e di rifiuto che possono aumentare le difficoltà di relazione e accentuare la sintomatologia da parte del paziente, in circolo vizioso difficile da interrompere.

c) Le alterazioni dell'umore

Le modificazioni dell'umore sono abbastanza frequenti: l'ansia è osservata nel 50% dei dementi, mentre nel 30-50% sono riscontrati sintomi depressivi, nel 40% labilità emotiva e nel 5-8% euforia. L'ansia si manifesta con eccessiva preoccupazione per eventi prossimi oppure verso i propri familiari. Il paziente è molto nervoso e spaventato

senza veri motivi, sembra essere molto teso, agitato o allarmato per le cose che succederanno nel futuro.

L'esatto significato del sintomo depressivo che compare nelle fasi iniziali della malattia è ancora incerto: variabili biologiche sono probabilmente coinvolte, anche se aspetti della personalità, consapevolezza della malattia, livello funzionale, variabili sociali e ambientali sono associate alla comparsa dei sintomi depressivi. I sintomi più facilmente osservati sono la facilità al pianto, il senso di inutilità o di essere di peso agli altri e la tendenza all'isolamento. (Ubezio, 2001)

Anche l'agitazione⁵⁶, presente nel 60% dei casi, è un disturbo molto composito che va dalla vocalizzazione persistente all'aggressività. La vocalizzazione persistente è relativamente rara, anche se è uno dei sintomi maggiormente disturbanti e meno responsivi ai vari tipi di trattamento, sia farmacologico che non. Gli atteggiamenti aggressivi sono generalmente rappresentati "...da comportamenti reattivi a situazioni ambientali vissute come negative dal paziente, oppure rientrano nell'ambito di condizioni deliranti o sono epifenomeni di un disagio somatico" (ibidem). A questo proposito bisogna aggiungere che l'atteggiamento violento del paziente affetto da demenza può rappresentare sia una manifestazione clinica isolata, che l'espressione di una sintomatologia più complessa in cui altri disturbi, della percezione, dell'ideazione o dell'umore scatenano reazioni aggressive.

⁵⁶ Agitazione: intesa come disturbo composito che comprende "... lo stato d'ansia, di tensione, di irritabilità, l'aggressività verbale e fisica, la confusione e l'attività motoria ripetitiva" (ibidem)

d) I disturbi dell'attività psicomotoria

I disturbi dell'attività psicomotoria vengono descritti nel 40% dei dementi, e si manifestano con movimenti afinalistici e continui degli arti (*affaccendamento afinalistico*), difficoltà a stare seduti, perseverazione nel camminare senza meta (*wandering*). Le manifestazioni cliniche descrivono un paziente che continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire armadi o cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti; vi è un continuo mettersi e togliersi i vestiti, e una tendenza a ripetere continuamente determinati gesti, quali: abbottonarsi, afferrare, slacciare e riallacciare le stringhe, ecc. Il *wandering* (dall'inglese to wander: vagabondare, girare senza meta) rappresenta uno dei comportamenti più difficile da controllare farmacologicamente e frequentemente devono essere attuati adattamenti ambientali per permettere al paziente di esprimere tale comportamento senza procurarsi danni o cadute. L'eziologia non è chiara, ma il *wandering* può essere una conseguenza dell'essersi persi; infatti il disorientamento spaziale è costante in questi pazienti e spesso aumenta quando la persona viene trasferita in un ambiente nuovo (ad es. il trasferimento dalla propria casa a quella dei figli oppure all'istituzionalizzazione). A volte tale comportamento può esprimere la necessità di sottrarsi ad una sovrastimolazione ambientale. Altre volte non esiste una ragione apparente di questo comportamento.

La Ubezio conclude questa schematizzazione affermando che tali sintomi non cognitivi tendono a presentarsi in modo non casuale nel singolo paziente e sembra si raggruppino in *cluster* omogenei. L'osservazione di un cluster specifico di sintomi

cognitivi in un paziente ha importanti ricadute dal punto di vista terapeutico. La presenza di tali sintomi va valutata con particolare attenzione sia per la rilevanza diagnostica, sia per l'impatto sulla qualità della vita del paziente e dei suoi familiari. Come già anticipato vedremo ora nello specifico del trattamento musicoterapico di tipo relazionale e improvvisativo la validità dimostrata da alcune ricerche scientifiche in ambito italiano proprio nella diminuzione di questa tipologia di sintomi.

5.3 Specificità dell'intervento musicoterapico per l'attenuazione dei sintomi psichiatrici e comportamentali dell'AD nella letteratura internazionale

Rimane comunque importante, come premessa all'intervento musicoterapico, che numerose esperienze ancora documentino le potenzialità curative e benefiche della musicoterapia in questo ambito. A tale scopo sarà utile riportare una breve panoramica sulla letteratura internazionale al riguardo. Ci focalizzeremo ora sui principali contenuti e le conclusioni di una review pubblicata dalla Cochrane Library nel 2004, (citata in Raglio, 2008) dal titolo esemplificativo: “Music Therapy for people with dementia”. Tale review include cinque studi randomizzati e controllati. Tre di questi (Clark et al., 1998; Gerdner, 2000; Greone, 1993) sono particolarmente interessanti perche hanno confrontato gruppi sperimentali con gruppi di controllo non trattati con la musicoterapia evidenziando risultati interessanti.

Come riportato da Nava e Torchitti (in Raglio, 2008), Clark e coll. (1998)

descrivono un intervento costituito dall'ascolto di musica preferita dai pazienti durante il momento del bagno, riportando miglioramenti significativi nella riduzione dei comportamenti aggressivi. È pur vero che l'intervento descritto non prevede l'interazione diretta tra musicoterapista e pazienti, inoltre la musica utilizzata è stata scelta sulla base di presupposti aspecifici, quindi come tali non generalizzabili.

Lo studio condotto da Gerdner (2002) riporta invece gli esiti di un intervento musicale sull'agitazione. Vengono messi a confronto gli effetti a breve e a lungo termine nella musica “individualizzata” con quelli di proposte musicali ritenute “rilassanti”. Sono stati reclutati e divisi in due gruppi 39 soggetti (con un'età media di 82 anni) con grave deterioramento cognitivo, sottoposti dapprima all'ascolto di musica individualizzata per 6 settimane e successivamente, dopo una pausa di 2 settimane, a sedute di ascolto di musica classica definita come “rilassante”. Gli incontri hanno avuto cadenza bisettimanale e una durata di 30 minuti ciascuno. L'utilizzo della Cohen-Mansfield Agitation Inventory ha rilevato una significativa riduzione dello stato di agitazione durante e dopo l'ascolto di musiche scelte dai pazienti. Bisogna però aggiungere che nell'intervento l'utilizzo di musica è stato finalizzato all'attivazione di processi evocativi ed emotivi, pur in assenza di una rielaborazione di tali aspetti. Ciò, come concludono gli autori, pare differenziarsi dagli approcci musicoterapeutici basati sull'ascolto, che prevedono, invece, uno spazio di rielaborazione verbale dei vissuti affettivi emersi dall'esperienza.

Infine Groene (1993) esamina gli effetti della musicoterapia sul wandering in pazienti con diagnosi di Malattia di Alzheimer di grado moderato-severo. I 30 soggetti coinvolti nello studio sono stati sottoposti a due trattamenti diversi: un'attività di musicoterapia e un'altra di ascolto di letture. Ogni soggetto ha partecipato a una seduta quotidiana della durata di 15 minuti per 7 giorni. Il gruppo sperimentale ha effettuato 5 sedute di musica seguite da 2 di lettura, mentre il gruppo di controllo ha partecipato a 5 sedute di lettura e 2 di musica. La modalità di trattamento musicoterapico è consistita in proposte di ascolto, produzione musicale con strumenti a percussione, canto e movimento. Entrambe le attività sono state condotte dal musicoterapista. Il materiale presentato ai due gruppi è stato prevalentemente selezionato sulla base delle richieste di ogni partecipante. Gli autori concludono che, nonostante non si siano registrate tra i gruppi differenze statisticamente significative in relazione agli aspetti cognitivi e alla riduzione del wandering, la permanenza del setting musicoterapico è stata significativamente più lunga rispetto a quella nel setting di lettura (Groene, 1993).

Lord e coll. (1993) invece hanno studiato gli effetti della musicoterapia in relazione al miglioramento delle funzioni sociali ed emotive. Sessanta pazienti con diagnosi di malattia d'Alzheimer sono stati allocati in 3 gruppi. Al primo è stato proposto l'ascolto di musica delle “big band” degli anni '20 e '30, al secondo sono stati proposti giochi rompicapo, mentre il terzo gruppo ha partecipato ad attività standard di disegno e pittura. Dopo 6 mesi è stato effettuato un follow-up. L'analisi dei dati ha rilevato effetti positivi sullo stato dell'umore nelle persone incluse nel gruppo trattato con la musicoterapia. Non sono stati riportati in modo dettagliato gli esiti e le analisi statistiche relative al confronto fra i tre gruppi. Purtroppo in questo caso, nonostante

alcune pertinenti attenzioni metodologiche, di rileva l'assenza di riferimenti chiari al modello musicoterapico utilizzato.

Recentemente Svandottir e coll. (2006) hanno preso in esame gli effetti della musicoterapia sui disturbi del comportamento (BPSD) in pazienti con demenza di grado moderato o severo. Sono state incluse 47 persone con demenza a questo grado di compromissione. La percentuale di abbandono è stata significativa ai fini statistici, infatti solo 38 pazienti, di cui 20 nel gruppo sperimentale e 18 nel gruppo di controllo, hanno partecipato a tutte le sedute. La valutazione è stata effettuata attraverso l'utilizzo della scala *Behavioral Pathology in Alzheimer Disease Rating Scale* (BEHAVE-AD) somministrata in cieco da personale infermieristico prima dell'intervento, alla fine e dopo 4 settimane dal termine. Il gruppo sperimentale ha partecipato 3 volte la settimana a sedute di musicoterapia di gruppo della durata di '30 , per un periodo di 6 settimane; il gruppo di controllo è stato sottoposto, invece, a terapia standard. L'intero studio è stato condotto da un musicoterapista qualificato, il quale, nelle sedute iniziali, ha proposto un serie di canzoni popolari islandesi, materiale che in seguito è stato selezionato dai partecipanti. Al termine di ogni esecuzione era possibile parlare con il terapeuta o con i componenti del gruppo. Sono stati messi a disposizione anche strumenti musicali utilizzati per improvvisazione con o senza tema. Ai pazienti è stata data la possibilità di muoversi seguendo la musica. Nei pazienti inclusi nel gruppo sperimentale si è registrata , al termine dell'intervento, una sensibile riduzione dell'aggressività, dell'ansia e dei disturbi mostrati durante l'attività, esiti non riscontrati invece nel gruppo di controllo. Il follow up a 4 settimane dalla fine dell'intervento ha segnalato la ricomparsa di tali sintomi.

In conclusione a questa panoramica sulla letteratura possiamo riferirci a quanto viene affermato da alcuni autori (Nava e Torchitti, in Raglio, 2008). Ad oggi i dati della ricerca internazionale suggeriscono la possibile efficacia dell'intervento musicoterapico, sottolineando però la complessità della verifica dei risultati, soprattutto per l'assenza di strumenti standardizzati e validati e per la difficoltà di selezionare campioni omogenei dal punto di vista clinico, oltre che per un inevitabile declino psicofisico del paziente demente. Si potrebbe aggiungere che non sempre gli interventi accreditati a livello internazionale dimostrano di specificare nel dettaglio la tecnica musicoterapica utilizzata, e ciò in alcuni casi comporta la difficoltà a riconoscerne la peculiarità. Occorre infatti prestare molta attenzione a definire con precisione i contenuti di un reale processo musicoterapico basato sulla costruzione e sullo sviluppo di aspetti relazionali ed emotivi, per non confonderlo con attività di semplice stimolazione musicale.

5.4 Distinzione tra stimolazione musicale e musicoterapia nel trattamento della demenza

Raglio (2009) recentemente ha proposto una sintetica ma chiara schematizzazione che consideri e analizzi le differenze tra una semplice stimolazione musicale e un intervento musicoterapico nel trattamento delle Demenze. Il presupposto base assunto dall'autore consiste nel rifiutare il termine "musicoterapia" ogni qualvolta esso si riferisca alla semplice giustapposizione tra "musica" e "patologia". Molte volte basta riferirsi ad una

qualunque attività correlata alla musica utilizzata in ambito patologico per parlare di musicoterapia, ma ciò è molto fuorviante perchè non considera la specificità dell'intervento musicoterapico che invece deve essere basato sempre su:

- a) una base teorica consolidata
- b) chiari aspetti applicativi
- c) contenuti specifici
- d) verificabilità degli esiti

Mentre l'intervento musicale presuppone la presenza di un professionista dell'area musicale, l'intervento musicoterapico presuppone l'intervento di un professionista dell'area musicoterapica, con specifiche competenze sia musicali che relazionali. Nella semplice stimolazione musicale c'è l'assenza di un setting terapeutico specifico, che invece deve essere presente quando si consideri l'intervento musicoterapico. Allo stesso modo l'intervento musicale non necessita di uno specifico modello di intervento, mentre l'intervento musicoterapico presuppone la presenza di un modello teorico musicoterapico di riferimento, basato su criteri teorici e metodologici. Ulteriori fondamentali differenze tra le due tipologie di intervento sussistono nel prendere in considerazione le finalità: mentre l'intervento musicale può aspirare a favorire un temporaneo benessere del paziente, un miglioramento dell'umore, della socializzazione, della memoria, un aumento dello stato di rilassamento etc., l'intervento musicoterapico si prefigge di raggiungere risultati che diventino stabili e duraturi nel tempo, e che riguardino: l'attenuazione dei sintomi psichiatrici e comportamentali, la prevenzione e/o l'attenuazione delle complicazioni correlate, l'aumento delle

competenze comunicative e relazionali.

Infine anche e soprattutto nei contenuti dei due tipi di intervento possiamo riconoscere precise differenze. Da un lato l'intervento musicale non specifico propone attività musicali strutturate (come l'uso ritmico degli strumenti, il cantare, il muoversi associato alla musica, etc.) e attività di ascolto di musica classica, di musica favorita, etc. Dall'altro l'intervento musicoterapico (nelle tecniche, nelle metodologie e nei riferimenti teorici proposti da Raglio) prevede contenuti legati sia alle attività di improvvisazione sonoro/musicale che di quelle legate ad attività di ascolto che includano competenze verbali ed elaborative (soprattutto nelle fasi iniziali della demenza). Raglio a questo proposito cerca di essere chiaro, quasi categorico, affermando che "...la musica di per sè non è terapeutica, così come non risulta terapeutico qualsiasi utilizzo della musica in un contesto patologico". (Raglio, 2007, cit. p. 9)

Torniamo quindi ad affermare che tutti gli interventi musicali generici, pur nella loro valenza positiva, devono essere ben distinti dagli interventi musicoterapici se non vengono strutturati secondo una chiara specificità terapeutica che implichi un modello di riferimento, un setting specifico, obiettivi legati al cambiamento stabile e duraturo di aspetti intrapsichici e interpersonali e un operatore qualificato, con una specifica quanto adeguata formazione musicale e relazionale. (Raglio, 2007)

CAPITOLO 6

LA RICERCA IN MUSICOTERAPIA

6.1 I limiti e le problematiche della ricerca in musicoterapia

Abbiamo già assodato in più punti la necessità di una pratica di ricerca in ambito musicoterapico, vitale per lo sviluppo della disciplina. Nonostante i buoni risultati in ambito psicogeriatrico conseguiti da Raglio e colleghi (cfr. bibliografia), almeno in Italia è alquanto limitata e rimane per molti versi ancora un obiettivo a cui tendere piuttosto che un dato realmente acquisito. Infatti la maggior parte dei report e degli articoli riguardano casi singoli e non hanno sufficiente credibilità statistica. Talvolta i progetti esposti sono troppo approssimativi e mancano di alcuni elementi essenziali. Talvolta si dice non senza qualche ragione (Caterina, 2009), che i criteri di verifica empirica sperimentale non sempre possono trovare applicazione nell'ambito del contenuto clinico della musicoterapia e che dovrebbero essere introdotte nuove metodologie di ricerca accanto a quelle tradizionali, nuovi modelli formativi unificati e comparabili con gli standard formativi internazionali, nuove pratiche cliniche più rigorose e chiaramente riconducibili a modelli teorici riconosciuti. Si tratta senza dubbio di problemi di grande rilevanza per lo sviluppo e il futuro della musicoterapia che vale la pena considerare più attentamente.

6.2 *Il ruolo della formazione*

Raglio chiarisce bene l'importanza della formazione nello sviluppo della ricerca e quindi della musicoterapia affermando che “la credibilità scientifica della disciplina dipende non solo dalle esperienze applicative e di ricerca, ma anche dalle capacità dei professionisti della musicoterapia di interfacciarsi con gli ambiti scientifici afferenti a quello musicoterapico, con l'obiettivo di condividere e organizzare in modo sistematizzato e comunicabile gli eventi che caratterizzano la relazione musicoterapica” (Raglio in Manarolo, 2006, cit. p. 414). Viene affermato quindi che non può bastare il fatto di riscontrare empiricamente un risultato o un cambiamento, ma è necessario effettuare uno sforzo volto a comprendere il perchè dei risultati e a trasmettere attraverso un linguaggio specifico e condivisibile quanto accade nel setting musicoterapico. Qui entrano in gioco le competenze metodologiche, e quindi la formazione, del musicoterapista.

È molto importante che già nella formazione di base si sensibilizzi il futuro musicoterapista rispetto ad alcune tematiche fondamentali quali le metodiche e la coerenza applicativa, l'osservazione, la documentazione, la verifica e la valutazione dell'intervento. Gli aspetti più specifici, quali le tipologie possibili di ricerca musicoterapica, le metodologie di indagine o gli aspetti statistici della ricerca invece possono essere approfonditi ad un livello più avanzato di formazione (*ibidem*). La ricerca e la formazione risultano quindi strettamente collegate in una relazione di

reciproco rafforzamento, poichè una solida ed approfondita formazione è il presupposto per una ricerca teoricamente coerente e metodologicamente adeguata. D'altra parte la ricerca può e deve costituire una sorta di cassa di risonanza di tutti quegli aspetti problematici che caratterizzano la formazione e la pratica clinica, stimolando una continua revisione critica dei modelli applicati e proponendo nuove direzioni terico-applicative.

6.3 Il ruolo della pratica clinica

Il ruolo della pratica clinica, ossia del lavoro quotidiano con i clienti, con le strutture e con le istituzioni, è indissolubilmente legato allo sviluppo dell'attività di ricerca, e quindi alla maggiore affermazione della musicoterapia. Rispondere all'esigenza di maggior scientificità richiesta sia dal mondo accademico che dalle istituzioni rispettando le caratteristiche della prassi musicoterapica nei vari contesti di applicazione è oggi una delle sfide più difficili per lo sviluppo della disciplina musicoterapica. Al di là delle varie finalità specifiche che ogni pratica clinica si propone, in generale sarebbe opportuno collegare la pratica quotidiana della musicoterapia con il lavoro di ricerca al fine di controllare meglio le attività svolte, siano esse di tipo preventivo, riabilitativo o terapeutico. Secondo questa logica il musicoterapista dovrebbe adottare un comportamento "scientifico", con una mentalità positivista che consenta di mettere in discussione le scelte effettuate, esaminandone la validità e la rilevanza ma si badi bene, senza perdere di vista il proprio indirizzo teorico e la propria metodologia professionale. In questo senso la valutazione, come momento dell'attività clinica, dovrebbe essere considerata un processo metodologico presente ad ogni livello del lavoro, che consenta

di collegare gli obiettivi del trattamento alla misurazione delle variabili, alla raccolta dei dati, agli strumenti utilizzati e all'interpretazione. Il ruolo della pratica clinica dovrebbe essere quindi parte integrante dell'attività di ricerca; per la maturazione della professionalità del musicoterapista è fondamentale essere coinvolti in attività di ricerca che stimoli i singoli clinici a sentirsi potenzialmente studiosi, innovatori della materia. In definitiva possiamo riferirci a Michele Biasutti, il quale esorta a intendere la ricerca come uno “stile di lavoro clinico”, come uno stato mentale facente parte della professionalità del musicoterapista. La ricerca in musicoterapia, come ci dimostra il lavoro di Raglio⁵⁷, deve essere strettamente legata alla pratica quotidiana piuttosto che essere separata dall'attività lavorativa. Il musicoterapista quindi dovrebbe fare della sua professione un'attività di ricerca utilizzando dei principi di verifica e di controllo delle metodologie utilizzare, ed essere animato da una mentalità di sperimentazione, adottando delle scelte innovative nel rapporto con il cliente e nelle tecniche operative utilizzate (Biasutti M., 2009).

6.4 Il ruolo della ricerca

Ripetiamo ancora una volta, a scanso di equivoci, che la disciplina musicoterapica, intesa come disciplina scientifica fondata su elementi empiricamente verificabili e ripetibili, non ha ancora raggiunto uno sviluppo sufficiente. Ciò è dovuto secondo Postacchini e Ricciotti (2003) ad un problema centrale, ossia alla difficoltà di descrivere il processo attraverso cui la MT raggiunge i suoi risultati. La vera sfida scientifica, all'interno di un trattamento di musicoterapico “non è dimostrare il fatto che il soggetto che prima non comunicava per niente alla fine accetta di interagire ed è

⁵⁷ Cfr. Capitolo 7

anche meno angosciato, perchè questo, alla fine quando si verifica è un fatto ben visibile” (Postacchini,Ricciotti, 2003, cit.). Il problema allora è quello di riuscire a capire sempre meglio come funzionano i vari passaggi e le varie procedure che il terapeuta mette in atto, ossia la descrivibilità del processo.

Si tratta cioè di definire quale musica, quali effetti, come e su quali pazienti la musica ha determinati effetti. Questo significa “evitare facili generalizzazioni per pervenire a ipotesi di efficacia che includano riferimenti precisi al materiale musicale utilizzato e alle applicazioni che ne derivano nei vari ambiti clinici, attraverso procedure codificate e verificabili”(Raglio, 2008, cit.). Per sua definizione la MT si fonda sul pensiero qualitativo che esplora il binomio suono-relazione. A loro volta questi elementi sono, per loro natura, difficilmente indagabili e fanno parte del paradigma della complessità, ossia non sono oggettivabili, generalizzabili e riproducibili. Si rende necessario quindi utilizzare adeguati metodi di ricerca per indagare in ambito musicoterapico, in modo da integrare ad un approccio globale e qualitativo un metodo di indagine analitico-quantitativo (Raglio, 2008). Di conseguenza, la musicoterapia, per poter essere credibile come intervento terapeutico-riabilitativo-preventivo, necessita di maggiore rigore scientifico, andando a individuare quale specificità del contenuto musicale sia agente terapeutico nei diversi contesti applicativi. Focalizzarsi sui risultati in termini oggettivabili e, soprattutto, sui meccanismi e i rapporti di causalità che hanno portato a tali risultati, è la sfida della ricerca in musicoterapia oggi.

Abbastanza recentemente, in occasione della giornata di studi organizzata dall'Apim il

ad ottobre 2015 “Memorie lontane”, è stato possibile fare il punto sullo stato dell'arte della ricerca in musicoterapia applicata alle demenze ed in particolare alla malattia di Alzheimer. Ancora una volta tra le voci più accreditate che hanno espresso il loro parere si riporta l'intervento di Alfredo Raglio, che ha avuto in oggetto le evidenze scientifiche alla base dell'efficacia degli interventi di musicoterapia in questo ambito specifico.

Il ricercatore cremasco, analizzando le ultime revisioni Cochrane ammette che la metodologia nel suo insieme è ancora un pò debole, i dati sono poveri e non possiamo concludere con delle evidenze vere e proprie sui risultati della mt nelle demenze; i campioni coinvolti negli studi non sono sempre adeguatamente numerosi ed omogenei; gli interventi sono spesso sporadici, a breve termini e questo ci impedisce di dare forma ad un trattamento che può produrre risultati; infine c'è una scarsa definizione dei contenuti degli interventi, ed anche se questo è un aspetto che negli anni si va definendo, succede ancora che durante le revisioni di lavori di altri colleghi, spesso non si riesca a capire che cosa esattamente si faccia con la musica⁵⁸.

L'autore prosegue individuando la tra le cause a queste problematiche metodologiche soprattutto il fatto che in Italia ci sia ancora scarsa integrazione della mt in ambito istituzionale; sapendo che innanzitutto la mt viene intesa in senso relazionale, è necessario richiedere la possibilità di sviluppare un processo e questo non è sempre riscontrato; quindi diventa difficile ottenere risultati che abbiano risultati duratori e verificabili nel tempo. Occorre però anche fare autocritica e migliorare le condotte metodologiche di ricerca nel complesso e nella pratica quotidiana, altrimenti il rischio è proprio quello di non riuscire ad attivare quel circolo virtuoso necessario, dove la

58 Raglio A., Atti del convegno “Memorie Lontane”, ancora non pubblicato.

ricerca alimenta la possibilità di trovare credibilità e risorse, che aumentino la qualità dell'attività clinica e che nuovamente alimentino nuovi approfondimenti. Infatti quando le metodologie non sono sufficientemente rigorose, succede sistematicamente che tanto lavoro svolto, tante evidenze che emergono dal lavoro quotidiano di tanti musicoterapisti, non trovano una forma adeguata per poter raggiungere un livello di comunicazione necessario; questo non vuol dire che non ci siano evidenze, ma che non sono scientificamente condivisibili.

Le conclusioni del ricercatore però non sono pessimiste, poichè il trend delle ricerche in Italia è in lento ma costante miglioramento: “Sostanzialmente possiamo dire che la mt ha un numero di studi e di evidenze sufficiente per poter affermare che nelle demenze può migliorare i sintomi psichici e comportamentali, migliora la comunicazione e la relazione; migliora l'organizzazione e la regolazione delle componenti emotive; promuove il mantenimento e il recupero del senso di identità. Una delle funzioni più importanti è quella per cui, la persona con demenza, riesce a dare un senso alla sua comunicazione nello scambio s\m con l'altro; induce un miglior adattamento all'ambiente sociale e stimola anche le funzioni cognitive; in particolare ci sono evidenze sull'attenzione, sulla memoria, sulle funzioni esecutive. In generale migliora, o può migliorare la qualità di vita”.⁵⁹

59 ibidem

CAPITOLO 7

LA MUSICOTERAPIA NEL PROTOCOLLO DI INTERVENTO DEL NUCELO ALZHEIMER DELL'ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO (CR)

7.1 La struttura dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cr).

L'Istituto Ospedaliero di Sospiro nasce nel 1897, quando venne ufficialmente fondata la Fondazione Sospiro. La sua evoluzione ha visto quindi più di un secolo di attività e oggi la Fondazione Sospiro, che gestisce direttamente la struttura ospedaliera in sinergia con il Servizio Sanitario Pubblico, è una delle più importanti realtà di servizio alle fragilità estreme, a livello regionale e nazionale. Una realtà di circa 800 ospiti: 500 disabili intellettivi e psichici e 300 anziani, con sede a Sospiro, una piccola comunità di 1500 abitanti, a pochi chilometri da Cremona. L'Istituto Ospedaliero nel suo complesso comprende sia una serie di reparti dedicati alla Disabilità Mentale (11 nuclei abitativi composti prevalentemente da strutture RSD- Residenza anitaria per persone disabili, oltre che da strutture IDR- Istituti di riabilitazione e CSS- Comunità soci-sanitaria) che una serie di reparti dedicati alle persone anziane oltre i 65 anni (suddivisi in Residenza Sanitaria Assistenziale-R.S.A; Nucleo Alzheimer; Centro Diurno Integrato Alzheimer-C.D.I.).

Il reparto che maggiormente usufruisce del Servizio di Musicoterapia è

quello relativo al Nucleo Alzheimer: grazie all'attività di ricerca svolta in questa direzione⁶⁰, la Regione Lombardia è delle poche regioni italiane che, nonostante non esista ancora una legislazione specifica al riguardo, di fatto “riconosce” nell'intervento musicoterapico uno dei possibili percorsi terapeutici o riabilitativi a cui il paziente affetto da questa patologia ha diritto. Ciò ha permesso lo sviluppo dell'attività clinica e di ricerca del “Servizio di Musicoterapia”, diretto e coordinato dal musicoterapista, formatore e ricercatore, docente presso l'Università di Pavia, Alfredo Raglio.

La Musicoterapia presso l'Istituto Ospedaliero di Sospiro viene applicata con finalità legate al miglioramento delle funzioni psichiche e cognitive, nonché come canale privilegiato atto a favorire le potenzialità espressive e comunicative della persona. L'intervento specifico (come verrà approfondito in seguito) si colloca in una prospettiva relazionale e si avvale dell'utilizzo del suono e della musica con la finalità di supportare l'individuo nel far fronte alla presenza di disagi o sintomi legati alle patologie dell'età senile, ristabilendo e mantenendo principalmente le competenze espressive, comunicative e relazionali compromesse. L'accesso al Servizio di Musicoterapia avviene su una prima indicazione dei medici del Dipartimento Anziani, che segnalano al Responsabile del Servizio la presenza di un ospite che potrebbe trarre giovamento dal trattamento musicoterapico. Successivamente sarà la fase di Assessment valutata dal musicoterapista a delineare l'effettiva disponibilità e idoneità del paziente al trattamento (cfr. Par. 2 di questo capitolo).

⁶⁰ È importante sottolineare a questo proposito il coinvolgimento dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro nell'Attività di ricerca- Unità Operativa n° 5- del Progetto Ministeriale “Valutazione e sviluppo della rete integrata lombarda per la malattia di Alzheimer: definizione di un modello operativo di trattamento riabilitativo per soggetti affetti da malattia di Alzheimer, residenti a domicilio o in nuclei speciali per la malattia di Alzheimer” dall'anno 2001.

7.2 La pratica clinica di Alfredo Raglio e la sua équipe

Alfredo Raglio è uno dei pochissimi musicoterapisti in Italia ad aver pubblicato, su riviste scientifiche internazionali, articoli o ricerche che attestino l'efficacia del trattamento musicoterapico in contesti clinico-riabilitativi specifici. La base della sua ricerca viene alimentata, in una relazione mutualmente arricchente, dalla sua attività clinica presso vari istituti ospedalieri della Lombardia. I riferimenti teorici a cui egli si riferisce sono riconducibili alle teorizzazioni psicologiche di Daniel Stern⁶¹ e a quelle specificatamente musicoterapiche di Rolando Benenzon⁶². La sua definizione di MT coincide con quella assunta come ufficiale dalla comunità musicoterapica internazionale. Egli però pone in risalto il fatto che il punto centrale della terapia con la musica risulti essere il nesso *suono-relazione*. Inoltre chiarisce che sono necessari, secondo la sua visione di pratica musicoterapica: 1) la presenza di un operatore qualificato (il musicoterapista); 2) la presenza di un modello musicoterapico di riferimento basato su criteri teorici e metodologici chiari; 3) la presenza di un setting strutturato; 4) obiettivi legati ai cambiamenti (stabili e duraturi) della persona o di alcune sue parti o funzioni; 5) il riferimento costante, nell'azione terapeutica, ad un piano intrapersonale e\o interpersonale.

Raglio aderisce pienamente a questi criteri e nella sua pratica clinica risulta fondamentale considerare le esperienze terapeutiche con la musica in quanto fondate specificatamente sulla relazione sonoro-musicale tra paziente e musicoterapista.

61 Cfr. Capitolo 2, 3 e 4.

62 Cfr. ibidem

Il suo rigore scientifico non permette di dare ancora per incontrovertibile alcun riferimento teorico, anzi egli è il primo a denunciare “i molti dubbi e le incoerenze teoriche” (Raglio, 2008) che attraversano l'applicazione della musicoterapia e che richiedono, prescindendo dal modello di riferimento, ulteriori riflessioni e approfondimenti.

Non di meno, la sua attività clinica ha ormai trovato alcuni punti fermi, proprio perchè “come ogni intervento terapeutico anche la musicoterapia deve riferirsi ad una prassi codificata e applicabile ad ogni trattamento” (ibidem p.19). Tale pratica musicoterapica, in linea con il concetto generale di “Evidence Based Practice” espresso da Mace (Mace et al., 2003) e riportato da Vink (Vink et al., 2003), si sviluppa attraverso i seguenti 7 punti:

- i criteri di invio
- l'assessment musicoterapico (finalizzato all'inclusione\esclusione dal trattamento)
- la definizione degli obiettivi terapeutici
- il contratto terapeutico
- il trattamento
- la valutazione
- la conclusione

Presentando l'attività musicoterapeutica di questo autore vogliamo entrare nello specifico di una delle pratiche cliniche più rigorose e metodiche del panorama italiano in ambito musicoterapico. Raglio è sicuramente uno dei pochi musicoterapisti formati e operanti specificatamente e unicamente in ambito musicoterapico⁶³; inoltre la sua attività di ricerca è l'unica riconosciuta a livello internazionale, grazie alle recenti pubblicazioni⁶⁴; ciò rende la sua pratica clinica un punto di riferimento importante nell'attuale panorama teorico-applicativo italiano.

7.2.1 Una proposta di musicoterapia “attiva-improvvisativa marcatamente relazionale”

Ecco quindi che la pratica clinica dell'èquipe musicoterapica di Sospiro, rifacendosi principalmente alle teorie di Stern e Benenzon, propone un protocollo di intervento dove l'elemento sonoro\musicale diventa uno strumento che facilita e sviluppa la relazione non verbale tra il paziente e il musicoterapista, in particolare facilitando sintonizzazioni affettive⁶⁵. Attraverso questi momenti di comunicazione emotiva non verbale si giunge alla “relazione intersoggettiva”, alla compartecipazione dell'attenzione, delle intenzioni e degli stati affettivi. (Stern, 1985; 2004). Ciò risulta particolarmente importante per contrastare l'apatia e l'isolamento che invece caratterizza

63 Oltre ad una formazione musicale accademica, Alfredo Raglio ha effettuato un training formativo relativo al Benenzon Music Therapy Model e ha conseguito il Post Graduate in Music Therapy presso l'Università di Bristol (sede italiana di Bologna). Svolge attualmente attività clinica e di ricerca collaborando con istituzioni pubbliche e private. È inoltre docente al Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi e in altri corsi di formazione in ambito nazionale, tra cui il Corso Triennale in Musicoterapia di Genova. È autore di varie pubblicazioni scientifiche e divulgative inerenti la musicoterapia.

64 Cfr. Paragrafi successivi.

65 Cfr. cap. 3.

la malattia d'Alzheimer soprattutto nei suoi gradi avanzati di compromissione. Inoltre il suono e la musica, e con essi gli strumenti musicali, possono diventare mediatori di una relazione, cioè “oggetti intermediari” della relazione tra paziente e musicoterapista (Benenzon, 1984).

Alla luce dei riferimenti teorici già esposti⁶⁶, il protocollo di intervento applicato dall'equipe musicoterapica dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro afferma l'ipotesi per cui il suono e la musica attivino modalità espressive e relazionali arcaiche, probabilmente ancora presenti nella persona con malattia d'Alzheimer, recuperate attraverso una regressione terapeutica condivisa e guidata dal musicoterapista. Ciò, secondo Raglio e coll. (2007) significherebbe by-passare le funzioni cognitive, le capacità elaborative e di simbolizzazione per attingere direttamente a quel mondo di emozioni e sensazioni non ancora ben strutturate e consapevoli, benchè colte ed espresse attraverso i primitivi canali menzionati. Il suono e la musica che emergono dall'improvvisazione nel contesto musicoterapico sono più facilmente correlabili all'espressione dell'identità sonoro-musicale personale (ISO) piuttosto che al culturalmente appreso. Ed è proprio in questo senso che la musicoterapia può facilitare quei momenti di sintonizzazione che Stern definisce, per lo più, proprio come momenti inconsapevoli, in analogia con quanto R.O. Benenzon afferma a proposito dell'ISO Gestaltico.

66 Cfr. cap. 4

Nello specifico della valenza dell'intervento musicoterapico nella malattia d'Alzheimer si può anche affermare che l'azione sugli aspetti “comunicativo-relazionali” e “affettivi” favorisca il rafforzamento senso di identità nei pazienti, consentendo il riconoscimento del mondo esterno. Ne può derivare un processo di armonizzazione\integrazione rispetto ai deficit prodotti dal danno neurologico, nonché una migliore organizzazione delle componenti emotive della personalità. (Raglio, 2001). Possiamo aggiungere infine che l'intervento musicoterapico in questo contesto specifico recupera anche il ruolo di stimolo che il suono ha intrinsecamente, incidendo sulle funzioni cognitive quali la capacità di mantenimento del livello attentivo, la percezione sensoriale o la memoria.

7.3 L'attività di ricerca nelle demenze dell'equipe di Alfredo Raglio

Sebbene l'inizio dell'attività di ricerca di Alfredo Raglio e la sua équipe sia rintracciabile anche anteriormente, i primi studi pubblicati su riviste nazionali ed internazionali risalgono al 2006. Tale studio (Raglio et al., 2006), inserito nel progetto ministeriale di ricerca “Valutazione e sviluppo della Rete Integrata per la malattia di Alzheimer”, d.g.r. n.VII/6437 del 12/10/2001, UO n.5, ha posto l'attenzione sui criteri di osservazione e valutazione del processo terapeutico e sugli esiti di un intervento musicoterapico di tipo relazionale. I 16 pazienti selezionati, tutti affetti da demenza di grado medio-severo secondo la Clinical Dementia Rating (CDR), hanno partecipato, con cadenza bi-settimanale, a 30 sedute di musicoterapia della durata di 30 minuti ciascuna. L'impiego del materiale sonoro/musicale in un contesto prevalentemente non verbale e di tutti gli

aspetti della comunicazione analogica e pre-verbale, finalizzati alla sintonizzazione affettiva, costituisce la base sulla quale si è sviluppata questa sperimentazione, tesa a dimostrare la riduzione dei disturbi comportamentali e psichici. Le sedute sono state riprese da una telecamera fissa e i filmati sono stati analizzati, attraverso griglie di osservazione, da un musicoterapista non coinvolto nel processo. Si sono individuate tre possibili modalità di interazione sonoro-musicale: esplorazione, ascolto e interazione sonoro-musicale con finalità comunicativo relazionale (quest'ultima caratterizzata da elementi che implicano il coinvolgimento emotivo, quali il movimento sintonico, la mimica facciale congrua al contesto sonoro-musicale e alla relazione con il musicoterapista o le variazioni musicali). La seconda parte dei protocolli ha analizzato la quantità dei segnali di accettazione/coinvolgimento (sorriso, movimenti del corpo in sintonia con il contesto sonoro-musicale, canto, verbalizzazioni positive) e i segnali di non accettazione/disturbo espressi dai pazienti (verbalizzazioni negative, difficoltà di permanenza nel setting musicoterapico, irritabilità, affacendamento/wandering), direttamente rilevabili dall'analisi dei filmati. Per la valutazione extra-setting (effettuata prima delle sedute e dopo 4 mesi di trattamento) sono state utilizzate scale atte a monitorare il quadro cognitivo (Mini Mental State Examination, MMSE), funzionale (Barthel Index) e comportamentale (Neuropsychiatric Inventory, NPI). Analogamente è stato valutato il gruppo di controllo. Durante il trattamento musicoterapico non sono state apportate variazioni significative nella terapia farmacologica (neurolettica e/o sedativa). Dai risultati è emerso come dato più rilevante la diminuzione statisticamente significativa, nel gruppo in trattamento, dei disturbi comportantali, a fronte di un peggioramento dello stato funzionale e cognitivo. Il gruppo di controllo ha presentato analoghi risultati evidenziando un più marcato peggioramento del quadro funzionale e cognitivo e un lieve, ma non sognificativo miglioramento dei disturbi comportamentali.

Questo lavoro presenta alcuni limiti tra cui ricordiamo la scarsa numerosità del campione (16 soggetti) e la mancanza di una randomizzazione. Tali limiti sono stati superati in un ulteriore studio (Raglio *et al.*, in press): esso ha coinvolto 59 soggetti (di cui 30 inseriti nel gruppo sperimentale e 29 nel gruppo di controllo). Lo studio presenta per il resto caratteristiche analoghe a quello precedente così come i suoi risultati confermano quanto già riscontrato nel lavoro precedentemente descritto. Infatti si rileva, nel gruppo trattato, una riduzione statisticamente significativa in termini di gravità e frequenza dei disturbi psichici e comportamentali (BPSD), in particolare dell'irritabilità, dell'agitazione, dell'apatia, dell'attività motoria aberrante, dei deliri e dei ritmi sonno-veglia (Nava, Torchitti, in Raglio, 2008)

Dal punto di vista strettamente musicoterapico, a fronte di una riduzione delle condotte esplorative, cioè a valenza non comunicativa, si assiste ad un incremento statisticamente significativo delle produzioni a valenza comunicativa e quindi un aumento della qualità relazionale. Per quanto riguarda le risposte positive è stato registrato un incremento dei segnali di accettazione e coinvolgimento quali il sorriso, il movimento sintonico e il canto. In conclusione i dati di questa ricerca hanno suggerito la possibile efficacia dell'intervento musicoterapico nella diminuzione dei disturbi psichiatrici e comportamentali nei pazienti affetti da demenza. È stato altresì evidenziata la complessità della verifica dei risultati, soprattutto per l'assenza di strumenti standardizzati e validati e per la difficoltà di selezionare campioni omogenei dal punto di vista clinico, oltre che per un inevitabile declino psico-fisico da parte del paziente anziano. La questione dell'osservazione e della verifica dei risultati è un problema rilevante in tutta la medicina ma questo non può essere un'alibi per non approfondire

questa fase così centrale del lavoro musicoterapico. A questo proposito proponiamo ancora una volta come esempio l'attività clinica e di ricerca del Servizio di Musicoterapia di Sospiro.

7.4 L'osservazione e la verifica dei risultati in un'ottica quali-quantitativa

La fase della verifica dei risultati, della dimostrazione della validità (interna ed esterna) dei risultati ottenuti è un punto imprescindibile per la pratica clinica dell'èquipe guidata da Alfredo Raglio. Superata la prima fase dello sviluppo in quanto disciplina, la musicoterapia continua a richiedere prove e dimostrazioni che ne confermino e ne rafforzino l'importanza e l'efficacia, ossia la validità esterna. Ad oggi risulta necessario anche affrontare con serietà e rigore la questione della validità interna, ossia la necessità di dimostrare le connessioni fra teorie, metodi, tecniche e risultati; occorre evidenziare e descrivere quei processi che si producono nel setting terapeutico e che costituiscono i presupposti degli effetti prodotti. L'èquipe di Sospiro ha molto chiaro che questo è un passaggio cruciale dello sviluppo della musicoterapia in Italia (ma non solo): attraverso la realizzazione di una pratica clinica rigorosa, nonché attraverso la realizzazione di ricerche sistematiche⁶⁷, è necessario dimostrare “...non solo l'efficacia della musicoterapia (risultato) ma anche le modalità attraverso cui tali effetti si producono (processo), individuando quei passaggi critici che si realizzano nel setting terapeutico e che costituiscono la base del cambiamento ottenuto (rilevanza e validità interna)”. (Ricci Bitti, prefazione, in Raglio, 2008, cit. p. 8)

⁶⁷ Cfr. Il paragrafo 6.3.

Il presupposto base di tutto il lavoro clinico e di ricerca di Raglio e dei suoi collaboratori si ispira a quanto afferma Ricci Bitti nella prefazione all'ultimo volume di questo autore. In essa emerge la necessità di partire da questa idea condivisa: i processi che avvengono nella pratica musicoterapica così come gli effetti che si ottengono non sono “ineffabili”, bensì possono essere evidenziati da indicatori rilevabili consensualmente e misurabili. Siano essi dati qualitativi o quantitativi è necessario “tradurre” questi indicatori in dati numerici, con attenzione a non cadere in semplificazioni o manipolazioni degli stessi, bensì completando e superando i limiti delle tradizionali “narrazioni” cliniche. (Ricci Bitti, in Raglio, 2008)

A questo proposito un importante filone di ricerca promosso da Raglio e collaboratori riguarda proprio il rapporto tra pratica musicoterapica e osservazione, allo scopo di costruire e sperimentare strumenti osservativi specifici. In particolare gli strumenti creati si riferiscono alla valutazione della relazione musicoterapica in una prospettiva intersoggettiva, basata sul concetto di sintonizzazione affettiva introdotto da Stern⁶⁸. Questa ricerca è iniziata nel 1995 e ha sino a questo momento prodotto 2 griglie osservative: il Music Therapy Coding Scheme (MTCS) e la Music Therapy Check List (MTCL). Attualmente si è costruito un altro strumento osservativo, la Music Therapy Rating Scale che è ancora in fase di sperimentazione. Nel prossimo paragrafo si accennerà alle caratteristiche di questi strumenti osservativi, approfondendo in particolare uno di essi.

⁶⁸ Cfr. Capitoli 2 e 3.

7.5 Gli strumenti di osservazione realizzati

Purtroppo è un dato di fatto che ad oggi non esistono, nel panorama internazionale, strumenti di osservazione e verifica che siano stati validati e standardizzati per un uso specifico nella clinica o nella ricerca in musicoterapia. In Italia Raglio e coll. (2006) hanno proposto uno strumento di osservazione specifico, Music Therapy Coding Scheme, incentrato sulla rilevazione dell'interazione tra paziente e musicoterapista secondo modalità qualitative e quantitative, allo scopo di definire e quantificare meglio alcuni parametri comportamentali, mimico-gestuali, musicali e relazionali correlati all'efficacia del trattamento musicoterapico. Questa griglia osservativa è applicabile all'osservazione di sedute videoregistrate e si avvale del supporto di un software informatico sul quale si sigla la presenza\assenza di alcuni comportamenti; tali comportamenti sono divisi in quattro macro categorie (schema tratto da Gianotti, in Raglio, 2008):

- 1) Produzioni Sonoro-Musicali: in questa classe si distinguono le produzioni con una valenza relazionale (produzioni sintoniche) da quelle con una valenza maggiormente esplorativa e quindi non caratterizzata da intento comunicativo (produzioni asintoniche); si quantificano inoltre le produzioni individuali e i momenti di assenza di produzione. Si rileva la quantità e la tipologia di variazioni musicali occorrenti durante le produzioni di entrambi i soggetti.
- 2) Comunicazione non verbale: vengono siglati i movimenti all'interno del setting di musicoterapia anche in rapporto agli strumenti musicali, la presenza\assenza

di movimenti sintonici effettuati sulla base della produzione sonora e contatti fisici.

- 3) Mimica del volto: si sigla la quantità di sorrisi e di sguardi sia che essi siano indirizzati agli strumenti musicali sia che siano rivolti all'altra persona.
- 4) Comunicazione verbale: si sigla la quantità e la tipologia delle comunicazioni verbali sia del paziente che del musicoterapista, distinguendole in comunicazioni verbali congrue o estranee al contenuto musicoterapico.

La siglatura è impostata secondo una linea temporale scandita in secondi; terminata la decodifica di tutta la seduta si potranno ricavare informazioni relative alla durata, alla tipologia della produzione di ciascun componente della diade in una logica processuale e dinamica della relazione intersoggettiva, secondo il modello psicologico di D. Stern (1985; 2004). Sempre in riferimento a tale modello, la lettura sincronica di alcuni comportamenti sonoro-musicali, verbali e non verbali permette di stabilire il livello di compartecipazione e di riconoscere le sintonizzazioni affettive avvenute. Da tale strumento è stato creato da Raglio e coll. (2007) uno strumento osservativo cartamattita (Music Therapy Check List), suddiviso nelle medesime classi comportamentali del MTCS, ma più sintetico e di utilizzo più immediato; infatti la MTCL è basata sulla rilevazione della presenza\assenza dei comportamenti che occorrono all'interno di una seduta individuale in una logica di rilevazione qualitativa e quantitativa.

Si può quindi concludere che la necessità di un valido processo di verifica, necessità espressa da Ricci Bitti (2008) e ripresa da più parti, trovi nel lavoro clinico e di ricerca di Alfredo Raglio e dei suoi collaboratori una buona sintesi tra gli aspetti qualitativi e quantitativi. Lo sforzo comune, da riconoscere a questi autori, sembra proprio quello di andare in una direzione in cui, da un lato si rileva la tipologia e le caratteristiche dei comportamenti descritti, dall'altro si prova a quantificare tali aspetti. Come afferma Gianotti⁶⁹, il dato numerico funge da supporto a quello qualitativo, il quale è indispensabile per rilevare aspetti influenzati da dinamiche relazionali mai statiche. D'altra parte però la quantificazione numerica perchè permette una lettura immediata della valutazione dei risultati, facilita la comunicabilità degli stessi e rende possibile l'utilizzo di elaborazioni statistiche che possono approfondire i campi di indagine attraverso la correlazione tra i vari dati. (Gianotti, in Raglio, a cura di, 2007)

7.6 L'esperienza personale di tirocinio

7.6.1 Introduzione

Il periodo effettivo di tirocinio presso la struttura di Sospiro si è svolto dal 21 luglio al 25 agosto 2009, per un totale di 54 ore. La scelta di effettuare un tirocinio a fianco di Alfredo Raglio è stata motivata dalla personale di volontà di conoscere più da vicino il suo lavoro clinico e di ricerca. In quel periodo mi trovavo circa a metà del mio percorso di formazione e sentivo la necessità di confrontarmi con più visioni differenti di musicoterapia, di riferimenti teorici e di ambiti applicativi, sebbene apparentemente lontani dal personale percorso di formazione intrapreso. Per entrare direttamente nel merito, posso dire che tutta l'esperienza di tirocinio si è efficacemente alternata tra

⁶⁹ Gianotti Marta, musicoterapista dell'equipe di Alfredo Raglio presso l'Istituto Ospedaliero di Sospiro (Cr).

momenti di osservazione diretta delle sedute in programma, attraverso lo specchio unidirezionale, e momenti di osservazione di sedute precedentemente filmate e archiviate, avvenute nella stessa struttura o presso altre strutture analoghe della provincia di Milano. Lo strumento osservativo maggiormente utilizzato è stata la griglia osservativa “Music Therapy Rating Scale” (MTRS di Raglio et al. 2009). Nonostante non esista ancora una versione definitiva di tale scala, esistono già delle indicazioni chiare circa le modalità di utilizzo e di siglatura. A questo proposito si riporta direttamente dal testo originale che “la MTRS indica l'intensità della relazione non verbale (NV) e sonoro-musicale (SM) rilevata durante l'interazione tra musicoterapeuta e cliente. L'osservatore indicherà il livello di relazione utilizzando un punteggio da 0 a 4 sia per rilevare la qualità/intensità dei comportamenti non verbali che per rilevare la qualità/intensità degli scambi sonoro musicali. L'osservazione verrà condotta a intervalli di 15 secondi al termine dei quali verrà definito il punteggio relativo al massimo livello di relazione riscontrato nei comportamenti NV e SM; per esempio, se durante l'intervallo di tempo osservato si verifica la presenza di interazioni di livello 2 e 3 verrà riportato unicamente il livello 3”. (MTRS, Raglio et al., non ancora pubblicato)Quindi l'attività delle prime giornate di tirocinio è consistita nello studio e nell'applicazione guidata di questa griglia osservativa ad alcune sedute registrate precedentemente. Sicuramente è stata fondamentale la presenza e l'appoggio della musicoterapeuta Marta Gianotti, collaboratrice del Tutor presso il Servizio di Musicoterapia di Sospiro, la quale spesso ha supervisionato l'attività di tirocinio in prima persona. Tra le attività importanti della prima parte del mio tirocinio va sottolineata anche l'individuazione di una bibliografia minima di riferimento circa la Malattia di Alzheimer, le Demenze involutive in generale e le possibilità terapeutico-riabilitative della MT con queste patologie. In particolare sono stati importanti riferimenti il testo di Raglio, Manarolo,

Villani “ Musicoterapia e malattia di Alzheimer” (2001) e quello a cura di Raglio “Musicoterapia e Demenze: riflessioni teoriche e applicative” (2007), nonché una serie di articoli relativi a importanti pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali sull'argomento. Le osservazioni dirette, che avvenivano durante il periodo di tirocinio con una media di 3 incontri al giorno, inizialmente venivano dal sottoscritto siglate secondo una modalità informale e senza particolari indicazioni specifiche da parte del Tutor, proprio per poter rendermi conto delle difficoltà e della necessità di training ad un'osservazione più metodica. Effettivamente l'unica disposizione per le prime osservazioni dirette di pazienti con diagnosi di Alzheimer era quella di osservare il più possibile e scrivere il meno possibile, per non perdersi neanche un momento della seduta in questione. Ciò è risultato molto difficile soprattutto nelle prime osservazioni. In seguito ad un breve training sull'uso della MTRS, mi è stata data l'opportunità di siglare un numero abbastanza significativo di sedute precedentemente filmate, ad uso specificatamente formativo. Infatti alla fine di ogni siglatura avveniva la correzione diretta del Tutor. Ciò mi ha permesso di raggiungere una sempre maggiore padronanza nella correttezza e nella velocità della siglatura, ma soprattutto di acquisire, almeno in parte, alcuni riferimenti chiari per poter sviluppare la mia competenza osservativa anche senza l'ausilio della MTRS. In sostanza anche l'osservazione diretta delle sedute di MT condotte dal Tutor, ha iniziato ad essere sempre più efficiente ed efficace, in termini di percezione della qualità e quantità dei segnali non verbali e sonoro-musicali manifestati dal paziente. A titolo esemplificativo posso ricordare molti episodi apparentemente “poco visibili” ad un osservatore non esperto che solo a fine seduta mi venivano fatti notare dal musicoterapeuta stesso, come per esempio il lieve ma ritmico oscillare del piede di un anziano in carrozzina durante un momento di sintonizzazione con il terapeuta, piuttosto che l'enfasi e la carica espressiva propria di alcuni gesti musicali di

un paziente che potevano essere riportati come testimonianze di un buon livello di relazione non verbale.

Il focus importante a cui sempre ero invitato a tornare era il duplice livello di relazione non verbale e sonoro-musicale che si instaurava tra ogni singolo paziente e il musicoterapeuta, senza farsi distrarre o peggio influenzare dal livello di comunicazione verbale.

Secondo i loro autori, la MTRS risponde ad un duplice finalità:

- una finalità quantitativa che permette di quantificare l'aspetto relazionale NV (non verbale) e SM (sonoro-musicale) della seduta, concentrandosi specificatamente sulla relazione, che è il canale terapeutico centrale. Ha quindi l'importante scopo di capire “dove” agisce la terapia, a che livello e con quali modalità.
- una finalità formativa: l'uso continuo di tale strumento permette al musicoterapeuta di acquisire un “modus osservandi” sempre più oggettivo. Ossia lo aiuta a notare sempre più facilmente gli aspetti relazionali NV e SM.

Esiste però almeno un punto debole, emerso spesso durante la mia esperienza di tirocinio ed esplicitatomi dal Tutor stesso: nel processo di siglatura della MTRS rimane comunque un margine di soggettività nell'attribuzione del punteggio, soprattutto tra alcune classi di punteggio, che però può essere considerato irrilevante nell'arco del minuto di osservazione a cui si riferisce. Sicuramente occorre molta pratica guidata per poter utilizzare una griglia di osservazione di questo tipo proficuamente.

L'osservazione dell'attività più propriamente clinica con i pazienti del Servizio è stata in parte penalizzata dal ridotto numero di ore a disposizione dedicato a questo tirocinio: purtroppo il monte ore complessivo non ha permesso di seguire in prima persona uno o più casi clinici in modo continuativo e strutturato. Ciò nonostante è stato possibile, nel

corso delle 54 ore, osservare e riportare alcuni dei criteri che guidano la pratica clinica dell'equipe di MT della Fondazione Sospiro...

7.6.2 I criteri di inizio e fine trattamento

I pazienti del Nucleo Alzheimer o di altri reparti che vengono inviati al Servizio di Musicoterapia vengono sottoposti ad una, due o più sedute dove necessario, per capire se effettivamente ci sono gli estremi per poter iniziare un proficuo trattamento di MT. Molto sinteticamente possiamo dire che durante questa preliminare fase di Assessment il paziente deve dimostrare una minima accettazione del setting, del terapeuta e del trattamento. Non ci deve essere un grado di compromissione delle funzioni cognitive troppo elevato: il paziente deve essere in grado di riconoscere gli oggetti musicali e la loro funzione. Il criterio principale, al quale subordinare gli altri rimane la dimostrazione, da parte del paziente, di una volontà a relazionarsi attraverso il canale sonoro-musicale.

É pur vero che in generale non esistono criteri assoluti che discriminino un paziente da un altro; però ogni caso deve poter essere valutato secondo dei criteri di accettazione che riconducano ad un limite di efficacia e di efficienza del trattamento, essendo purtroppo limitate le risorse a disposizione. I motivi che portano all'interruzione del trattamento possono essere vari, dall'aggravarsi delle condizioni di salute generali all'improvviso decesso. A volte l'interruzione del trattamento può avvenire per una stabilizzazione dei cambiamenti: quando i primi cambiamenti comportamentali, cognitivi ed emotivi si stabilizzano e non subiscono ulteriori variazioni per molto tempo, allora può essere opportuno interrompere il trattamento.

7.6.3 Il setting

Il setting del Servizio di Musicoterapia di Sospiro consiste in una stanza di circa cinque metri per quattro, con una finestra fornita di adeguate tapparelle. Non vi sono potenziali distrattori come suppellettili, né orologi né quadri. Vi sono due scaffali porta strumenti, un appendiabiti e due seggiole. Il tempo massimo di ogni seduta si aggira attorno ai 30 minuti, anche se il tempo effettivo può variare da caso a caso. Il paziente può essere accompagnato al Servizio sia dal musicoterapeuta stesso che dal personale infermieristico. Purtroppo non vi è una totale insonorizzazione della stanza di MT, che risulta adiacente ad altre stanze il quale rumore a volte interferisce sulle sedute.

7.6.4 Lo strumentario

Lo strumentario è abbastanza ampio, studiato per offrire stimoli sonori facilmente manipolabili e usufruibili anche da persone con ridotte capacità motorie e di coordinazione. Esso consiste essenzialmente in un piano a muro; 2 xilofoni; 2 metallofoni; 2 glockenspiel; 1 bongos con sostegno; 2 tumbadoras con sostegno; 3 timpani di diverse dimensioni; un tamburo a cornice con sonagli; un sonaglio; vari mallet.

Tali strumenti vengono scelti e disposti con accortezza prima di ogni seduta secondo le capacità motorie del paziente e gli obiettivi terapeutico-riabilitativi del musicoterapeuta. Nel caso specifico del trattamento delle demenze e in particolare dell'Alzheimer, risulta importante riproporre sempre lo stesso tipo di disposizione dello strumentario, per favorire la memoria e il senso di orientamento spazio-temporale del paziente.

7.6.5 L'osservazione del trattamento

Come già anticipato, non è stato possibile osservare un trattamento completo e ciò che ho potuto osservare si è limitato a circa 15 sedute di vari pazienti affetti da diverse tipologie di diagnosi pur sempre riconducibili al quadro generale delle Demenze Senili. In generale però ho potuto cogliere, grazie alla supervisione del tutor, alcuni elementi comuni a tutti i trattamenti e riferibili al “modello” musicoterapico applicato. Una costante fondamentale è risultata la capacità di ascolto attivo dimostrata dal musicoterapeuta: ogni seduta iniziava dando libertà espressiva al paziente, senza necessariamente interrompere i momenti di “apparente” silenzio o peggio imbarazzo che spesso si possono creare. La capacità del musicoterapeuta sta proprio nel controllare le proprie ansie da prestazione e concentrarsi in un ascolto attento del paziente nella sua globalità, rimanendo pronto a cogliere ogni minimo tentativo di espressione, comunicazione o relazione.

Ovviamente occorre usare il meno possibile il canale verbale, anche se spesso è richiesto esplicitamente dal paziente. Bisogna invece saper sviluppare e cogliere quei momenti di sintonizzazione che si creano col paziente attraverso la comunicazione non verbale o sonoro-musicale. È altresì fondamentale aver una buona capacità di decodifica dei segnali e dei comportamenti manifesti del paziente, per poter attuare le risposte adeguate alle richieste comunicative e relazionali. È molto importante avere buona consapevolezza del proprio livello di coinvolgimento nell'interazione col paziente, per essere empaticamente coinvolto ma senza perdere mai gli obiettivi e le finalità terapeutiche in favore di momenti ludico-espressivi auto-gratificanti. Ciò ovviamente presuppone un training e una preparazione approfondita alla relazione terapeutica.

Un ultimo aspetto che mi è stato possibile osservare durante la fase di trattamento è la capacità del terapeuta di non abbassare mai la soglia di attenzione e mantenere un certo equilibrio nell'atteggiamento nei confronti del paziente: da una parte non bisogna essere “troppo” passivi-assertivi ma dall'altra non bisogna saturare il campo comunicativo con “troppe” proposte. Il rischio è quello di rendere inutile il trattamento. Di fatto esistono molte strategie di intervento, il problema è saperle contestualizzare nel momento opportuno, quindi ritorna fondamentale la competenza di decodifica: il musicoterapeuta deve capire se la produzione sonoro-musicale del paziente è un atto espressivo, comunicativo o relazionale e reagire di conseguenza. Ad esempio, un atto relazionale richiamerà una risposta propositiva adeguata, mentre un atto inteso come espressivo può richiedere “semplicemente” un atteggiamento di ascolto-attesa attiva.

7.6.6 Riflessioni conclusive

In conclusione a questo capitolo vorrei fare alcune riflessioni personali su quanto questa esperienza di tirocinio sia stata importante e abbia influito sul mio percorso formativo in MT. Mi sento di poter dire ciò per almeno due ragioni: la prima si riferisce alla grande chiarezza concettuale che emerge dal lavoro clinico e di ricerca di Alfredo Raglio e la sua équipe. In un momento formativo iniziale, in cui la confusione sui modelli e sulle tecniche e sulle metodologie è quasi fisiologica, è risultato molto utile trovare dei punti fermi imprescindibili nella definizione stessa di Mt, nonché nelle sue ricadute teorico-applicative. Dico ciò senza entrare nel merito dei contenuti, che non mi permetto di poter giudicare né paragonare, ma attendendomi ad una constatazione che riguarda appunto la chiarezza, a volte drastica e categorica, circa la concezione del tutor nei riguardi di una disciplina che vuole raggiungere la maturità e la solidità di mettersi seriamente in discussione, distinguendosi chiaramente da altre professioni ad essa

affini. La seconda ragione, che si ricollega necessariamente alla prima, riguarda la costante e proficua attività di ricerca che viene promossa dal Servizio di Musicoterapia di Sospiro. Le sempre maggiori pubblicazioni e le interconnessioni tra varie discipline scientifiche, come la Statistica, la Medicina e la Neurobiologia tra le altre, hanno permesso l'attivazione di un circolo virtuoso che si autoalimenta di maggiori risorse dedicate alla ricerca che a sua volta pone le basi per una rigorosa attività clinica terapeutico-riabilitativa che a sua volta consente alla ricerca di approfondire gli ambiti di indagine e di verificare i risultati, stimolando i Servizi Pubblici e privati ad investire ulteriormente nella ricerca. Insomma, penso che, lungi dall'essere un modello perfetto, quella di Sospiro sia comunque una realtà da considerare e con cui confrontarsi a livello nazionale ma non solo.

A questo proposito penso, anzi sono convinto che il mio percorso di formazione abbia trovato nel tirocinio a Sospiro un momento importante di confronto e di crescita sia dal punto di vista teorico-applicativo, nonchè dal punto di vista fondamentale della ricerca scientifica, così carente nel panorama italiano. Ripeto che, anche senza entrare nel merito dei riferimenti teorici e dei contenuti concettuali a cui il Servizio di MT di Sospiro si riferisce, penso che per qualunque aspirante musicoterapista sia consigliabile un periodo di tirocinio presso questa struttura per le ragioni sopracitate.

In conclusione ringrazio il Tutor Alfredo Raglio per la sua disponibilità ad accettare un periodo di tirocinio piuttosto breve, nonchè per la professionalità dimostrata nei pochi ma importanti momenti di supervisione e di confronto. Ringrazio sentitamente anche Marta Gianotti, collega e collaboratrice del Servizio di MT di Sospiro, per la pazienza e la professionalità dimostratami durante tutto il periodo, oltre che per il costante

confronto offertomi. Ringrazio tutto il personale amministrativo e medico-infermieristico che ha permesso l'attivazione e il corretto svolgimento del tirocinio. Infine vorrei ringraziare gli ospiti, i pazienti o semplicemente le persone che, più o meno consapevolmente, mi hanno “sopportato” come tirocinante durante le attività a loro dedicate.

CAPITOLO 8

CONCLUSIONI

8.1 La necessità di un circolo virtuoso risorse-clinica-ricerca

Con questa tesi ho voluto cogliere l'occasione per ripercorrere lo sviluppo teorico e pratico della musicoterapia, che in altri paesi europei (Danimarca, Belgio, Gran Bretagna, Svezia, Germania, Olanda, Norvegia, ecc..) e del nord America (Canada) ha già visto un significativo riconoscimento sia accademico, con l'attivazione di corsi di formazione universitari specifici, che istituzionale, con la creazione di albi professionali equiparati ad altre forme di riabilitazione e terapia⁷⁰. In Italia la strada verso questo tipo di riconoscimento è ancora lunga e non facilmente percorribile; come abbiamo visto le difficoltà insite nello sviluppo teorico e metodologico coerente di questa disciplina di certo non favoriscono l'affermarsi di un percorso formativo univoco e riconosciuto da tutti. D'altra parte non si può prescindere dal lavoro clinico che quotidianamente registra potenzialità terapeutiche e risultati innegabili e che deve essere sempre più rigoroso e riferibile a presupposti scientifici chiari e solidi. A questo proposito la collaborazione con altre discipline come la psicopatologia dello sviluppo, la psicologia della musica, la neurologia, e con altre figure professionali come gli psicologi, gli psicoterapeuti, i medici e gli psicomotricisti può risultare preziosa e aiutare a individuare dei modelli di ricerca e di terapia interdisciplinari. È importante

⁷⁰ Per un approfondimento del livello di riconoscimento nel contesto europeo si rimanda all'articolo "*Il riconoscimento professionale del musicoterapista: realtà e prospettive*" di Suvini D'Ulisse in Manarolo, 2006

sottolineare ancora una volta la stretta correlazione che l'ambito clinico e l'ambito di ricerca devono avere: tale necessità non è dettata solo dagli imperativi etici propri della professione, ma anche e soprattutto dai rimandi continui che arrivano dai pazienti, sia in termini di affermazioni che di risultati, per cui non si può prescindere, nelle diverse applicazioni quotidiane, dal quel rigore scientifico proprio della ricerca metodologicamente fondata (Raglio, 2008). Le risorse pubbliche o private, la fiducia nei disegni di ricerca più rigorosi e nei percorsi formativi più completi non possono che giocare un ruolo fondamentale nello sviluppo della musicoterapia in Italia. Risulta evidente il ruolo che gli investimenti nella ricerca e nella formazione potranno avere nell'instaurarsi di questo circolo virtuoso, che parta contemporaneamente dalla clinica, dalla ricerca, e dalla formazione in musicoterapia e porti ad un maggiore sviluppo di questa terapia non farmacologica così cruciale in alcuni ambiti applicativi specifici, tra cui ricordiamo, oltre alla malattia d'Alzheimer, anche i disturbi pervasivi dello sviluppo, le cure palliative e le schizofrenie (ricordiamo che proprio nel 2009 l'American Psychiatric Association ha promosso da “utile” a “necessario” l'intervento musicoterapico nelle psicopatologie schizofreniche).

8.2 L'attività dell'equipe di Alfredo Raglio come paradigma per lo sviluppo della disciplina in Italia.

Grazie al lavoro clinico e di ricerca scientifica riferito all'ambito delle demenze documentato in questa tesi, si può notare che anche in Italia lentamente si sta facendo avanti l'idea che la musicoterapia possa rappresentare qualcosa di più che una delle tante

terapie non farmacologiche, non meglio differenziabili. Elisabetta Farina⁷¹ afferma che il termine più corretto, per evitare di definire un ambito come “non qualcosa di altro” è quello di terapie bio-psicosociale: non solo psicosociale, ma anche “bio” poiché questo tipo di interventi possono modificare anche il cervello stesso⁷². Esiste quindi uno spazio specifico di intervento fondato non su aspettative magiche o esoteriche, ma su un linguaggio, quello musicale che risponde a richieste di aiuto sia a livello privato sia a livello istituzionale sempre maggiori e che privilegia la comunicazione, la regolazione e la condivisione degli stati emotivi (Raglio, 2008).

I risultati importanti, di risonanza internazionale, riscossi dall'equipe musicoterapica della Fondazione Sospiro confermano la direzione suggerita dalla letteratura: l'applicazione della musicoterapia nell'ambito della demenza trova riscontro sia per quanto concerne i disturbi del comportamento nei casi moderati-severi (Clark et al., 1998; Koger et al., 2000; Vink, 2004; Raglio et al., 2006) sia per quanto concerne i disturbi psichiatrici di tipo ansioso o depressivo nei casi di demenza di grado lieve (Hanser et al., 1994; Fox et al., 1998; Snowden et al., 2003). In questi studi si è dimostrato come la musicoterapia agisca sugli aspetti intrapsichici della personalità favorendo una migliore integrazione e una riduzione dei sintomi psichiatrici e comportamentali presenti. Il canale sonoro-musicale permette l'apertura di un ponte comunicativo con una persona le cui modalità espressive non vertono più sull'utilizzo appropriato del canale verbale bensì di quello non verbale: l'espressione vocale, la mimica del volto, la gestualità, ed in seguito le condotte musicali, se adeguatamente

71 Responsabile del laboratorio per la diagnosi e la riabilitazione dei disturbi cognitivi acquisiti, IRCCS Santa Maria Nascente, Fondazione Don Gnocchi Onlus, Milano.

72 Dagli atti della giornata di studi Apim “Memorie Lontane”, 2015, non ancora pubblicati.

decodificate possono essere la base comunicativa e relazionale con la persona affetta da demenza. Ciò diventa un punto di partenza essenziale per una condivisione autentica e reciproca degli stati emotivi difficilmente esprimibili con le parole, che permetta una riabilitazione o un percorso riabilitativo-terapeutico degli aspetti più comunicativi e relazionali della personalità.

Inoltre da alcune recenti ricerche nell'ambito delle neuroscienze sull'individuazione di fattori protettivi che possano fermare o rallentare l'insorgenza della malattia d'Alzheimer, è emersa l'ipotesi che esista una “riserva cognitiva” in ognuno di noi, sia strutturale (il numero di neuroni e sinapsi), sia funzionale, quindi: il background culturale, il livello di studio, il lavoro che si fa, l'interazione sociale, le risorse personali come la motivazione, il buon carattere, la personalità positiva; essi sono aspetti che permettono di contrastare e ritardare l'esordio della malattia e anche di rallentarne la progressione. A questo proposito Anna Rita Giovagnoli⁷³, neurologa italiana esperta di diagnostica, propone alla ricerca in musicoterapia di affrontare anche questo nuovo e importante ambito preventivo, per poter capire che ruolo specifico la pratica musicoterapica possa avere⁷⁴.

La speranza, ma allo stesso tempo la sfida che queste ultime righe vorrebbero lanciare alle istituzioni, ai servizi pubblici, al mondo accademico e ai musicoterapisti professionisti riguarda la possibilità di riuscire ad imitare, adattandolo ai differenti contesti e migliorandolo dove possibile, il circolo virtuoso attivato nella realtà

73 Anna Rita Giovagnoli, Neurologo Dipartimento di Diagnostica e Tecnologia applicata, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C.Sesta, Milano

74 A.R. Giovagnoli, in Atti dalla giornata di studi Apim “Memorie Lontane”, 2015, non ancora pubblicati.

di Sospiro anche in altre realtà italiane. Resta da capire se questo meccanismo debba partire innanzitutto da una documentata attività clinica o da una rigorosa attività di ricerca, da risorse pubbliche e private sufficienti piuttosto che da corsi di formazione di adeguato spessore o da un effettivo riconoscimento istituzionale della professione.

Al di là di questa provocazione la risposta sicuramente non è semplice e non può essere ricondotta ad una logica di unicità lineare; certo speriamo che in futuro si raggiungano le condizioni di maturazione necessarie perchè si possano sviluppare altre realtà analoghe a quelle di Sospiro, in cui clinica e ricerca, risorse e investimenti, multidisciplinarietà e fondamenti scientifici, integrazione e specializzazione degli interventi trovino una sintesi dinamica e allo stesso tempo solida, per sostenere adeguatamente lo sviluppo della musicoterapia in Italia.

Rispetto all'ambito specifico trattato in questa tesi, abbiamo purtroppo queste certezze: le demenze senili sono in costante aumento soprattutto nelle società con alte aspettative di vita, come quella italiana. E' chiaro che il trattamento dei disturbi comportamentali e psichici (BPSD) in questo ambito sia molto complesso. Ad oggi le linee guida terapeutiche disponibili sono di aiuto, ma si è ancora lontani da un esatto inquadramento eziopatogenetico che consentirebbe un trattamento più specifico e meno empirico. Anche per questo, in alternativa o in abbinamento ai medicinali, sembrerebbe utile tentare interventi bio-psico-sociali di comprovata efficacia. Attraverso una solida formazione, una rigorosa pratica clinica e un'attività di ricerca scientifica, si auspica possa affermarsi anche in Italia l'intervento musicoterapico nelle demenze, ed in particolare nella malattia d'Alzheimer, proprio allo scopo di ottenere una riduzione dei sintomi psichici e comportamentali nei pazienti affetti da tale patologia e i conseguenti

benefici in termini soggettivi per i pazienti ma anche economici rispetto al mantenimento delle capacità funzionali necessarie all'autosufficienza totale o parziale.

RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro di tesi è frutto di percorso di studi che ritengo molto significativo, lungo e travagliato, durato ben più dei tre anni canonici; un percorso di scoperta, di conoscenza, di approfondimento; un percorso di studi che mi ha visto maturare come persona nel suo insieme; un percorso che non si conclude qui anzi, trova in questo momento un'occasione di revisione di quanto appreso, di quanto ancora da apprendere, di quanto possibile e di quanto invece non possibile, di quanto ineffabile c'è nella musicoterapia.

Aiutare a conoscere sè stessi e la propria attitudine espressiva, comunicativa e relazionale, credo sia uno degli obiettivi più importanti che questo corso mi abbia consentito di raggiungere. Credo che gli strumenti professionali acquisiti siano solidi, che le competenze teoriche, tecniche e pratiche siano maturate molto durante questo percorso, anche se saranno costantemente da verificare, rinforzare e perfezionare.

Quindi sono molte le persone che vorrei ringraziare perchè durante questo percorso hanno avuto un ruolo importante, a livello professionale e umano: tutti i docenti del corso, ed in particolare il direttore dello stesso, Gerardo Manarolo; i tutors dell'intera esperienza di tirocinio Ferruccio Demaestri, Claudio Massola, Alfredo Raglio, Marta Gianotti, Francesca Bottone e Antonio Capelli. Un ruolo particolarmente importante, per la sua costante disponibilità al confronto e le innumerevoli occasioni formative offertemi, è stato quello di Davide Ferrari.

Senza la vostra professionalità, la vostra disponibilità e il vostro sostegno, non avrei potuto raggiungere questo piccolo grande traguardo. Nella speranza di poter essere altrettanto utile al mio prossimo, nella professione della musicoterapia come nella vita, vi ringrazio tutti.

Olmo Andrès Manzano Anorve

BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V., DSM-IV-TR, (2001). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- Anzieu D. (1987). *L'io-pelle*, Roma, Borla.
- Benenzon R. O., (19984). *Manuale di musicoterapia*, Roma, Borla.
- Benenzon R. O., De Gainza V.H., Wagner G., (1997). *La nuova musicoterapia*, Roma, Phoenix.
- Biasutti M., (2005). *Neuroscienze cognizione e musica*, Giornale di Gereontologia, vol. LIII, n.5.
- Biasutti M., (2009). *Importanza della ricerca sperimentale in musicoterapia*, in *Musica&Terapia*, n.19, Torino, Cosmopolis
- Bruscia K. (1993). *Definire la musicoterapia*, Roma, Ismez.
- Caterina R. (2005). *Cosa sono le arti-terapie*, Roma, Carocci.
- Clark M.E., Lipe A.W., Bilbrey M., (1998). *Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia*. J. Gereontol. Nurs. 24:10-17.
- Di Benedetto A. (2000). *Prima della parola*, Milano, Angeli.
- Fornari F., (1984). *Psicoanalisi della musica*, Milano, Longanesi & C.
- Fox L.S., Knight B.G., Zelinski E.M. (1998). *Mood induction with older adults: a tool for investigating effect on depressed mood*. Psychol. Aging, 13:519-523.
- Fubini E. (2004), *Musica e Natura*, Torino, Einaudi.
- Galimberti U. (2003). *Enciclopedia di Psicologia*, Torino, Garzanti.
- Giberti F., Rossi R. (1996). *Manuale di Psichiatria*, Padova, Piccin & Vallardi.
- Hanser S.B., Thompson L.W., (1994). *Effects of a music therapy strategy on depressed*

- older adults*. J. Gereontol. 49:265-269.
- Imberty M. (1986). *Suoni emozioni significati* (a cura di Callegari L. e Tafuri J.), Bologna, Clueb.
 - Imberty M. (2002). *La musica e il bambino*, in Enciclopedia della Musica, II, Torino, Einaudi.
 - Koger S.M., Chapin K., Brotons M., (1999). *Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature*. J. of Music Therapy, 36:2-15.
 - Koger S.M., Brotons M., (2000). *Music Therapy for dementia symptoms*. Chocrane Database Syst. Rev., [database online].
 - Kohut H., Levarie S. (1950). *The enjoyment of listening to music*, U.S.A., The Psychoanalytic Quarterly, XIX, 1.
 - Manarolo G. (2006). *Manuale di Musicoterapia*, Torino, Cosmopolis.
 - Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M. (1997). *Musicoterapia*, Roma, Carocci.
 - Raglio A., a cura di (2008). *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Milano, Angeli.
 - Raglio A., Manarolo G., Villani D., a cura di (2001). *Musicoterapia e malattia d'Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*, Torino, Cosmopolis.
 - Raglio A., Ubezio M.C., Puerari F., et al., (2006). *L'efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con demenza di grado medio-severo*.Giornale di Gereontologia, 54:164-196
 - Raglio A., Traficante D., Oasi O., *A coding scheme for the evaluation of the relationship in music therapy sessions*, Psychological Reports, 2006; 99: 85-

- Raglio A., Traficante D., Oasi O., *Comparison of music therapy coding scheme with the Music Therapy Checklist*, Psychological Reports, 2007; 100: 875-880.
- Romano A. (1999). *Musica e Psiche*, Torino, Boringhieri.
- Scardovelli M.(1992). *Il dialogo sonoro*, Bologna, Cappelli.
- Siegel D. J. (2001). *La mente relazionale*, Milano, Cortina.
- Snowden M., Sato K., Roy-Byrne P., (2003). *Assesment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature*. J. Am. Geriat. Soc., 9:1305-1317.
- Stern D. N. (1997). *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Boringhieri.
- Stern D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino*, Milano, Cortina.
- Trevarthen C. (1990). *Le Emozioni intuitive: l'evoluzione del loro ruolo nella comunicazione tra madre e bambino*. In “Affetti, natura e sviluppo delle relazioni interpersonali”, Ammaniti M., Dazzi N., a cura di, Roma-Bari, Laterza.
- Trevarthen C. (1998). *Empatia e biologia*, Milano, Cortina.
- Vink A.C., Birks J.S., Bruinsma M.S., Scholten R.J.S., (2004). Music Therapy for people with dementia (review). Chocrane Database Syst. Rev., [database online].