

CMT Centro di Musicoterapia - Studi e ricerche
Scuola Triennale di Musicoterapia

LA MEMORIA DIMENTICATA
Un'esperienza di musicoterapia con malati di Alzheimer

RELATORE
PROF. FERDINANDO SUVINI

TESI DI DIPLOMA DI:
GUIDO DE MICHELE

Per contatti
Guido de Michele
328/7053024
motis@iol.it

Anno 2005

Introduzione: perché la musicoterapia con i malati di Alzheimer

In una malattia degenerativa come il morbo di Alzheimer la comunicazione è sempre più compromessa, sia verbale che non verbale. Le persone colpite da Alzheimer sin dall'inizio presentano una perdita della memoria a breve termine e dell'orientamento; successivamente si nota una progressiva e sempre più grave compromissione del linguaggio fino ad una perdita completa della memoria e dell'orientamento. Trattandosi di malattia inguaribile, ciò che si può fare, oltre ad un corretto utilizzo di farmaci diretti a contrastare alcuni aspetti di un quadro clinico destinato ad un inevitabile peggioramento, è ricorrere a pratiche riabilitative e terapeutiche che coinvolgano il paziente e lo stimolino in modo adeguato, cercando di mantenere e ravvivare il suo interesse con il mondo esterno e con gli altri. In tal modo si può rivitalizzare l'umore, ridurre l'aggressività, stimolare la memoria: in altri termini, si tratta di far leva sulla parte sana.

Tra le pratiche riabilitative e terapeutiche utilizzabili, la musicoterapia sembra rivelarsi una via di accesso privilegiata per aprire e mantenere un canale di comunicazione col malato di Alzheimer: infatti, nonostante il deterioramento cognitivo dovuto alla malattia, il mezzo sonoro-musicale costituisce una via privilegiata per stimolare le parti sane del cervello, essendo certe abilità musicali ancora preservate: il primo beneficio per il malato sarà quello di non sentirsi più completamente solo. Ma la musica in quanto linguaggio universale che da sempre appartiene all'uomo può fare di più: può creare una connessione, un legame empatico, un punto d'incontro spazio-temporale che sia il medesimo per il terapeuta ed il malato. Non a caso, nonostante il progressivo deterioramento delle capacità cognitive e funzionali, il malato di Alzheimer resta comunque capace di ricordare le melodie e spesso anche le parole di quei motivi che sono stati la colonna sonora di un'intera vita: perché? Perché la musica non si perde insieme a tutte le altre informazioni?

Probabilmente il motivo è che la musica coinvolge l'individuo principalmente sul piano emozionale e non su quello cognitivo. Sono poi le emozioni a riportare a galla le altre informazioni, come le parole di una canzone, l'uso di uno strumento o i passi di una danza. La musica dunque crea emozioni, e poiché generalmente è presente in situazioni gioiose, è normalmente legata all'idea di benessere ed in grado di trasmettere benessere. In questo contesto la musica diventa *cura*, dove *cura* non si limita al solo rimedio farmacologico, ma comprende anche la concezione del *prendersi cura* della persona. Ma oltre al valore terapeutico, un'altra caratteristica che permette alla musica di divenire terapia è la sua capacità aggregativa: il malato di Alzheimer che col progredire della malattia tende ad un continuo isolamento, trova, con la musica, motivo di relazionarsi sia con il terapeuta che con gli altri individui presenti. Ed ha motivo di comunicare le proprie emozioni sia tramite l'ascolto musicale (elaborando ricordi di una vita passata), sia tramite il canto, sia tramite la produzione musicale.

Capitolo I

La malattia di Alzheimer

**"Lassù per le montagne
Fra boschi e valli d'or,
tra l'aspre rupi echeggia
un cantico d'amor...."**

1. Il morbo di Alzheimer: eziopatogenesi

"Come si chiama?"

"Auguste"

"Cognome?"

"Auguste"

"Come si chiama suo marito?"

"Ah, mio marito?"

"E' sposata?"

"Con Auguste"

"Signora D.?"

"Sì, sì, Auguste D."

Dal difficile colloquio che Alois Alzheimer ebbe il 26 novembre 1901 con la paziente Auguste D., durante il suo ricovero all'Ospedale Psichiatrico Universitario di Francoforte e riportato nella sua cartella clinica.

La malattia di Alzheimer, che rappresenta il 60% di tutte le demenze, prende il nome da Alois Alzheimer (1863-1915), neuropatologo attivo ad Heidelberg e poi a Monaco, che ne descrisse tra il 1906 ed il 1911 le principali caratteristiche microscopiche cerebrali: nel 1906 durante la *Convenzione psichiatrica di Tubingen*, il Prof. Alzheimer descrisse il caso di una donna di 51 anni, per quel tempo già anziana, affetta da una sconosciuta forma di demenza. Veniva per la prima volta delineata, nella persona della signora Auguste D. una malattia caratterizzata da: complessità clinica, presenza di sintomi psichiatrici intrecciati a disturbi comportamentali e neurologici; specificità biologica, con alterazioni anatomo e istopatologiche peculiari: dall'autopsia risultò evidente la presenza di numerose placche senili, oltre ad una degenerazione di neurofilamenti (proteine che, assieme ai microtubuli ed ai microfilamenti, concorrono a formare il citoscheletro dei neuroni). Una malattia contraddistinta dalla compromissione della memoria, con un'amnesia globale capace di portare nella sua completa espressione, ad un totale isolamento del malato ed alla perdita di qualsiasi aggancio con le precedenti esperienze. Già nel caso della signora Auguste si potevano intuire le ripercussioni familiari e sociali che una malattia di questo tipo poteva produrre, ribaltando sulla famiglia e sulla società la situazione di un adulto, sino allora autonomo, reso incapace di badare a se stesso, incapace di scelte coerenti e di

comportamenti socialmente accettabili. Solamente nel 1910 la malattia ebbe un nome, grazie a Emil Kraepelin, il più famoso psichiatra di lingua tedesca dell'epoca che ripubblicò il suo trattato "*Psichiatria*", nel quale definiva una nuova forma di demenza scoperta da Alzheimer, chiamandola appunto *malattia di Alzheimer* (AD, Alzheimer Disease).

Fino agli anni '70 si ritenne che la malattia potesse colpire solo le persone al di sotto dei 65 anni : si parlò quindi di "demenza presenile" . Solo negli ultimi decenni si è accertato che la malattia di Alzheimer non è esclusiva dell'età presenile, ma anzi è tanto più frequente quanto più aumenta l'età: in particolare, dopo i 65 anni si assiste ad un raddoppio della frequenza ogni cinque anni, sino ad arrivare, negli ultra ottantenni, ad una frequenza del 30% circa.

Età	Prevalenza della malattia
anni 60-64	1,00%
anni 65-69	1,40%
anni 70-74	4,10%
anni 75-79	5,70%
anni 80-84	13,00%
anni 85-89	21,60%
anni 90-94	32,20%

La malattia di Alzheimer è un processo degenerativo cerebrale che provoca un declino progressivo e globale delle funzioni intellettive associato ad un deterioramento della personalità e della vita di relazione. Progressivamente l'ammalato perde l'autonomia nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita e diventa completamente dipendente dagli altri. La patologia è irreversibile e a

lungo termine, può durare tra gli 8 e i 15 anni: nella maggioranza dei casi inizia in maniera subdola e insidiosa, tanto che spesso nemmeno i familiari si accorgono del suo apparire. I primi sintomi sono solitamente piccoli disturbi della memoria, spesso associati a sintomi di tipo depressivo e ansioso. La malattia all'esordio può essere male interpretata e diagnosticata come un disturbo depressivo. E' ancora forte, inoltre, l'opinione che la perdita di memoria sia "normale" nelle persone anziane: questa errata opinione può essere fuorviante e ritardare la diagnosi.

1.1. Le cause

Le cause della malattia non sono note; tuttavia, gli ultimi studi propendono per un'origine multifattoriale, vale a dire che viene riconosciuta una concomitanza di cause; si ipotizza l'interazione di una componente genetica, che predispone alla malattia, con fattori psicosociali (depressione, trauma cranico, reazione allo stress). Fattori di rischio accertati sono l'età, l'aggregazione familiare, la sindrome di Down. Fattori di rischio in fase di studio sono il sesso femminile, la pressione arteriosa, il livello culturale, l'esposizione a certe sostanze. La familiarità rappresenta sicuramente un fattore di rischio dal "peso" variabile a seconda dei casi: nella stragrande maggioranza dei casi l'Alzheimer non è una malattia ereditaria, anche se i familiari di un soggetto affetto hanno un rischio di ammalarsi lievemente più alto rispetto ai soggetti che non hanno un caso in famiglia.

Le cause della malattia di Alzheimer potrebbero comunque essere attribuite ad atrofia cerebrale dovuta ad alterazioni istologiche: placche senili e degenerazione neurofibrillare. Il perché si verificano tali alterazioni, non è ancora del tutto noto, ma, studi recenti propendono per un'alterazione genetica.

2. Clinica della malattia, sintomi ed evoluzione

La malattia di Alzheimer è la forma più frequente di demenza, intendendo con questo termine quel gruppo di malattie caratterizzate da un

progressivo declino della memoria e di altre funzioni cognitive, tale da interferire con le attività della vita; è una malattia organica degenerativa dovuta alla morte progressiva di cellule cerebrali che perdono la capacità di comunicare tra loro. La malattia colpisce le cellule del cervello che hanno il compito di raccogliere, conservare la memoria ed hanno il ruolo di dare un significato alle informazioni nuove. La prima zona ad essere colpita è localizzata a livello dell'ippocampo: qui infatti si trovano le cellule che raccolgono le informazioni dai sensi e quindi comporta la perdita della memoria recente. Con il progredire della malattia, le stesse alterazioni cellulari avvengono anche a livello della corteccia cerebrale e questo provoca la perdita della memoria a lungo termine, la comprensione logica, la razionalità.

L'esordio della malattia è solitamente subdolo ed insidioso, spesso caratterizzato da sintomi non cognitivi: depressione, ritiro sociale, appiattimento affettivo, calo degli interessi, trascuratezza della persona, ansia, idee deliranti di tipo persecutorio, ripetitività. All'origine del processo degenerativo c'è, come già detto, una proteina presente nel cervello, che si trasforma (non si sa ancora come, o perché) in betaamiloide e che depositandosi tra i neuroni, agisce come un collante, inglobandone vaste aree e dando luogo alla formazione di placche "neurofibrillari". Il risultato di queste modificazioni cerebrali è l'impossibilità per il neurone di trasmettere gli impulsi nervosi. Si è scoperto inoltre che la malattia è accompagnata da una diminuzione nel cervello della quantità di acetilcolina (fino al 90%), una sostanza fondamentale per la memoria e per altre capacità intellettive.

L'AD colpisce ciascuna persona in modo differente. Il suo impatto dipende in larga misura dalle caratteristiche individuali preesistenti; in particolare, dalla personalità, dalle condizioni fisiche e dallo stile di vita della persona che ne è colpita. Nella progressione della malattia di Alzheimer si possono riconoscere **tre fasi**, ma nessun paziente svilupperà la malattia in maniera identica a un altro.

La prima fase riguarda la capacità mentali. La persona è ancora autosufficiente, ma presenta disturbi della memoria, soprattutto quella a breve termine, e disturbi dell'orientamento sempre più ricorrenti. Nel malato di

Alzheimer, questi disturbi sono continui ed accompagnati da altri sintomi: perdita della capacità di ragionamento e deficit di varie funzioni cognitive; alterazioni della personalità; il pensiero astratto è impoverito, diminuisce la capacità di giudizio ed il rendimento lavorativo. In questa prima fase, che dura due-tre anni, i pazienti cominciano ad avere problemi nell'eseguire le normali azioni della vita quotidiana: hanno qualche problema a cucinare e vestirsi; non si ricordano se hanno chiuso il gas o la porta di casa. Nonostante ciò, continuano a stare bene e non manifestano alterazioni neurologiche evidenti.

La seconda fase, che dura tre-quattro anni, vede l'aggravarsi progressivo dei disturbi: il soggetto è incapace di apprendere nuove informazioni; si perde anche in ambienti familiari, a causa di un disorientamento spazio-temporale; la memoria remota è compromessa. Proprio in questa fase si parla di malattia delle quattro A: caratteristica fondamentale è infatti la presenza di disturbi legati a:

Amnesia: la compromissione della memoria è richiesta per fare diagnosi di demenza ed è una componente essenziale del quadro neuropsicologico del malato di Alzheimer. Tutti i comparti mnesici sono interessati: la cosiddetta memoria a breve termine (recente), consistente nella difficoltà a ricordare anche parole di uso giornaliero, è la prima a cedere. Risulta più gravemente compromessa già nelle fasi iniziali la memoria dichiarativa nella componente episodica, (tutte le tracce di memoria legate ad un preciso contesto vanno via via disperdendosi), semantica (patrimonio di conoscenze generali acquisito durante l'arco di una vita va scomparendo), autobiografica.

Afasia: All'inizio i disturbi dell'espressione verbale si manifestano con un "anomia", ossia un'incapacità a reperire i giusti termini per esprimere un concetto o per denominare un oggetto. Il deterioramento del linguaggio è progressivo: successivamente viene a configurarsi il quadro di un'afasia fluente: il paziente utilizza frasi fatte, parole "passpartout", ed il linguaggio diviene vuoto e privo di significato fino a dissolversi progressivamente. Spesso il malato di Alzheimer utilizza lunghe frasi che però non hanno grossi significati, o ricorrono ad un uso eccessivo di termini indefiniti come "*cosa*", "*roba*", "*questo*". Negli stadi avanzati di demenza i pazienti possono risultare

muti o presentare una modalità di eloquio deteriorata, caratterizzata da ecolalia (eco di ciò che viene udito). La persona afasica non riesce a tradurre in contenuto di pensiero quello che legge o che sente e non riesce a tradurre in parole dette o scritte quello che pensa. Ci sono quindi due espressioni dell'afasia: quella sensoriale, in cui il malato non capisce ma riesce ad esprimersi e quella espressiva, in cui il malato capisce ma non riesce ad esprimersi.

Agnosia: tale disturbo non permette al paziente di capire l'uso e la funzione di oggetti che possono normalmente essere visti e toccati; caratteristica delle fasi più avanzate è la prosopagnosia, ossia l'incapacità di riconoscere i volti, anche dei familiari. Nei casi estremi il paziente giunge a non riconoscere il proprio volto, e l'osservarsi allo specchio può essere all'origine di gravi sentimenti di angoscia.

Aprassia: è importantissima la comparsa di disturbi aprassici, che costituiscono una delle principali cause di disabilità; il paziente, pur non presentando deficit di forza, non riesce più ad organizzare atti motori finalizzati e coordinati e diviene incapace ad utilizzare gli strumenti della vita quotidiana con conseguente difficoltà a mangiare, vestirsi, lavarsi.

Nella terza fase i sintomi si aggravano fino a perdere la capacità di riconoscere i familiari, di esprimersi, mangiare, muoversi da solo. Il malato deve essere assistito e controllato ogni momento della giornata. Si manifestano difficoltà nella deglutizione ed il paziente viene alimentato artificialmente. C'è il rischio di complicanze: malnutrizione, disidratazione, malattie infettive, piaghe.

2.1. I Disturbi non cognitivi

Nella malattia di Alzheimer è frequente il riscontro di disturbi del comportamento che l'individuo non è in grado di controllare né di prevenire; questi non sono mai intenzionali e tanto meno provocatori. Sono dovuti al danno cerebrale correlato alla malattia che compromette sia la capacità di apprendere nuove conoscenze, che di compiere attività della vita quotidiana:

ne derivano momenti di ansia, agitazione, con repentini cambiamenti d'umore, accompagnati da aggressività verbale e fisica. Con il termine di sintomi non cognitivi vengono usualmente considerati sintomi anche molto diversi che hanno il solo aspetto in comune di non appartenere alla sfera intellettuale in senso stretto. I sintomi comportamentali costituiscono un problema clinico di non sempre facile gestione e rappresentano una delle maggiori cause di istituzionalizzazione per lo stress ed il carico assistenziale dei familiari. Essi tendono a presentarsi in modo non completamente casuale e con modalità e tempi diversi a seconda della persona. Ecco i principali:

sintomi psicotici: sono frequenti e possono manifestarsi anche nelle fasi iniziali della malattia. Nella maggior parte dei casi si tratta di deliri di tipo paranoide (di persecuzione, di gelosia). Con il termine deliri si intende la presenza di convinzioni errate della realtà, non facilmente correggibili e che condizionano il comportamento della persona (spesso il malato di Alzheimer insiste sul fatto di essere stato derubato).

Alterazioni della personalità: apatia, irritabilità, disinibizione. Il paziente appare apatico e/o indifferente; ha perso interesse verso il mondo che lo circonda, verso gli amici ed i familiari. Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci, si irrita e si arrabbia facilmente; alcuni pazienti mostrano un comportamento disinibito, come fare scherzi inappropriati, esibire una familiarità non dovuta con estranei, non rispettare le normali regole della convivenza sociale. Infine è possibile un comportamento disinibito anche sul piano sessuale.

Modificazioni dell'umore: ansia, depressione, 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. La depressione, presente spessissimo già nelle prime fasi della patologia, pone dei grossi problemi diagnostici, in quanto non sempre ad un episodio depressivo corrisponde l'inizio della malattia di Alzheimer. I disturbi più frequentemente osservati sono la facilità al pianto, il senso di inutilità, o di essere di peso agli altri.

Il comportamento motorio aberrante: i disturbi dell'attività motoria si manifestano con movimenti afinalistici e continui degli arti, difficoltà a stare seduti, perseverazione nel camminare senza una meta, iperattività. Il paziente continua a camminare, a fare e rifare le stesse cose (come aprire gli armadi, spostare gli oggetti, togliersi e rimettersi i vestiti). Il vagabondaggio afinalistico (*wandering*), rappresenta un comportamento estremamente difficile da controllare farmacologicamente: girovagare senza una meta può essere una conseguenza dell'essersi persi; il disorientamento spaziale è costante e spesso aumenta quando la persona viene trasferita in un ambiente nuovo.

I sintomi neurovegetativi: in questa categoria rientrano le alterazioni del ritmo sonno-veglia (risvegli precoci, agitazione notturna) e le alterazioni dell'appetito. Molte persone affette da Alzheimer sono particolarmente attive ed irrequiete durante la notte: alcuni comportamenti notturni (affaccendamento, girovagare), possono essere ricondotti a sogni che il malato non riesce a distinguere dalla realtà, oppure alla terapia farmacologica utilizzata per il controllo di alcuni sintomi comportamentali durante le ore diurne. Tali sintomi sono solitamente poco tollerati dai familiari e rappresentano il principale motivo di ricorso all'assistenza.

QUADRO SINTOMATOLOGICO DELLA DEMENZA

Sintomi cognitivi	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deficit mnesici ▶ Disorientamento temporale e spaziale ▶ Aprassia ▶ Afasia, alessia, agrafia ▶ Deficit di ragionamento astratto, di logica e di giudizio ▶ Acalculia ▶ Agnosia ▶ Deficit visuo-spaziali 	
Sintomi non cognitivi	
▶ Psicosi	<ul style="list-style-type: none"> ● deliri di latrocinio ● deliri paranoidei ● allucinazioni (visive od uditive)
▶ Alterazioni dell'umore	<ul style="list-style-type: none"> ● depressione ● euforia ● labilità emotiva ● ansia
▶ Sintomi neurovegetativi	<ul style="list-style-type: none"> ● alterazione del ritmo sonno-veglia ● alterazione dell'appetito ● alterazione del comportamento sessuale
▶ Disturbi dell'attività psicomotoria	<ul style="list-style-type: none"> ● vagabondaggio afinalistico ● affaccendamento ● acatisia
▶ Agitazione	<ul style="list-style-type: none"> ● aggressività verbale e/o fisica ● vocalizzazione persistente
▶ Alterazione della personalità	<ul style="list-style-type: none"> ● indifferenza ● apatia ● disinibizione ● irritabilità

3. Diagnosi

Gli unici segnali che possono confermare con certezza la malattia, cioè la formazione di placche nel cervello, possono essere rilevati solo dopo la morte, attraverso un esame autoptico, che metterà in evidenza una diminuzione di cellule nervose nelle aree cerebrali preposte al pensiero e al ragionamento e un eccessivo numero di proteine amiloidi. Questo significa che durante il decorso della malattia si può fare solo una diagnosi di Alzheimer "possibile" o "probabile". Risulta fondamentale la collaborazione dei familiari, ai quali verranno chieste più informazioni possibili sul comportamento del paziente. Per escludere la presenza di altre malattie che potrebbero spiegare la demenza, di solito vengono prescritti alcuni esami di laboratorio. Sono utili anche la Tac, in grado di rilevare lo spessore del cervello, oppure la risonanza magnetica, che fornisce un'immagine particolareggiata.

Come in altre malattie neurodegenerative, la diagnosi precoce è molto importante sia perché offre la possibilità di trattare alcuni sintomi della patologia, sia perché permette al paziente di pianificare il suo futuro, quando ancora è in grado di prendere decisioni.

4. Terapie farmacologiche

Non esistendo farmaci in grado di fermare e far regredire la malattia, oggi la terapia farmacologica è utilizzata prevalentemente con due scopi: cercare di curare i disturbi delle funzioni cognitive (la memoria, il ragionamento, il linguaggio), e controllare le modificazioni del comportamento (agitazione, aggressività, depressione). In ogni caso si tratta di farmaci che puntano a contenere i sintomi: non sono infatti in grado di agire sul processo patologico che determina la malattia. Per alcuni pazienti, in cui la malattia è in uno stadio lieve o moderato, farmaci come tacrina, donepezil, rivastigmina e galantamina possono aiutare a limitare l'aggravarsi dei sintomi per alcuni mesi.

Questi principi attivi funzionano come inibitori dell'acetilcolinesterasi, un enzima che distrugge l'acetilcolina, il neurotrasmettitore carente nel cervello dei malati di Alzheimer. Perciò, inibendo questo enzima, si spera di mantenere intatta nei malati la concentrazione di acetilcolina e quindi di migliorare la memoria. Purtroppo questi farmaci hanno un'efficacia clinicamente evidente solo nel 30-40% dei pazienti e solo nelle forme di demenza di gravità lieve-moderata. Nei pazienti che rispondono alla terapia si possono osservare dei miglioramenti temporanei ed un rallentamento nell'evoluzione della patologia.

Un problema frequentemente presente è il trattamento di sintomi quali l'insonnia, agitazione, irritabilità, affaccendamento, ansia, depressione. In questi casi, accanto alle misure di tipo ambientale, può essere necessario utilizzare farmaci per limitare questi sintomi che sono fortemente disturbanti per i familiari e pericolosi per il paziente stesso: antidepressivi, ansiolitici, neurolettici, ipnoinducanti sono variamente impiegati con questo scopo.

In ogni caso, dato che la malattia si snoda per molti anni, sarebbero opportuni interventi diversificati, integrati fra di loro, con una stretta collaborazione fra operatori sanitari, socio assistenziali e famiglia del malato.

INDICE

Introduzione: perché la musicoterapia con i malati di Alzheimer

Capitolo I: la malattia di Alzheimer

- Il morbo di Alzheimer: eziopatogenesi
- Le cause
- Clinica della malattia, sintomi ed evoluzione
- I disturbi non cognitivi
- Terapie non farmacologiche

Capitolo II: principi generali di musicoterapia

- Definizioni di musicoterapia

Capitolo III: I luoghi della terapia

- Premessa
- La fondazione Don Gnocchi
- Il centro Girola (RSA)
- Cenni storici
- Struttura logistica
- Assistenza sociosanitaria
- Il centro diurno integrato Alzheimer (CDIA)
- Criteri di accesso e accettazione
- I servizi offerti

CAPITOLO IV: l'esperienza di tirocinio

- Breve prelude al progetto di musicoterapia: l'esperienza svolta presso la RSA "Centro Girola"
- Analisi di un progetto musicoterapico rivolto a soggetti colpiti da morbo di Alzheimer: l'esperienza in un centro diurno
- Il progetto: strategie di intervento e finalità
- L'organizzazione del progetto: obiettivi generali e tempi di accesso
- Metodologia di lavoro
- Descrizione di una seduta di musicoterapia di gruppo
- L'invio
- La presa in carico
- Svolgimento di una seduta
- Valutazione ed analisi dei dati
- Musicoterapia individuale: analisi di un caso singolo
- Accertamento, obiettivi e struttura di una seduta
- Analisi dei risultati e conclusioni

Bibliografia

Siti internet

Fotografie

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Musicoterapia con il malato di Alzheimer*, Federazione Alzheimer Italia/Progetto Anziani Musicoterapia, Milano, 2003.
- AA.VV. (a cura di Loredano Matteo Lorenzetti e Mario Piatti), *Musica, adulti, terza età*. Quaderni di musica applicata, n.6, PCC, Assisi, 1984.
- AA.VV. (a cura di Pier Luigi Postacchini), *Emozioni e musicoterapia*. Quaderni di musica applicata, n.20, PCC, Assisi, 1997.
- Benenzon Rolando, *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma, 2002.
- Benenzon Rolando, *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1984.
- Bion Wilfred Ruprecht, *Esperienze nei gruppi*, Armando editore, Roma, 1987.
- Bruscia Kenneth, *Definire la musicoterapia*, Ismez, Roma, 1993.
- Bruscia Kenneth, *Casi clinici di Musicoterapica (Adulti)*, Ismez, Roma, 1996.
- Contessa Guido, *Psicologia di gruppo*, La Scuola, Brescia, 1999.
- Delicati Francesco, *Il canto fa venir fuori il paese più in fretta. Esperienza di musicoterapia con anziani in una casa albergo*, PCC, Assisi, 1997.
- Delicati Francesco, *Musicoterapia e demenza senile*. In: *Musica & terapia* n. 1 (gennaio, 2000), pp. 27-37, edizioni Cosmopolis, Torino.
- Dell'Antonio Anna, Umiltà Carlo, *Atlantico di anatomia del sistema nervoso*, Zanichelli, Bologna, 1983.
- Di Franco Gianluigi, *Le voci dell'emozione: verso una pragmatica della musica come terapia*, Ismez, Roma, 2001.
- Eliotropio Stefania, Viola Patrizia, *La mente nel cuore. La musicoterapia nelle fasi della malattia di Alzheimer*, Armonica studios, Salò, 2004.
- Gaita Denis, *Il pensiero del cuore. Musica, simbolo, inconscio*. Bompiani, Milano, 1992.
- Giberti Franco, Romolo Rossi, *Manuale di psichiatria*, Piccin, Padova, 1999.

- Lecourt Edith, *La musicoterapia*, La cittadella, Assisi, 1992.
- Orff Gertrud, *Musicoterapica Orff*, PCC, Assisi, 1982.
- Pavlicevic Mercedes, *Musicoterapia applicata al contesto. Musica, significato, relazione*, Ismez, Roma, 2003.
- Picozzi Manuela, Gaita Denis, Redaelli Lia, *Musicoterapia in un servizio Residenziale per soggetti Alzheimer*. In: *Musica & terapia* n. 1 (gennaio 2000), pp. 46-49, edizioni Cosmopolis, Torino.
- Porzionato Giuseppe, *Malattia di Alzheimer e terapia musicale*. In: *Musica & terapia*, n. 1 (gennaio, 2000) pp. 2-7, edizioni Cosmopolis, Torino.
- Postacchini Pier Luigi, Ricciotti Andrea, Borghesi Massimo, *Musicoterapia*, Carocci, Roma, 2001.
- Postacchini Pier Luigi, Ricciotti Andrea, *Neurologia*, PCC, Assisi, 1997.
- Raglio Alfredo, Manarolo Gerardo, Vilani Daniele, *Musicoterapia e malattia di Alzheimer. Proposte applicative e ipotesi di ricerca*, edizioni Cosmopolis, Torino, 2001.
- Scardovelli Mauro, *Il dialogo sonoro*, Cappelli editore, Bologna, 1992.
- Stern Daniel, *Diario di un bambino*, Mondadori, Milano, 2004.
- Watzlawick Paul, *Pragmatica della comunicazione umana*, edizioni Astrolabio, Roma, 1971.
- Wigram Tony, *Manuale di Arte e Scienza della musicoterapia*, Ismez, Roma, 2001.

SITI INTERNET

- www.alzheimer.it
- www.pamonline.it
- www.mtonline.it
- www.musicoterapia.it