

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



ESTRATTO DALLA TESI:

La mia ricerca tra umanistico e scientifico
Esperienze di musicoterapia

RELATORE:

prof. Paolo CERLATI

TESI DI DIPLOMA DI:

Valentino BOGO

Valentino.bogo@gmail.com

Anno 2013

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1 - Umano bisogno di scientificità.....8

1.1 L'uomo di Arnold Gehlen.....9

1.2 Dall'umano allo scientifico.....13

 1.2.1 *Fini e contesto della tecnica nel mondo greco*.....13

 1.2.2 *Fini e contesto della tecnica nell'era giudaico-cristiana*.....16

 1.2.3 *La tecnica nell'età moderna e nascita del metodo scientifico*.....18

1.3 Critiche al metodo scientifico.....23

1.4 Conclusioni.....27

CAPITOLO 2 - Scienza medica.....29

2.1 Il modello biomedico.....31

2.2 Riscoprire la "complessità".....34

2.3 Antropologia medica.....42

CAPITOLO 3 - Musicoterapia nel mondo della scientificità.....47

3.1 Modelli teorici e modelli di musicoterapia.....48

 3.1.1 *Immaginario Guidato e Musica*.....49

 3.1.2 *La Musicoterapia Orientata Analiticamente*.....50

 3.1.3 *Musicoterapia creativa – Il modello Nordorff e Robbins*.....51

 3.1.4 *La musicoterapia di Benenzon*53

 3.1.5 *Musicoterapia Comportamentale*.....57

 3.1.6 *Riassumendo*.....57

3.2 Alcuni ostacoli da superare.....60

 3.2.1 *Problemi di definizione*.....60

 3.2.2 *Varietà di aree e livelli di pratica*.....63

 3.2.3 *Mancato riconoscimento della professione*.....69

3.3 Aspetti qualitativi e quantitativi nella ricerca.....70

CAPITOLO 4 – Esperienze di tirocinio.....77

4.1	Prima esperienza di tirocinio.....	77
4.2	Seconda esperienza di tirocinio.....	80
4.3	Presentazione dei casi.....	82
	4.3.1 <i>Le fasi del trattamento</i>	82
	4.3.2 <i>Paolo</i>	84
	4.3.3 <i>Veronica</i>	90
	4.3.4 <i>Luca</i>	96
4.4	Protocolli.....	99
	4.4.1 <i>Protocolli Paolo</i>	100
	4.4.2 <i>Protocolli Veronica</i>	108
4.5	Conclusioni.....	119
	Bibliografia.....	121

INTRODUZIONE

Lavorando al reparto di Ingegneria Clinica dell'ospedale della mia città, che si occupa di tutti gli aspetti relativi alle apparecchiature elettromedicali, dal loro acquisto, alla manutenzione, fino alla dismissione, passo buona parte della giornata immerso nella tecnologia.

Durante l'orario di lavoro, con i colleghi parliamo di apparecchiature che racchiudono le maggiori innovazioni in campo scientifico e utilizzano computer potentissimi, tra i termini più usati ci sono: efficienza, guasto e riparazione.

Nel tempo libero mi dedico alle mie passioni, principalmente alla musica e da qualche anno alla musicoterapia. In questi ambiti s'incontrano persone e si usano termini come emozioni, relazione, suono e terapia.

Mi capita quindi, di vivere in prima persona e forse in maniera più marcata, l'incontro-scontro tra umano e scientifico, che caratterizza ormai tutti gli aspetti delle nostre vite ma che si rende particolarmente evidente nel mondo della terapia.

Durante la seconda esperienza di tirocinio, per conciliare lavoro ed esperienza pratica di musicoterapia, mi è capitato di dover passare da un'attività all'altra senza pausa, se non il tempo necessario al trasferimento in automobile che era di circa dieci minuti.

Nel momento in cui entravo nella sala di musicoterapia, mi rendevo conto che in quella situazione, il punto di vista puramente tecnico, essenziale fino a un quarto d'ora prima, non era quello adeguato, serviva un atteggiamento mentale diverso, meno rivolto a schematizzare, ridurre e risolvere e più orientato a comprendere, intuire e integrare.

Discutendone con il musicoterapista, ho scoperto che di là della mia esperienza personale, il problema della convivenza tra il paradigma scientifico ed esperienza umana, era tema di dibattito anche all'interno del mondo accademico della musicoterapia.

In particolare, era da poco uscito, nella rivista Musica et Terapia, un articolo di due affermati professionisti e docenti, Pierluigi Postacchini e Maurizio

Spaccazzocchi dal titolo: *“Musicoterapia: Scientifica o umana?”*, che stava facendo molto discutere. L'articolo tratta della tendenza, nel mondo accademico della musicoterapia, a rivestire le prassi consolidate con modelli e criteri scientifici che a detta degli autori, *“molto spesso, non le sono propri e forse nemmeno pertinenti, poiché le sue molte e variegata pratiche non sempre e non obbligatoriamente riescono a trovarsi in sintonia con teorie che cercano di contenerle e sostenerle e che, di frequente sono riprese o interamente condivise da paradigmi esterni al mondo della musicoterapia stessa”*.¹

È discussa la dicotomia tra l'umana necessità di *“tradurre in criteri logici, in pensieri coerenti le proprie esperienze, le proprie pratiche, il proprio saper fare in sapere più o meno teorizzabile”*² e *“il brutto costume di applicare anche a buone prassi l'etichetta di metodologie scientifiche, di paradigmi scientifici che avrebbero il compito di sostenere il valore di prassi e che, essendo già buone prassi, non avrebbero proprio alcun bisogno di essere marchiate come azioni scientificamente corrette”*.³

Dove nasce tutto questo bisogno di scientificità? Al giorno d'oggi il paradigma scientifico è divenuto metro di verità; tutto ciò che non trova conferma scientifica è visto con diffidenza o comunque viene considerato di livello inferiore.

Le stesse domande che mi venivano fatte da persone comuni, che scoprivano il mio interesse per la musicoterapia, mostravano la concezione lineare di tipo causa-effetto rispetto alla parola “terapia”:

«Che musica fate ascoltare?»

«Quale musica funziona di più?»

«Ma le persone guariscono con la musica?»

Un po' come se la musica, fosse una medicina che in musicoterapia viene scelta e somministrata in base alla patologia del paziente.

Ci tengo a sottolineare che la mia intenzione, con la scrittura di questa tesi, non è quella di dare definizioni o risposte a domande complesse e fuori dalla mia

1 P.L.Postacchini, M. Spaccazzocchi, *Musicoterapia Scientifica o Umana?*, in “Musica et terapia”, 21 (2010). p. 3.

2 *ivi*, p. 4.

3 *Ibid.*

portata come: Cos'è la scientificità? Cosa c'è di umano e di scientifico nella musicoterapia? In che relazione stanno la musica, la terapia e la musicoterapia? Eccetera. Quello che cercherò di fare, invece, è di riportare nella maniera più chiara possibile, il percorso di ricerca e revisione del mio personale punto di vista rispetto a questi argomenti, iniziato durante gli anni di studio al C.M.T. e sviluppatosi in particolare durante le fasi di tirocinio; nella speranza che possa portare degli utili spunti di riflessione anche in coloro che avranno l'occasione di leggerlo.

Cominciando dalle considerazioni proposte nell'articolo di Spaccazzocchi e Postacchini, cercherò di ripercorrere a grandi passi le orme del pensiero tecnico per capire in che modo, quest'ultimo, giunto nell'età moderna, abbia sancito la nascita del metodo scientifico e la sua elezione a metro di verità.

Nei capitoli successivi tratterò di come il paradigma scientifico con la sua tendenza riduzionista, sia inserito negli ambiti della terapia e della cura creando un modello biomedico nel quale l'attenzione si concentra principalmente sul corpo biologico, scindendo e mettendo in secondo piano l'influenza degli aspetti psicologici, sociali e ambientali.

La mia ricerca è continuata scoprendo, che oltre ad esserci molte opposizioni al moderno metodo scientifico, sia dal punto di vista filosofico, che metodologico, sembra essere in atto un vero e proprio cambiamento di rotta verso la riscoperta della soggettività e della complessità dell'esperienza umana.

In quest'ottica, credo che la musicoterapia non avrà problemi a inserirsi nel nuovo paradigma medico del prossimo futuro, anche se, non potendo esimersi dal trovare un compromesso, tra i molti aspetti qualitativi che ne caratterizzano l'esperienza e la necessità di rilevare dati quantitativi che più facilmente permettono di dimostrare i risultati, dovrà impegnarsi nello sviluppo della ricerca nei suoi vari ambiti di applicazione.

Lo scritto terminerà con la descrizione dell'esperienza di tirocinio, nella quale attraverso la presentazione di alcuni casi, si cercherà di ricollegarsi alle tematiche precedentemente discusse.

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare di cuore tutte le persone che ho incontrato in questo percorso di studi e di crescita personale. Partendo da una piccola città come Belluno, il corso di musicoterapia oltre a farmi scoprire questa meravigliosa disciplina, mi ha dato la possibilità di conoscere una nuova ed enorme città come Milano, nella quale ho incontrato alcune delle persone più “umane“ che conosco. Ringrazio quindi la Direzione della scuola, tutti gli insegnanti e in particolar modo Paolo Cerlati, che a partire dal bellissimo seminario alla “Trappa” mi ha seguito e consigliato con pazienza nella stesura di questo scritto, tutti compagni di corso, Marzia Da Rold e Gino Victor Ruoso dai quali ho imparato tantissimo durante le esperienze di tirocinio condivise con tutti i bambini e ragazzi che sono stati così “pazienti” con me.

Un ringraziamento particolare, va a due compagni di corso che con il passare del tempo sono entrati a far parte dei miei migliori amici: Leonardo Menegola, per me quasi un fratello, che mi ha sempre sostenuto e consigliato in questa esperienza e Luca Ghioldi che ha allietato i nostri pomeriggi musicali con il suo “banjo elettrico distorto”.

Grazie a tutti !!!

Capitolo 1 - UMANO BISOGNO DI SCIENTIFICITA'

*“È insito in ogni uomo, in ogni cultura, il passaggio o meglio ancora la traduzione di una condotta del fare in condotta del capire, sintetica, riflessiva, raccogliitrice, analitica, modellatrice, che a diversi gradi, quantitativi e qualitativi, può anche definirsi pensiero teorico, corpus teorico”.*⁴

Questa frase dell'articolo di Postacchini e Spaccazzocchi è stata per me, l'inizio del percorso di ricerca del confine tra umano e scientifico nella terapia e in particolare in musicoterapia. Cominciai a chiedermi se la scientificità, non fosse altro che il livello più raffinato di questa comune necessità di tradurre in teoria, i saperi che ogni cultura acquisisce attraverso l'esperienza e quindi in qualche modo facesse parte dell'evoluzione “naturale” del pensiero.

Nascendo e crescendo immersi in una cultura, soprattutto nella cultura Occidentale che sta allargando fortemente la propria egemonia, si rischia di “naturalizzare” quei paradigmi che sono in realtà un prodotto storico-culturale, frutto cioè di scelte condivise, che con il tempo non vengono più messe in discussione.

Vedremo più avanti, ad esempio, come la famosa scissione corpo-mente che tanto ha condizionato e condiziona tuttora l'ambito medico, non sia universalmente condivisa, tanto che molte culture non hanno parole distinte per individuare il corpo fisico e i processi mentali.

Durante la ricerca in biblioteca di testi sulla genesi del pensiero scientifico, ho trovato un libro particolare, “L'uomo” di Arnold Gehlen⁵. In quest'opera, è presentato un modello di uomo radicalmente diverso da quello delle teorie Darwiniane. Secondo l'autore, infatti, l'essere umano, si caratterizza principalmente per delle mancate specificità fisiche e costituzionali rispetto all'ambiente in cui vive. Mentre gli animali sono dotati di caratteristiche fisiche e istintuali che li predispongono a un determinato ambiente, l'uomo è costretto ad affidarsi alle proprie capacità tecniche per sopravvivere.

4 *Ibid.*

5 Arnold Gehlen (Lipsia, 29 gennaio 1904 – Amburgo, 30 gennaio 1976) è stato un filosofo, antropologo e sociologo tedesco.

Iniziando la ricerca del confine tra umano e scientifico, riporto brevemente questa teoria, che considerando la capacità tecnica una necessità per l'uomo piuttosto che una facoltà superiore, crea prima di tutto un ponte tra i due termini della ricerca e in secondo luogo, mi sembra possa illustrare come nel corso della storia alcuni modi di pensare si siano imposti radicalmente su altri che comunque presentavano buone basi oggettive.

Il capitolo, continua ripercorrendo le tappe principali sulla strada che ha portato alla formazione del odierno pensiero scientifico, attraverso le maggiori influenze della cultura occidentale.

1.1 L'UOMO DI ARNOLD GEHLEN

Arnold Gehlen autore del libro *“L'uomo. La sua natura e il suo posto nel mondo”* del 1941, attraverso quella che definisce “antropologia elementare”, presenta un modello di uomo radicalmente diverso, sia da quello darwiniano, sia dalla visione zoologica di uomo inteso come animale dotato di quella facoltà superiore che è la ragione.

Il modello di Gehlen, nasce sulla base della teoria evuzionistica di Louis Bolk⁶, noto anatomista olandese vissuto a cavallo tra 1800 e 1900, famoso soprattutto per la sua teoria della “fetalizzazione”.

Bolk dopo approfonditi studi sulla morfologia umana, esclude la possibilità che l'uomo derivi dai primati superiori ma suppone che a partire da un progenitore antropoide comune, uomini e primati abbiano proseguito su strade diverse.

Secondo la classica teoria dell'evoluzione, gli antenati dell'uomo, in rapporto inversamente proporzionale all'aumento delle capacità intellettive, avrebbero perso le caratteristiche fisiche che gli permettevano l'adattamento all'ambiente, come ad esempio: l'acutezza dei sensi, la particolare dentatura o la conformazione delle dita di mani e piedi. Dagli studi di Bolk sembra non vi sia traccia nell'uomo di questa regressione anatomica, mentre constatando le

⁶ Lodewijk 'Louis' Bolk (Overschie, 10 dicembre 1866 – Amsterdam, 17 giugno 1930), è stato un anatomista olandese. Professore di anatomia all'Università di Amsterdam, e tra i maggiori studiosi dell'epoca, è noto soprattutto per le sue teorie antropologiche (teoria della “fetalizzazione”) derivate dallo studio dell'anatomia dei primati.

similitudini strutturali tra i feti dei primati e quelli umani, ipotizza che l'uomo sia rimasto, dal punto di vista corporeo, “fermo” a uno stato precedente rispetto a quello delle specializzazioni fisiche.

Arnold Gehlen, muovendo dagli studi di Bolk, sviluppa il proprio discorso antropologico, considerando l'uomo un essere incompleto e deficitario di quelle strutture che permettono all'animale di rapportarsi direttamente con il suo ambiente. Innanzi tutto *“a differenza di tutti i mammiferi superiori – l'uomo è determinato in linea fondamentale da una serie di carenze, le quali di volta in volta vanno definite nel preciso senso biologico di inadattamenti, non specializzazioni, primitivismi, cioè carenze di sviluppo: e dunque in senso essenzialmente negativo. Manca in lui il rivestimento pilifero, e pertanto la protezione naturale dalle intemperie; egli è privo di organi difensivi naturali, ma anche di una struttura somatica atta alla fuga; quanto a acutezza dei sensi è superato dalla maggior parte degli animali e, in una misura che è addirittura un pericolo per la sua vita, difetta di istinti autentici e durante la primissima infanzia e l'intera infanzia ha necessità di protezione per un tempo incomparabilmente protratto”*.⁷

Oltre al lato prettamente corporeo, l'uomo sarebbe sprovvisto di veri e propri istinti, intesi come comportamenti automatici che non sono frutto di apprendimento né di scelta personale; è invece soggetto a pulsioni che a differenza dell'istinto, focalizzato su un preciso oggetto specifico, sono generalizzate e suscettibili a quelle proprietà che Freud identifica come condensazione, spostamento e sublimazione.

Soprattutto questa differenza, concede all'uomo la possibilità di agire nel proprio ambiente a differenza del re-agire animale.

Quella che Gehlen definisce “incompiutezza della dotazione anatomico-funzionale” e la “non specializzazione istintuale”, espongono l'uomo a una infinità di stimoli da cui sono esonerati gli animali, sensibili solo agli impulsi corrispondenti ai loro istinti specializzati.

Se consideriamo i sensi come delle finestre attraverso le quali passano gli

⁷ A. Gehlen, *L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo*, Feltrinelli, Milano 1983, p.60.

stimoli del mondo, nel caso dell'animale, l'istinto funziona come un filtro che lascia passare solamente quelli utili al fine di soddisfare un bisogno.

Il caso dell'uomo è più complesso, mancando di veri e propri istinti che operano direttamente una selezione, quest'ultimo si troverebbe a essere sommerso, per usare un termine più legato al mondo della tecnologia, da un'infinità di input, a causa di quella caratteristica che Gehlen chiama "apertura al mondo".

Questo problema è superato grazie alla "capacità di esonero" cioè una serie complessa di processi attraverso i quali a partire dall'esperienza corporea e motoria, secondo l'autore, si sviluppa nell'uomo la funzione simbolica.

Questa è la ragione per cui un'animale "ha un ambiente" mentre l'uomo è "aperto al mondo", dalle parole dell'autore:

"Si delineano qui due ordini di compiti interconnessi. L'uno consiste nell'appropriazione dell'aperta profusione del mondo, il quale non è già un ambiente elettivo, foggato ad hoc, parco di stimoli e tale che gli istinti vi siano ancorati, come quello dell'animale; esso è invece un campo di infinite sorprese, nel quale è necessario per prima cosa, sapersi orientare. E orientarsi non è un fatto "teorico" ma pratico, avviene cioè attraverso movimenti che hanno un valore dischiudente, appropriativo ed esaustivo, e che in primo luogo cooperano con il senso della vista e con il tatto".⁸

L'attività simbolica quindi nascerebbe dall'esperienza pratica del mondo, promossa dalla necessità di adattamento all'ambiente, consentendo all'uomo di direzionare la propria vita sulla coscienza pensante e non più sugli istinti.

Uno dei più importanti processi di esonero è costituito dal linguaggio; a esso Gehlen dedica tutta la seconda parte della sua opera. L'analisi del linguaggio gli permette di mostrare come la capacità linguistica offre sempre una connessione tra il mondo umano e quello dell'esperienza e come l'azione umana sia sempre modellata sul linguaggio stesso. Esso, infatti, fa concreocere dentro l'essere umano il mondo esterno per una conoscenza e un'azione più diretta.

L'insieme di tutti questi processi e funzioni, genera il mondo dell'uomo, un ambiente che prima di tutto è culturale.

8 A. Gehlen, *L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo*, Feltrinelli, Milano 1983, p.163.

*“La cultura è pertanto la “seconda natura” - vale a dire: la natura umana, dall'uomo elaborata autonomamente, entro la quale egli solo può vivere; e la cultura 'innaturale' è il prodotto di un essere unico al mondo, lui stesso “innaturale”, costruito cioè in contrapposizione all'animale. Proprio nel luogo per cui per l'animale c'è l'“ambiente”, sorge quindi nel caso dell'uomo, il mondo culturale, cioè quella parte di natura dominata e trasformata in un complesso di ausili per la sua vita”.*⁹

L'uomo quindi, al fine di creare e mantenere il proprio ambiente è costretto ad adattare e “dominare” l'ambiente naturale. Per fare questo non può permettersi come l'animale di vivere esclusivamente ancorato al presente ma grazie a quella che Gehlen definisce “capacità di esonero”, ha la possibilità di divincolarsi dall'immediatezza, per proiettarsi e proiettare le proprie azioni nel futuro in quella progettualità che gli permette di adattarsi in ogni luogo della terra.

Sotto questo punto di vista quindi la tecnica non è una caratteristica che determina la superiorità dell'uomo rispetto all'animale ma qualcosa che si rende necessaria a supplire una mancanza di istinto e precostituzione.

Gehlen quindi individua nella tecnica la condizione essenziale per l'esistenza umana:

*“L'uomo è di una sprovvedutezza biologica unica, e si rivale di questa carenza soltanto grazie alla sua capacità di lavoro, ovvero alle sue doti per l'azione”.*¹

La domanda che mi è sorta spontanea al termine di questo libro è stata la seguente: «Se la capacità tecnica è stata così essenziale per la sopravvivenza della specie umana, lo sviluppo della scienza moderna può essere considerato una conseguenza “naturale”?».

9 *ivi*, p.64.

1 A. Gehlen, *L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo*, Feltrinelli, Milano 1983, p.60.

1.2 DALL'UMANO ALLO SCIENTIFICO

Indipendentemente da quale teoria evoluzionista sia più corretta, la capacità di utilizzare e trasformare gli elementi che lo circondano, rappresenta la caratteristica fondamentale dell'uomo. In che modo è avvenuto il passaggio da una tecnica che consentiva semplicemente la sopravvivenza, allo sviluppo del metodo scientifico e in seguito ad una tecnologia che crea addirittura nuove necessità?

Nei prossimi paragrafi, ho cercato di ripercorrere a grandi tappe, l'evoluzione del pensiero tecnico in occidente, dando particolare rilevanza al cambiamento dei fini e del contesto nel quale la tecnica si è trovata a operare.

1.2.1 La tecnica nel mondo greco

La mitologia greca ha avuto una grandissima influenza sulla cultura, le arti e la letteratura della civiltà occidentale.

La conoscenza della mitologia era profondamente radicata e faceva parte della vita quotidiana degli antichi greci. Quest'ultimi, consideravano la mitologia come parte della loro storia e si servivano dei miti per spiegare vari aspetti della loro esperienza, dai fenomeni naturali alle diversità culturali, fino le inimicizie e alleanze politiche.

Le molte contraddizioni evidenti tra le varie leggende, rendono impossibile ricostruire una linea cronologica completa ma nella tragedia di Eschilo il dono della tecnica agli uomini è attribuito a Prometeo. Quest'ultimo, infatti, rubando il fuoco (simbolo della tecnica) dal carro di Elio (dio del sole) e donandolo agli uomini, rese possibile l'emancipazione del genere umano dalla balia degli dei.

Grazie alla capacità tecnica, l'uomo sarà in grado di provvedere ai propri bisogni, senza dover rivolgersi agli dei perché gli concedano le condizioni necessarie alla propria sussistenza. Per questo motivo Zeus, adirato, fece incatenare Prometeo nella zona più alta e più esposta alle intemperie del Caucaso e inviò un'aquila affinché gli squarciasse il petto e dilaniasse il fegato per l'eternità.

La tecnica quindi da prerogativa divina diventa invenzione umana.

Il termine greco *téchne*, ha un significato molto ampio e racchiude in se sia la traduzione italiana della parola “arte” che quello di “tecnica”, inoltre si riferisce sia a capacità pratiche sia conoscenze teoriche.

La *téchne* greca, nasceva per venire in contro a problemi concreti e si rivolgeva direttamente alle esigenze umane, dai bisogni primari, alla medicina, alla politica.

Il concetto di “necessità” (*Anánke*) è centrale nel pensiero greco, tanto che nella mitologia, la dea *Anánke* era la personificazione del destino, della necessità inalterabile e del fato. Per Omero ed Esiodo, *Anánke* appare come la forza che regola tutte le cose, dal moto degli astri ai fatti particolari dei singoli uomini.

Come sottolinea Galimberti, *“la tecnica nel mondo greco non era inquietante perché non era capace di oltrepassare l'ordine della natura che il pensiero mitico e filosofico ponevano sotto il sigillo della Necessità”*.¹⁰

A questo punto è importante definire le caratteristiche del contesto, all'interno del quale si svolgeva l'operato tecnico, in modo da poterne valutare le evoluzioni dei periodi successivi.

Tra i principali elementi che definiscono il contesto dell'operato tecnico, vi sono, il rapporto con la natura e con il tempo.

Dal capitolo di apertura del secondo libro della Fisica di Aristotele, è possibile comprendere gli aspetti fondamentali della natura nella concezione greca antica:

“Delle cose che esistono, le une sono da natura, le altre da altre cause. Da natura sono gli animali e le loro parti, le piante e i corpi semplici, come ad esempio la terra, il fuoco, l'aria e l'acqua; infatti, questi e gli altri corpi dello stesso tipo, noi diciamo che sono da natura. E tutte le cose sopra richiamate è chiaro che sono differenti rispetto alle cose che non esistono da natura. E' manifesto, infatti, che tutte le cose che sono da natura hanno il principio del movimento e del riposo in sé stesse, le une secondo lo spazio, le altre secondo crescita e diminuzione, altre ancora secondo l'alterazione. Invece un letto o un martello, e ogni altro oggetto di questo genere, in quanto a ciascuno di essi

¹⁰ U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 300.

*compete questa denominazione – e cioè in quanto essi sono prodotti da tecnica – non possiede in se stesso nessuna tendenza innata al cambiamento, ma essi hanno un tale impulso e tanto esteso, solo in quanto sono di pietra o di legno, o di qualcosa di misto; allora la natura è principio e causa dell'essere in movimento e dello stare in riposo di ciò cui essa appartiene originariamente, per se stessa e non in modo accidentale”.*¹¹

la caratteristica quindi più evidente delle cose naturali secondo Aristotele, è la tendenza al cambiamento e alla trasformazione, al contrario di quello che accade agli altri “enti”, in particolare a quelli creati dalla tecnica come un letto o un martello, che nascono comunque da basi naturali come legno e pietra.

Già dall'etimologia della parola greca *physis*, traducibile in natura, è evidente la concezione dinamica di quest'ultima. *Physis*, infatti, appartiene alla radice *phyo*, "genero", "cresco" e dunque indica la totalità delle cose che esistono, che nascono, che vivono e che muoiono.

A questo punto, viene spontaneo chiedersi chi o che cosa nella cultura greca regolasse questo movimento implicito nella natura.

La parola greca che inizialmente indicava “l'ordine” e che in seguito passò a significare “mondo” è *kosmos*, Eraclito descrive così il cosmo e le sue origini :

*“Questo cosmo, che è il medesimo per tutti, non lo fece nessuno degli dei né degli uomini, ma sempre era, è, e sarà fuoco sempre vivente, che si accende e si spegne secondo giusta misura”.*¹²

L'uomo dunque, in quanto elemento della natura, deve adeguare la sua esistenza e il suo operato all'ordine (*kosmos*) del tutto.

Riassumendo quindi, la tecnica greca nasceva direttamente dalle necessità degli uomini e si collocava all'interno di un contesto determinato da una natura in continua evoluzione secondo l'ordine ciclico del cosmo.

11 Aristotele, *Fisica*, II, Capitolo 1, Traduzione di L. Ruggiu (citato da D. Zucchello, *Cosmo e natura nella filosofia greca arcaica*, Colonna, Milano 2000.

12 Eraclito, DK, fr. B 1. Cit. da U. GALIMBERTI, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 54.

1.2.2 La tecnica nell'era giudaico-cristiana.

La religione biblica produsse da subito una frattura con la cultura greca. Se confrontiamo per un attimo la precedente citazione di Eraclito:

“Questo cosmo, che è il medesimo per tutti, non lo fece nessuno degli dei né degli uomini, ma sempre era, è, e sarà fuoco sempre vivente, che si accende e si spegne secondo giusta misura”.

con l'inizio della Genesi nella Bibbia:

“In principio

Dio creò il cielo e la terra.

Il mondo era vuoto e deserto,

le tenebre coprivano gli abissi

e un vento impetuoso soffiava

su tutte le acque.

Dio disse:

«Vi sia la luce!».

E apparve la luce.

Dio vide che la luce era bella

e separò la luce dalle tenebre.

Dio chiamò la luce Giorno

e le tenebre Notte.

Venne la sera, poi venne il mattino:

*primo giorno”.*¹³

riscontriamo da subito un radicale cambio di prospettiva, il “cosmo” indipendente e preesistente a dei e uomini, che da sempre segue la propria ciclicità, diviene “mondo” creato dalla volontà di Dio per mezzo della Parola.

In questo nuovo orizzonte, l'uomo non necessita più del fuoco di Prometeo per provvedere alla propria sussistenza nel cosmo, ma leggendo i versetti 27-28,

¹³ *La Bibbia, Genesi 1-5, Elle Di Ci Leumann, Torino 1999.*

vediamo che Dio stesso gli affida direttamente il mondo, dopo averlo creato a Sua immagine e somiglianza:

*“Dio creò l'uomo simile a se,
lo creò a immagine di Dio,
maschio e femmina li creò.
Li benedisse con queste parole:
« Siate fecondi, diventate numerosi,
popolate la terra.
Governatela e dominate sui pesci del mare,
sugli uccelli del cielo
e su tutti gli animali
che si muovono sulla terra »”.*¹⁴

il ruolo dell'uomo nel mondo, quindi, sarà di supremazia rispetto a tutto il resto del creato, essendo egli simile al Creatore. Questo senso di superiorità, farà sì che i fondatori del metodo scientifico, orientino i propri sforzi verso il dominio e la manipolazione della natura. Vedremo nel prossimo paragrafo, come uno dei padri della scienza, Francesco Bacone¹⁵, nel formalizzare il metodo scientifico, dichiarò che la natura va “*rincorsa*” e “*resa schiava*”, considerando il dominio del mondo, come un modo per riavvicinarsi alla condizione che l'uomo viveva precedentemente al peccato originale:

*“In seguito al peccato originale, l'uomo decadde dal suo stato di innocenza, e dal suo dominio sulle cose create. Ma entrambe le cose si possono recuperare, almeno in parte in questa vita. La prima mediante la religione e la fede, la seconda mediante le tecniche e le scienze”.*¹⁶

14 Ivi, versetti 27-28.

15 Sir Francis Bacon, prima latinizzato in Franciscus Baco(nus) e poi italianizzato in Francesco Bacone (Londra, 22 gennaio 1561 – 9 aprile 1626), è stato un filosofo, politico e giurista inglese. Formatosi con studi in legge e giurisprudenza, divenne un sostenitore della rivoluzione scientifica, sostenendo il metodo induttivo fondato sull'esperienza.

16 F.Bacone, *Instauratio Magna, Pars secunda: Novum Organum (1620)*, tr.it. *La grande instaurazione, Parte seconda, Nuovo organo*, in *Scritti filosofici*, Utet, Torino 1986, II, 52, p.795 (Citazione da U. Galimberti, *Psiche e technè. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 1999, p. 289.

1.2.3 La tecnica nell'età moderna e la nascita del metodo scientifico

La visione del mondo e il sistema di valori che sono alla base della nostra cultura, furono formulati principalmente nel XVI e XVII secolo. In questo periodo storico, mutò radicalmente il modo in cui la gente si raffigurava il mondo e prese vita il paradigma scientifico che domina attualmente la nostra cultura.

A differenza della scienza medioevale, nella quale, come detto in precedenza, oltre alla ragione deteneva un ruolo fondamentale anche la fede, e il suo obiettivo principale era quello di comprendere il significato delle cose all'interno di un universo vivo e organico, la scienza moderna si orienta verso una visione meccanicista dell'universo, con l'obiettivo di dominare la natura inscrivendola all'interno di leggi matematiche.

La rivoluzione scientifica ebbe inizio quando Nicolò Copernico rovesciando la concezione geocentrica di Tolomeo e della Bibbia, mise fine al paradigma millenario secondo il quale la Terra era al centro dell'Universo.

A Copernico fece seguito Giovanni Keplero che grazie a una lunga ricerca sulle tavole astronomiche, fu in grado di formulare le sue famose leggi empiriche sui movimenti planetari, confermate in seguito dagli studi di Galileo.

Quest'ultimo, fu il primo a combinare la sperimentazione scientifica con l'uso del linguaggio matematico, per formulare le leggi della natura da lui scoperte e viene perciò considerato il padre della scienza moderna, sosteneva, infatti, che:

*“La filosofia è scritta in questo grandissimo libro che continuamente ci sta aperto innanzi agli occhi (io dico l'universo), ma non si può intendere se prima non s'impara a intender la lingua, e conoscer i caratteri, ne' quali è scritto. Egli è scritto in lingua matematica, e i caratteri son triangoli, cerchi, ed altre figure geometriche, senza i quali mezzi è impossibile a intenderne umanamente parola; senza questi è un aggirarsi vanamente per un oscuro laberinto”.*¹⁷

La sua impostazione empirica e l'uso di una descrizione matematica della natura, divennero i caratteri fondamentali della scienza del Seicento e sono rimasti i criteri essenziali delle teorie scientifiche fino ad oggi.

¹⁷ G. Galilei, *Il Saggiatore*, Accademia dei Lincei, Roma 1623 (citato da L.Geymonat, *Galileo Galilei*, Einaudi, Torino 1962).

Per rendere possibile una descrizione matematica della natura, Galileo decise che ci si dovesse limitare alle proprietà misurabili e quantificabili degli oggetti; mentre le altre caratteristiche come colore, suono, sapore, dovevano essere escluse dal campo della scienza in quanto soggettive.

Mentre in Italia Galileo portava avanti le sue sperimentazioni, in Inghilterra Francesco Bacone, introdotto nel precedente paragrafo, formulava esplicitamente il metodo empirico della scienza e fu il primo a descrivere una chiara teoria del procedimento induttivo:

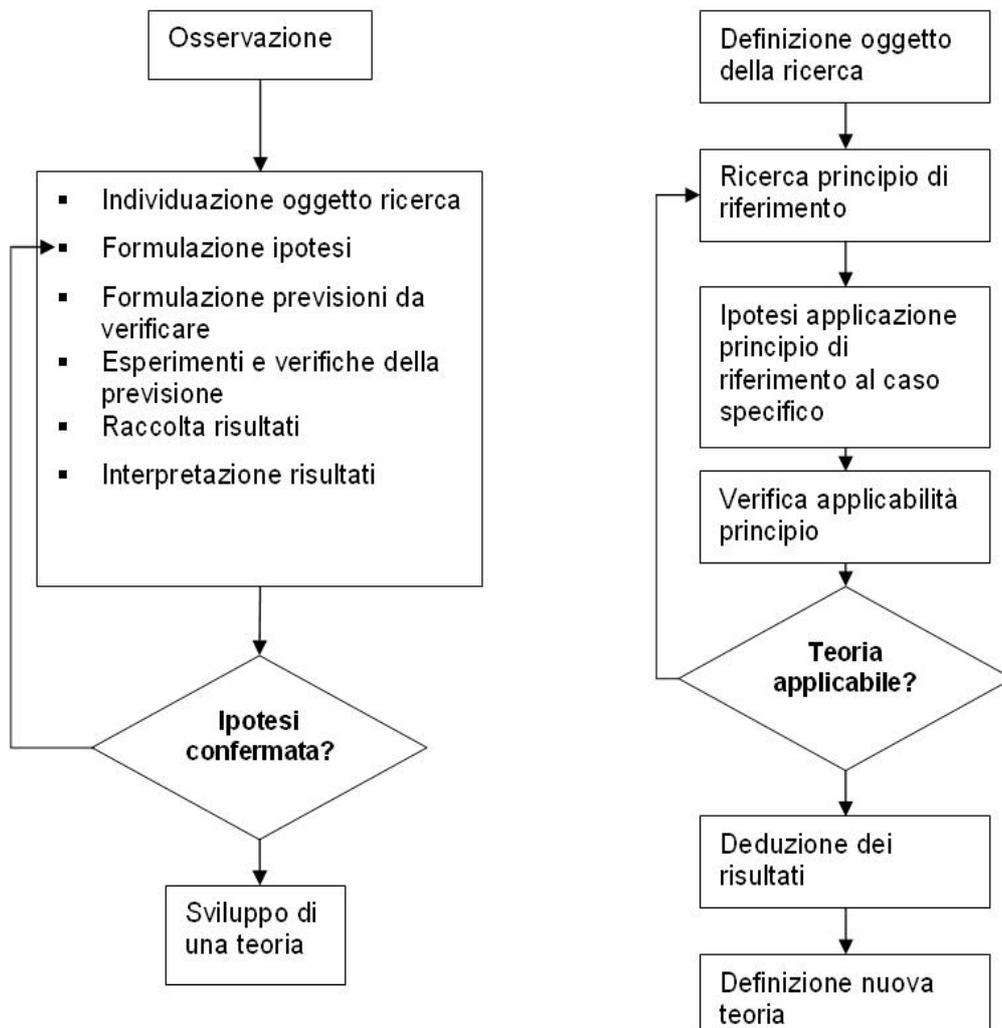


Diagramma di flusso del metodo induttivo e del metodo deduttivo.

Il metodo induttivo, a differenza di quello deduttivo o aristotelico che a partire da una legge generale, desume le conseguenze sui casi più particolari¹⁸, parte dall'osservazione diretta di un particolare fenomeno e muove attraverso ulteriori osservazioni, misure ed esperimenti fino alla formulazione di un'ipotesi e successivamente alla definizione di una legge generale¹⁹.

Dal punto di vista filosofico, si tratta di un brusco cambio di direzione, in quanto assistiamo al passaggio da un uomo che vive in una natura organica, cercando di comprendere le sue leggi immutabili volute da Dio, ad un uomo che si pone al centro del creato e determina in prima persona con l'osservazione e l'esperimento le leggi della natura.

Dalle parole di Umberto Galimberti:

*“Infatti, anche se in Bacone il programma era colmo di speranza cristiana e l'attesa era originariamente volta al regno di Dio, ciò che in effetti si stava preparando era, alla fine, il “regno dell'uomo”, di quel uomo che, proprio a partire da Bacone, ha incominciato a considerarsi creatore del proprio mondo e del proprio futuro”.*²⁰

La natura in questa nuova visione del mondo, perde le proprie caratteristiche qualitative in favore di quelle quantitative, misurabili e calcolabili, inoltre da oggetto di contemplazione, diventa elemento da dominare. Bacone infatti, con parole concitate affermava che la natura doveva essere *“rincorsa nelle sue peregrinazioni, costretta a servire e resa schiava”*. Essa doveva essere *“messa in ceppi”* e lo scopo dello scienziato era quello di *“strapparle con la tortura i suoi segreti”*.²¹

Un ulteriore balzo in avanti, verso l'attuale visione scientifica, tanto da far sì che

18 Esempio: tutte le palline provenienti da quel cesto sono bianche, queste palline provengono da quel cesto quindi, queste palline sono bianche.

19 Esempio: queste palline sono bianche, provengono da quel cesto, prendo altre palline dal cesto, se anche queste sono bianche concludo che probabilmente tutte le palline del cesto sono bianche.

20 U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 1999, p. 300.

21 F. Bacone, *Novum Organum (1620)* (Citazione da F. Capra, *Il punto di svolta*, Feltrinelli, Milano 1989, p.49).

venga considerato il “padre della filosofia moderna”, sarà opera di Cartesio²².

Quest'ultimo ruppe ogni legame con la conoscenza tradizionale affermando:

“non appena l'età mi permise di sottrarmi alla tutela dei miei insegnanti, abbandonai del tutto lo studio delle lettere e decisi di non cercare altra scienza se non quella che avrei potuto trovare in me stesso e nel gran libro del mondo”.²³

Come Galileo, Cartesio credeva che il linguaggio della natura fosse la matematica e questa convinzione lo portò alla sua più famosa scoperta, applicando rapporti numerici alle figure geometriche, egli fu in grado di correlare algebra e geometria fondando la nota “geometria analitica”.

Il nuovo metodo gli permise di applicare un tipo di matematica molto generale ai corpi in movimento, in accordo con il suo grande progetto di ridurre tutti i fenomeni fisici a rapporti matematici esatti.

L'opera nella quale riassume questa ricerca è *“Il discorso sul metodo”*; già dalla traduzione del titolo originale: *“Discorso sul metodo per un retto uso della propria ragione e per la ricerca delle verità nelle scienze più la diottrica, le meteore e la geometria che sono saggi di questo metodo”*, si evince l'intento di non limitare l'ambito alla sola conoscenza scientifica, tanto è vero che nei vari capitoli si susseguono argomenti come: caratteristiche dell'anima, prove dell'esistenza di Dio, regole della morale eccetera.

Cartesio intravede nelle regole della matematica il denominatore comune a tutti i campi scientifici e ipotizza la possibilità di determinare sul modello di quelle regole, il metodo di una scienza unica e assoluta.

Le principali regole del nuovo metodo saranno le seguenti:

Evidenza: non accettare come vero, niente che non si presenti alla ragione come chiaro e distinto oltre ogni dubbio.

Analisi: ogni problema non va considerato nella sua complessità ma suddiviso in parti semplici.

²² René Descartes, latinizzato in Renatus Cartesius e italianizzato in Renato Cartesio (La Haye en Touraine, 31 marzo 1596 – Stoccolma, 11 febbraio 1650) è stato filosofo e matematico francese. E' ritenuto fondatore della filosofia e della matematica moderna.

²³ R. Descartes, *Discorso sul metodo*, cit., Parte V, p.318(citazione da U.Galimberti, *Il tramonto dell'Occidente*, Feltrinelli, Milano 2006, p.338.

Sintesi: riorganizzazione dei risultati conseguiti con l'analisi.

Revisione: accurato controllo dei processi di analisi e sintesi sotto la lente d'ingrandimento del dubbio.

Il dubbio detiene il ruolo fondamentale nella filosofia Cartesiana, egli ritiene che il criterio basilare della verità sia l'evidenza, e di conseguenza si avvia alla ricerca di ciò che non può essere soggetto al dubbio. Cartesio dubita di tutto ciò di cui può dubitare, l'intero sapere tradizionale, la realtà tangibile in quanto soggetta alla percezione sensibile e perfino di avere un corpo. L'unica certezza che rimane all'uomo è di esistere proprio grazie alla capacità di dubitare, da qui la formula *Cogito ergo sum*.

Giacché “sono in quanto penso” e che, non è possibile fare affidamento sui sensi per la definizione della realtà, Cartesio deduce²⁴ di essere una sostanza pensante, *res cogitans*, in contrapposizione al corpo e alla materia, definiti *res extensa*.

Questa distinzione netta tra corpo e anima, che sarà analizzata nel dettaglio nei capitoli successivi, insieme alla visione meccanicista secondo la quale la natura funziona sulla base di leggi matematiche, saranno cruciali nell'evoluzione del pensiero moderno e condurranno le scienze umane e sociali oltre che la medicina in un labirinto per secoli successivi.

Dopo Cartesio, l'idea della meccanicità della natura si consolida nelle ricerche di Isaac Newton²⁵.

Quest'ultimo formulò una sintesi delle opere degli scienziati citati finora da Copernico in poi, fornendo una teoria matematica coerente del moto di tutti gli oggetti nel sistema solare dalle pietre ai pianeti, che rimase alla base del pensiero scientifico fino al XX secolo.

L'opera pubblicata in tre volumi nel 1687, “*Philosophiae Naturalis Principia Mathematica*”, è considerata un capolavoro assoluto nella storia della scienza; grazie anche all'invenzione del calcolo infinitesimale, Newton stabilì le tre leggi

24 Il metodo detuttivo è fondamentale nel pensiero Cartesiano, vedi diagramma fig.1.

25 Sir Isaac Newton (Woolsthorpe-by-Colsterworth, 4 gennaio 1643 – Londra, 31 marzo 1727) è stato un matematico, fisico, filosofo naturale, teologo ed alchimista inglese.

universali del movimento che non sono state migliorate per i successivi trecento anni.

Nello scolio generale dell'opera sopracitata, Newton definisce chiaramente il metodo della sua ricerca e il fondamento della sua filosofia:

“Qualunque cosa infatti, non deducibile dai fenomeni va chiamata ipotesi; e nella filosofia sperimentale non trovano posto le ipotesi sia metafisiche, sia fisiche, sia le qualità occulte, sia meccaniche. In questa filosofia le proposizioni vengono dedotte dai fenomeni, e sono rese generali per induzione”.

Il metodo Newtoniano quindi compendia sia quello induttivo proposto da Bacone che quello deduttivo-razionale utilizzato da Cartesio, sviluppando la metodologia su cui si è fondata da allora la scienza della natura.

1.3 CRITICHE AL METODO SCIENTIFICO

Come tutte le rivoluzioni, anche quella scientifica ebbe numerose opposizioni e critiche. Tra il XVI e il XVII secolo, gli scienziati e filosofi descritti nel paragrafo precedente, dovettero difendere le proprie idee, se non la vita stessa, da molti contestatori tra i quali i sostenitori del pensiero aristotelico e la Chiesa europea che nonostante una breve parentesi di libertà scientifica sotto il pontificato di papa Leone X, fu molto restia nell'accettare le nuove teorie.

Nel XX secolo, tra i principali critici al moderno paradigma scientifico troviamo Karl Popper²⁶ e Thomas Kuhn²⁷ (citato anche nell'articolo di Spaccazzocchi e Postacchini).

K.Popper, nel libro *“La logica della scoperta scientifica”* si oppone al neopositivismo²⁸ e al metodo induttivo per la verifica delle ipotesi scientifiche, in favore del principio di *“falsificabilità”*.

26 Karl Popper: Sir Karl Raimund Popper (Vienna, 28 luglio 1902 – Londra, 17 settembre 1994) è stato un filosofo e epistemologo austriaco naturalizzato britannico.

27 Thomas Kuhn: Thomas Samuel Kuhn (Cincinnati, 18 luglio 1922 – Cambridge, 17 giugno 1996) è stato uno storico della scienza e filosofo statunitense.

28 Il neopositivismo, anche noto come positivismo logico, neoempirismo o empirismo logico, è una corrente filosofica che sorge nella prima metà del Novecento, basata sul principio che la filosofia debba aspirare al rigore proprio della scienza.

La prima critica che Popper rivolge al metodo induttivo, è quella di voler formulare delle teorie generali attraverso l'osservazione della ripetizione dei fenomeni.

Per quanto numerosi possono essere i processi causa-effetto osservati, si tratterà sempre di un numero finito e quindi si entrerà nel campo della probabilità e non della verità assoluta.

Il principio di falsificabilità, invece, agisce in due modi distinti. Innanzitutto permette di distinguere ciò che può rientrare nell'ambito scientifico da ciò che non vi rientra; Popper considera scientifico ciò che potenzialmente può essere invalidato attraverso l'esperienza, che non sia basato su interpretazioni soggettive o su affermazioni dogmatiche.

In particolare si oppose alla legittimazione scientifica delle teorie marxiste e più importante, in quanto più vicine al mondo della musicoterapia, alla psicanalisi e alla psicologia individuale. Nel libro *“Congetture e confutazioni”*, racconta di come nel 1919 le teorie di Marx, Freud e Adler cominciarono a lasciarlo insoddisfatto e scettico soprattutto perché sembravano spiegare tutto ciò che accadeva nei campi cui si riferivano e che apparivano basate sulla generalizzazione e interpretazione di singoli casi, dalle parole dell'autore:

“L'elemento più caratteristico di questa situazione mi parve il flusso incessante delle conferme, delle osservazioni che “verificavano” le teorie in questione; e proprio questo punto veniva costantemente sottolineato dai loro seguaci. Un marxista non poteva aprire un giornale senza trovarvi in ogni pagina una testimonianza in grado di confermare la sua interpretazione della storia; non soltanto per le notizie, ma anche per la loro presentazione – rilevante i pregiudizi classisti del giornale – e soprattutto, naturalmente, per quello che non diceva. Gli analisti freudiani sottolineavano che le loro teorie erano costantemente verificate dalle loro “osservazioni cliniche”. Quanto ad Adler restai molto colpito da un'esperienza personale. Una volta, nel 1919, gli riferii di un caso che non mi sembrava particolarmente adleriano, ma che egli non trovò difficoltà ad analizzare nei termini della sua teoria dei sentimenti di inferiorità, pur non avendo nemmeno visto il bambino. Un po' sconcertato, gli chiesi come poteva essere così sicuro. “A causa della mia esperienza di mille casi simili” egli

rispose; al che non potei trattenermi dal commentare: "E con questo ultimo, suppongo, la sua esperienza vanta milleuno casi".

Mi riferivo al fatto che le sue precedenti osservazioni potevano essere state non molto più valide di quest'ultima; che ciascuna era stata a sua volta interpretata alla luce della "esperienza precedente", essendo contemporaneamente considerata come ulteriore conferma. Conferma di che cosa, mi domandavo?"²⁹

Il principio di falsificabilità oltre che distinguere i campi nei quali è possibile fare delle valutazioni scientifiche, dagli ambiti non adeguati all'applicazione di questi principi, fornisce il metodo per la validazione delle ipotesi. Questo deve avvenire per mezzo di controlli empirici che tentino di invalidare la teoria piuttosto che verificarla.

Popper porta come esempio la teoria di Einstein, nata da calcoli matematici, secondo la quale la luce è attratta dai corpi pesanti come il sole. Si trattava allora di una teoria che appariva assurda alla maggior parte degli scienziati ma che resistette a ogni tentativo di confutazione fino alla definitiva conferma con la spedizione di Arthur Stanley Eddington che il 29 maggio 1919, durante un'eclissi totale, riuscì a misurare il raggio di curvatura della luce intorno al sole.

Secondo Popper la continua applicazione di questo metodo, consentirebbe il rafforzamento delle ipotesi oppure la sostituzione delle teorie falsificate dall'esperienza con nuove teorie, garantendo al tempo stesso la crescita della conoscenza e sottolineando il carattere mai definitivo del sapere scientifico.

Lo storico della scienza Thomas Kuhn invece, in particolare nella sua opera più famosa: *"La struttura delle rivoluzioni scientifiche"*, pubblicata nel 1962, si oppone alla concezione neopositivista, secondo la quale la scienza si sviluppa secondo un processo rettilineo di accumulazione del sapere e di progressiva correzione ed eliminazione delle concezioni sbagliate e inadeguate.

Secondo Kuhn, infatti, il sapere scientifico si evolve in maniera discontinua, alternando periodi di attività "normale" a momenti straordinari di vera e propria "rivoluzione". Nella fase della scienza "normale", all'interno della comunità scientifica prevale il consenso verso un determinato paradigma, riconosciuto

²⁹ K. R. Popper, *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna, 1972, p. 64.

come base del lavoro di ricerca ulteriore. Nella fase della crisi che anticipa la vera e propria rivoluzione scientifica, la progressiva scoperta di anomalie (avvenuta sin dalla fase della ricerca normale), conduce alla formulazione di nuove teorie e strumenti di ricerca in quanto quelli vecchi non funzionano più adeguatamente. Se una nuova teoria dimostra la propria superiorità sulle teorie rivali, essa viene accolta e ha luogo una "rivoluzione scientifica", che determina una mutazione nei concetti, nei problemi, nelle soluzioni e nei metodi scientifici. Ciò non avviene perché si hanno delle nuove dottrine più complesse che sostituiscono quelle più vecchie, ma per il semplice motivo che ogni paradigma esprime un punto di vista radicalmente diverso da un altro, e per questo motivo, in gran parte intraducibile.

Va sottolineato che per "paradigma" non si deve intendere solamente un insieme di regole e di teorie, bensì un quadro completo di abitudini, tipi di istruzione e formazione, modi di procedere e di giudicare.

Questa concezione, porta Kuhn ad affermare che nella storia della scienza non si ha alcun processo ontologico che porti a un graduale miglioramento nei metodi di rappresentazione della natura ma che alla base vi sia sempre una componente culturale.

"Guardando una carta topografica con curve di livello, lo studente non vede che linee mentre il cartografo individua la rappresentazione di un terreno.

Guardando la fotografia di una camera a bolle, lo studente vede soltanto linee confuse e interrotte, mentre il fisico vi legge la registrazione di eventi subnucleari a lui familiari. Soltanto quando il suo modo di vedere le cose ha subito trasformazioni di questo genere lo studente entra a far parte del mondo dello scienziato, riesce a vedere le cose che lui vede e a reagire come lui. Il mondo in cui lo studente entra in quel momento, però, non è un mondo stabilito una volta per tutte dalla natura dell'ambiente, da un lato e dalla natura della scienza dall'altro. Esso è piuttosto determinato unitamente dall'ambiente e dalla particolare tradizione di scienza normale che lo studente ha imparato a seguire".³⁰

30 T.Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1978, p.140.

1.4 CONCLUSIONI

Credo che questo sintetico riassunto dei cambiamenti di prospettiva all'interno dei quali il pensiero tecnico si è sviluppato e trasformato, mostri come il paradigma scientifico sia profondamente di matrice culturale a discapito di quell'alone di naturalità che lo avvolge.

La tecnica necessaria all'uomo, per provvedere al proprio sostentamento, con l'avvento del metodo scientifico, si trasforma in strumento di indagine e dominio della natura, permettendo da un lato un enorme miglioramento delle condizioni di vita umane, un esempio su tutti può essere lo sviluppo delle comunicazioni, ma dall'altro ha consentito alla realizzazione di pericolosi strumenti come bombe e ordigni nucleari.

Al giorno d'oggi, vi sono molti scetticismi, sia per quanto riguarda il metodo con il quale la scienza si avvicina alla natura, come quelli sostenuti da Popper e Kuhn ma anche nei confronti di un progresso tecnologico che sembra aver perso di vista i bisogni delle persone, *“la tecnica non ha più in vista alcuna finalità (neppure il profitto) ma solo il proprio potenziamento. E ciò accade quando appare chiaro che il raggiungimento di un qualsiasi fine, è subordinato alla disponibilità tecnica, per cui il potenziamento di questa disponibilità, finisce per rappresentare l'unico vero fine”*.³¹

Secondo Jaques Ellul³², il rapporto uomo-tecnica si è ribaltato al punto tale che le persone hanno assunto il ruolo di funzionari all'interno del “sistema tecnica” che come caratteristica fondamentale, in accordo con Galimberti, ha la tendenza ad una continua evoluzione senza fini o scopi precisi, se non il proprio potenziamento.

L'evoluzione tecnologica, ha raggiunto una tale velocità da superare e addirittura costringere la scienza e l'etica a inseguirla nel tentativo, in molti casi vano, di attribuirle dei significati e degli scopi.

Scrive Ellul:

31 U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 2009, p. 399.

32 Jacques Ellul (Bordeaux, 6 gennaio 1912 – Pessac, 19 maggio 1994) è stato un sociologo e teologo francese, autore di svariati saggi sulla cosiddetta "società tecnologica".

*“La crescita tecnica possiede reali finalità? Sicuramente, durante il progresso del sistema tecnico, si generano delle finalità, ma bisogna tenere presente che queste finalità compaiono durante il processo; in altre parole, esse non lo dirigono, sono avventizie”.*³³

L'argomento del prossimo capitolo sarà la scienza medica. Dopo aver descritto in quale modo, la scienza moderna ha contribuito a creare il modello biomedico, caratterizzato soprattutto dal riduzionismo e da una logica lineare di tipo causa-effetto, cercherò di riportare alcune delle critiche e punti di vista diversi che negli ultimi anni si stanno sempre più rafforzando, soprattutto in merito alla necessità di riscoprire la “complessità” dell'esperienza, con l'impossibilità di descriverla in maniera oggettiva valorizzando gli aspetti quantitativi a discapito di quelli qualitativi.

Da quello che ho potuto constatare, questo cambiamento di prospettiva non riguarda solamente l'ambito della salute e della terapia ma è condiviso da diversi campi di studio che si occupano dell'esperienza umana come la filosofia, l'antropologia e la biologia.

33 J. Ellul, *Il sistema tecnico, la gabbia delle società contemporanee*, Jaca Book, Milano 2009, p.308.

Capitolo 2 - SCIENZA MEDICA

Finora si è parlato principalmente dell'evoluzione tecnica, della nascita del metodo scientifico e del suo rapporto con la natura, ma come sono cambiati di conseguenza i concetti di corpo, salute e malattia?

Trattare dell'argomento "corpo", significa chiamare in causa ogni esperienza umana, non esiste ambito di conoscenza in cui non sia presente un corpo che osserva, che ascolta, un corpo che lavora, che progetta, un corpo che soffre e impara. Non esiste un solo corpo ma tanti corpi quanti sono gli sguardi che lo osservano.

"Sommerso dai segni con cui la scienza, l'economia, la religione la psicoanalisi, la sociologia di volta in volta l'hanno connotato, il corpo è stato vissuto, in conformità alla logica e alla struttura dei vari saperi, come organismo da sanare, come forza lavoro, come carne da redimere come inconscio da liberare, come supporto dei segni da trasmettere".³⁴

Si parlerà più avanti, accennando il discorso dell'antropologia medica, di come *"il corpo è sempre corpo culturale; esso è l'elemento primo del simbolico, soggetto-oggetto di rappresentazione e fonte di immaginari"*³⁵, ogni attività del corpo è influenzata dalla matrice culturale, anche le attività apparentemente più "naturali" come il dormire. In culture diverse dalla nostra, si dorme in posizioni e strutture differenti, in base a particolari sistemi di credenze. Riportando un esempio tratto dal libro di Mariella Combi, *"Corpo e tecnologie"*, nei villaggi dei Lao, nel nord est della Thailandia, la stanza da letto è una capanna a parte, nella quale ci si deve coricare in posizione perpendicolare alla trave del colmo del tetto. Inoltre, nessuno deve dormire nella stessa casa o nelle case vicine, in una posizione che lo metta, in linea d'aria, sotto i piedi di un altro. Ne consegue che la costruzione delle case e quindi dell'intero villaggio segua una particolare geometria. Sulla base delle loro credenze, lo scopo è quello aderire e mantenere un'identità di gruppo anche durante il sonno.

34 U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2010, p.11.

35 M.Combi, *Corpo e tecnologie*, Meltemi, Roma 2000, p.47.

Se la cultura influenza ogni aspetto della nostra vita, in primo luogo l'immagine e le attività del corpo, in che modo è cambiato l'approccio alla salute e alla malattia con il progresso scientifico?

Nelle società preletterate, il corpo era tutt'uno con la persona, non veniva scisso dall'anima o dalla mente, ed era legato inestricabilmente alla comunità, all'universo e alle forze che lo governano, fossero esse naturali o mitologiche.

U. Galimberti nel libro *"Il corpo"*, in riferimento ad uno studio dell'antropologo M. Leenhardt, riporta il seguente dialogo tra un missionario e un indigeno malesiano, il primo chiede: *«Insomma non è forse la nozione di spirito che abbiamo portato nel vostro pensiero?»* E l'indigeno: *«Lo spirito? No, non ci avete portato lo spirito. Noi conoscevamo già l'esistenza dello spirito. Quello che ci avete portato è la nozione di corpo»*.³⁶

Ed aggiunge Galimberti: *“se indaghiamo l'universo simbolico delle società primitive non tardiamo a renderci conto che per loro il corpo non è quell'entità anatomica che noi conosciamo come qualcosa di isolabile dalle altre entità che compongono il mondo oggettivo e che identifichiamo come sede della singolarità di ogni individuo. Mai quindi il corpo nella sua isolata singolarità, ma sempre un corpo comunitario, per non dire cosmico, dove avviene la circolazione dei simboli e dove ogni corpo trova, proprio in questa circolazione, non tanto la sua identità, quanto il suo luogo”*.³⁷

La salute e la malattia, si basavano quindi su un equilibrio di forze intersoggettive che va oltre la singolarità della persona; di conseguenza il processo di cura, spesso basato sull'impiego di erbe curative, si intreccia con credenze spirituali e religiose e può concretizzarsi in riti nei quali è prevista la partecipazione di parte della comunità. Questi riti, guidati da un guaritore, consentono *“uno scambio simbolico, dunque, tra il malato e il gruppo, reso possibile dal fatto che il corpo non è ridotto alla povertà dell'organismo, ma è il punto in cui si raccoglie una mitologia che da lì si espande per l'universo,*

36 M. Leenhardt, *Do Kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Gallimard, Paris 1947, citato in U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2010, p.33.

37 *Ibid.*

consentendo al corpo sofferente di esportare, lontano da sé, il proprio dolore".³⁸

Come abbiamo visto nelle pagine precedenti, la società occidentale ha deciso di tagliare i legami con il corpo comunitario, riferendo i concetti di salute e malattia essenzialmente all'ambito anatomico di un corpo visto nella propria singolarità, dando vita al cosiddetto modello biomedico.

2.1 IL MODELLO BIOMEDICO

Nel tentativo di costruire una scienza naturale completa, Cartesio estese la sua concezione meccanicista della materia agli organismi viventi. Piante e animali furono considerati da lui semplicemente macchine e gli esseri umani erano "abitati" da un'anima razionale connessa al corpo attraverso la ghiandola pineale, al centro del cervello.

L'influenza del pensiero Cartesiano in ambito medico produsse il cosiddetto modello biomedico che costituisce la fondazione concettuale della moderna medicina scientifica.

Dalle parole di Galimberti:

"Riprendendo il dualismo platonico-cristiano dell'anima e del corpo e spogliandolo di ogni rivestimento mitico e religioso, Cartesio priva il corpo del suo mondo e di tutte quelle formazioni di senso che si fondano sull'esperienza corporea, attraverso cui il mondo ci è direttamente alla mano, per relegarlo nella res extensa, dove il corpo è risolto in oggetto e inteso, al pari di tutti gli altri corpi, in base alle leggi fisiche che presiedono l'estensione e il movimento. L'anima a sua volta, sottratta ad ogni influenza corporea, viene pensata come puro intelletto, come Ego intersoggettivo, nelle cui cogitazioni, rigorosamente eseguite con metodo matematico, c'è ogni possibile senso del mondo".³⁹

In seguito alla nascita della scienza moderna quindi, l'attenzione di medici e studiosi si rivolse principalmente al corpo anatomico, tralasciando il suo rapporto con l'anima, anche se veniva constatata l'influenza reciproca dei due elementi.

Quando all'inizio del XIX secolo, la biologia si affermò come campo di studi

38 U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2010, p.38.

39 U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2010, p.69.

autonomo, soprattutto grazie agli sviluppi della microscopia, che rivelò il mondo precedentemente sconosciuto dei microrganismi, l'interesse scientifico si allontanò sempre più dall'uomo nella sua interezza, tralasciando nel processo di cura gli aspetti psicologici, ambientali e sociali e favorendo la tendenza riduzionista della medicina.

Concentrandosi sempre più sulle "parti" e allontanandosi dal "tutto", la medicina moderna si distanzia dall'intrinseca complessità umana, favorendo in molti casi un approccio lineare alla salute come quello rappresentato nel diagramma seguente.



In questo modello, non viene considerata la capacità intrinseca all'organismo umano di reagire a condizioni avverse, inoltre si rischia di riferirsi alla malattia, considerandola "causa" della mancanza di salute più che "conseguenza" dell'interazione tra una serie di fattori psicofisici e ambientali; un elemento estraneo che grazie a cure, nella maggior parte dei casi farmacologiche, si cerca di allontanare per ripristinare lo stato di salute.

La somministrazione di farmaci diventa quindi il momento chiave della pratica terapeutica biomedica.

La farmacologia grazie ai progressi tecnici e a motivazioni di ordine economico, nel XX secolo ha fatto passi da gigante; il momento forse più importante è stata la scoperta degli antibiotici, seguito dalla creazione dei vaccini che hanno contribuito a ridurre in modo significativo il numero di patologie gravi.

Oltre agli enormi sviluppi farmacologici, negli ultimi decenni, l'approccio ingegneristico alla salute ha portato la tecnologia a rivestire un ruolo sempre più fondamentale, spostando la pratica della medicina dall'ambulatorio del medico

generico all'ospedale.

Nell'ambito della diagnosi e terapia, strumenti progressivamente più avanzati e potenti permettono l'acquisizione sempre più dettagliata dei dati dei pazienti.

Grazie a esami specifici, come RM (risonanza magnetica), TAC, PET, ecografie, è possibile ottenere precise immagini e video degli organi interni in maniera non invasiva superando il naturale limite con il mondo costituito dalla pelle.

Successivamente, utilizzando particolari software è poi possibile elaborare queste immagini per ottenere ad esempio un modello tridimensionale del corpo o dell'organo da utilizzare nelle diagnosi ma anche durante interventi chirurgici. Andando ancora oltre, sfruttando le reti è possibile creare degli archivi dove collocare tutti questi dati insieme alla storia clinica di ogni paziente e renderli disponibili on-line a medici e personale sanitario.

Questo scenario può sembrare futuristico a chi non ha familiarità con l'ambiente, ma è ormai una realtà consolidata in molte aziende sanitarie.¹

Una parte dell'attenzione quindi, che qualche decennio fa doveva essere riservata direttamente al paziente, ora si sposta sul corpo reso virtuale dalla tecnologia.

Concludendo, un approccio così lineare, legato prevalentemente al corpo anatomico e altamente tecnologico alla salute, oltre che allontanarsi dalla reale complessità dell'esperienza umana, rischia di delegare a poche persone specializzate, la responsabilità della salute collettiva.

Inoltre diventa difficile affrontare tutte quelle patologie influenzate o scatenate da fattori psicosociali, un esempio su tutti "lo stress" che oggi molti definiscono il male del secolo.

Un contributo importante alla presa di coscienza di queste problematiche, nel mio percorso di ricerca, è avvenuto grazie alla scoperta di un campo di studi relativamente giovane, di cui parlerò brevemente più avanti e cioè l'Antropologia Medica. Prima però credo sia importante spendere qualche

¹ Uno degli esempi più articolati in Italia, di questo sistema di gestione dei dati, è il SISS (Sistema informativo Socio-Sanitario) della Regione Lombardia.

Tra i vari servizi di questo sistema, uno è proprio il Fascicolo Sanitario Elettronico accessibile on-line dalle persone autorizzate.

parola sul concetto di “complessità” che si contrappone alla linearità e riduttività della scienza medica moderna.

2.2 RISCOPRIRE LA COMPLESSITA'

Edgar Morin⁴⁰ nel saggio *“I sette saperi necessari all'educazione del futuro”*⁴¹, pubblicato nel 2001 su commissione dell'Unesco, nell'ambito del “Programma internazionale dell'educazione”, sottolinea la necessità di una riforma paradigmatica del pensiero, in quanto, oggi, *“vi è un' inadeguatezza sempre più ampia, profonda e grave tra, da una parte, i nostri saperi disgiunti, frazionati e compartimentali e, dall'altra, realtà o problemi sempre più polidisciplinari, trasversali, multidimensionali, transnazionali, globali, planetari”*.⁴²

Proprio a causa di questa “inadeguatezza”, vengono persi di vista alcuni elementi fondamentali di quella che Morin definisce “conoscenza pertinente”; in particolare scompaiono il contesto, il globale, il multidimensionale e il complesso.

Cercando di ricondurre questi concetti all'ambito della salute, possiamo iniziare col dire che come la parola necessita di un testo per acquisire significato, così segni e sintomi nel campo della salute e della cura, necessitano di un “contesto” che tenga in considerazione non solo la persona nella sua interezza ma anche l'ambiente in cui questa vive e i suoi rapporti sociali.

La medicina moderna, si caratterizza per la partecipazione al processo di cura da parte di un numero sempre crescente di professionisti: medici, infermieri, tecnici di laboratorio, fisioterapisti, tecnici di radiologia, logopedisti, psicologi, psichiatri eccetera. Ciascuna di queste figure elabora dei modelli di interpretazione dei fenomeni, legati alla salute e alla malattia, derivati dai saperi specifici che contraddistinguono ogni disciplina, generando una progressiva

40 Edgar Nahoum detto Edgar Morin (Parigi, 8 luglio 1921) è un filosofo e sociologo francese, noto per l'approccio transdisciplinare con il quale ha trattato un'ampia gamma di argomenti.

41 E. Morin, *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.

42 *ivi*, p. 35.

frammentazione e parcellizzazione del sapere biomedico e rendendo sempre più difficile lo sviluppo di una visione unitaria della medicina, di un “contesto” comune che permetta l'integrazione delle conoscenze.

Oltre al contesto è doveroso tenere in considerazione il “globale” e il “multidimensionale” che lo caratterizza. Il globale è più del contesto, è l'insieme contenente più parti legate tra loro inestricabilmente e in continua interazione; l'uomo è legato alla società, ogni società è legata alle altre e tutte interagiscono con il pianeta nel quale viviamo.

Può sembrare un punto di vista eccessivamente ampio ma è indispensabile per affrontare coerentemente la complessità di molti problemi, per fare un esempio, l'inquinamento che influenza la salute di tutti.

La multidimensionalità è una caratteristica di tutti i sistemi complessi come l'uomo o le società. L'uomo è al tempo stesso costituito da fattori biologici, psichici, sociali e si inserisce in una società che contemporaneamente influenzata da aspetti religiosi, economici, storici, ambientali. Non è possibile quindi parlar di salute senza allargare il campo e prendere in considerazione anche le attività che apparentemente sono lontane dai concetti di salute e malattia. Per fare un banale esempio: lo stile di vita e la qualità dei sistemi sanitari, dipendono dall'economia, il mondo economico a sua volta è influenzato da quello politico, e questo può essere condizionato da aspetti religiosi.

Morin sostiene che *“la conoscenza pertinente deve affrontare la complessità. “Complexus” significa ciò che è tenuto insieme; in effetti, si ha complessità quando sono inseparabili i differenti elementi che costituiscono un tutto (come l'economico, il politico, il sociologico, lo psicologico, l'affettivo e il mitologico) e quando vi è tessuto interdipendente, interattivo e inter-retroattivo tra l'oggetto di conoscenza e il suo contesto, le parti e il tutto, il tutto e le parti, le parti tra loro”*.⁴³

Durante il XX secolo, è stata promossa la specializzazione e la compartimentazione della conoscenza; se da un lato questa tendenza, ha permesso di giungere a saperi estremamente dettagliati, dall'altro ha

43 E.Morin, *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001, p. 38.

frammentato i contesti, le globalità e le complessità.

Un forte sostenitore della necessità di riscoprire la complessità insita nell'esperienza umana e di un'integrazione della scienza moderna con un approccio sistemico è Fritjof Capra⁴⁴.

Pur rifacendosi alle idee di altri autori, come Anthony Wilden e Gregory Bateson per citarne due, la sua estrazione scientifica e in particolare la provenienza dal mondo della fisica, rendono a mio avviso la sua critica alla linearità del pensiero scientifico e alla parcellizzazione della conoscenza, particolarmente pertinente e interessante.

Capra propone lo sviluppo di una "biologia sistemica" che veda in ogni organismo un sistema vivente anziché una macchina. Questa concezione, considera il mondo in termini di rapporti e integrazioni, ritenendo i sistemi delle totalità integrate, le cui proprietà non possono essere ridotte a quelle di unità minori.

In natura vi sono molteplici esempi di sistemi: ogni organismo, dal più piccolo batterio, passando da una vasta gamma di piante e animali, fino all'uomo, costituiscono dei sistemi viventi. Le cellule sono dei sistemi integrati in altri sistemi come i tessuti e gli organi del corpo, che a loro volta fanno parte dell'insieme umano.

I sistemi non sono però limitati ai singoli organismi, tutta la materia animata e inanimata fa parte di un ecosistema in continua interazione con se stesso.

In questa visione, è molto importante tenere presente che le proprietà sistemiche, vanno distrutte quando un sistema viene scomposto fisicamente o teoricamente in elementi isolati; in quanto la natura del tutto è sempre diversa dalla semplice somma delle sue parti.

Un' ulteriore caratteristica di questi complessi è la dinamicità, sono cioè soggetti a continuo cambiamento; a differenza delle macchine che vengono costruite, gli organismi viventi crescono e si evolvono, e sono caratterizzati da flessibilità e plasticità, per questo comprenderli significa studiare i processi che li contraddistinguono oltre che le parti che li compongono.

44 Fritjof Capra (Vienna, 1° febbraio 1939) è un fisico, teorico dei sistemi e saggista austriaco.

La due caratteristiche appena citate, flessibilità e plasticità, danno origine ad un certo numero di proprietà tipiche di questi sistemi viventi, riassumibili con il principio di “*auto-organizzazione*”.

Secondo questo principio, questi sistemi viventi interagiscono continuamente con l'ambiente ma il loro ordine, la loro struttura e funzione sono stabiliti autonomamente.

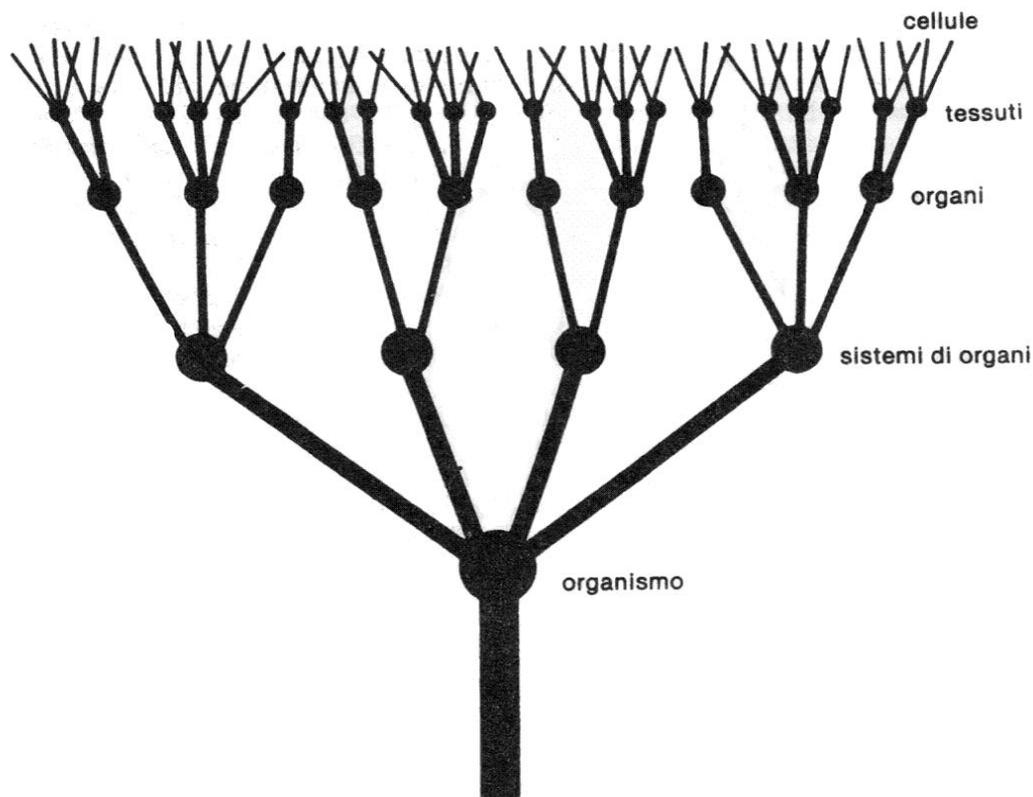
*“I due fenomeni dinamici principali dell'auto-organizzazione sono l'autorinnovamento cioè la capacità di questi sistemi viventi di rinnovare e riciclare di continuo i loro componenti, conservando l'integrità della loro struttura complessiva e l'autotrascendenza, cioè la capacità di superare creativamente i confini fisici nei processi di apprendimento, sviluppo ed evoluzione”.*⁴⁵

La rappresentazione dell' “albero sistemico” di F.Capra, illustra il principio basilare dell'auto-organizzazione, cioè la “*tendenza dei sistemi viventi a formare strutture pluristratificate i cui livelli differiscono per complessità. A ogni livello di complessità ci imbattiamo in sistemi che sono totalità integrate, auto-organizzantesi, formate da parti più piccole e, al tempo stesso, agenti come parti di totalità più grandi*”.

⁴⁶

45 F.Capra, *Il punto di svolta. Scienza società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano 2012, p. 224.

46 *Ivi*, p. 233.



Albero sistemico rappresentante vari livelli di complessità all'interno di un organismo vivente.

La precedente figura rappresenta la struttura di un organismo vivente dal punto di vista sistemico, oltre alle sopracitate strutture pluristratificate a diversi livelli di complessità, costituite da cellule, tessuti organi eccetera, collegate le une alle altre, il tronco di questa struttura, rappresenta il legame dell'organismo individuale con sistemi sociali ed ecologici più vasti, anch'essi rappresentabili nella stessa maniera.

Il concetto di ordine stratificato, permette non solo di approcciarsi in maniera diversa alla vita e alla complessità che la contraddistingue, ma anche di considerare la morte con un'ottica più appropriata e cioè come un aspetto fondamentale dell'esistenza e non come il contrario della vita.

In questi sistemi viventi, infatti, l'auto-rinnovarsi ciclicamente, costituisce un aspetto essenziale, basta pensare che in un essere umano adulto, ogni giorno muoiono dai 50 a 100 miliardi di cellule o che in un anno la massa di cellule sostituite mediamente in un corpo umano è pari a quella del corpo stesso, per

comprendere come il ciclo della vita e della morte di organismi o in generale sistemi viventi più semplici, sia fondamentale all'esistenza di sistemi più vasti e complessi.

*“La nascita e la morte ci appaiono ora, perciò, come un aspetto essenziale dell'auto-organizzazione, l'essenza stessa della vita. In effetti, tutti gli esseri viventi intorno a noi si rinnovano di continuo, e ciò significa anche che tutto ciò che ci circonda muore di continuo”.*⁴⁷

In merito all'auto rinnovamento è necessario fare un riferimento a due importanti biologi ed epistemologi cileni che svilupparono una teoria dei sistemi viventi nella quale il principio fondamentale prese il nome di “*autopoiesi*”, contribuendo allo sviluppo del pensiero dello stesso Capra.

Humberto Maturana⁴⁸ lavorando inizialmente da solo nel proprio laboratorio di neurofisiologia e studio della percezione, presso l'Università di Santiago del Cile, e pochi anni dopo aiutato da un suo allievo, Francisco Varela⁴⁹, formulò una teoria basata sulla concezione dei sistemi viventi in termini del processo che li realizza, invece di rappresentarli per il loro rapporto con l'ambiente.

Il concetto principale di questa teoria è appunto quello di *autopoiesi*, questo termine deriva dalla parola greca *auto*, ovvero se stesso, e *poiesis*, ovvero sia creazione. In pratica un sistema autopoietico è un sistema che ridefinisce continuamente da se, si sostiene e si riproduce; può quindi essere rappresentato come una rete di processi di creazione, trasformazione e distruzione di componenti che, interagendo fra loro, lo sostengono e rigenerano in continuazione.

Questa concezione sistemica nata dallo studio di organismi unicellulari e successivamente allargata a organismi più complessi e a sistemi sociali, si discosta radicalmente dal principio riduzionista che caratterizza l'attuale paradigma scientifico.

47 F.Capra, *Il punto di svolta. Scienza società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano 2012, p. 235.

48 Humberto Romesín Maturana (Santiago del Cile, 14 settembre 1928) è un biologo e filosofo cileno.

49 Francisco Javier Varela García (Santiago del Cile, 7 settembre 1946 – Parigi, 28 maggio 2001) è stato un biologo, filosofo, neuroscienziato ed epistemologo cileno.

Alla luce di queste teorie, F. Capra propone di sviluppare un approccio olistico alla salute, in accordo con la nuova concezione di organismo, non partendo da zero ma integrando l'attuale sapere biomedico con le conoscenze derivate da sistemi medici di altre culture, in particolare dallo sciamanesimo, dalla medicina ippocratica e quella cinese. Si tratta di tre approcci molto diversi, oltre che difficilmente generalizzabili a causa di una moltitudine di variazioni tra culture diverse, ma tutte si orientano nei confronti della vita in un modo olistico che integra aspetti ambientali, sociali e individuali.

Alcune tecniche di questi modi olistici di approcciarsi alla salute sono già in qualche modo simili a quelle utilizzate nella medicina e psicoterapia occidentale, quello che varia è soprattutto la complessità del contesto. I rituali di guarigione sciamanici, ad esempio, utilizzano spesso tecniche simili allo psicodramma, la terapia di gruppo, l'analisi dei sogni, la suggestione, l'immaginario guidato e l'ipnosi, al fine di portare conflitti e resistenze inconse a livello cosciente, dove possono svilupparsi liberamente e trovare una soluzione. In realtà, mentre la moderna psicoterapia si centra sulle necessità di un singolo paziente o ristretto gruppo di pazienti, i riti sciamanici forniscono un mito sociale che non opera sull'inconscio individuale ma su quello collettivo, condiviso dall'intera comunità.

Chiaramente non si tratta di riprendere pari pari queste tecniche e tradizioni, pensando di integrarli nella nostra cultura, ma la concezione sciamanica secondo la quale gli esseri umani sono integrati in un sistema ordinato, in cui le cause delle infermità possono essere spesso attribuibili ad uno stato di disarmonia e disequilibrio tra l'individuo, l'ambiente e la società andrebbe sicuramente rivalutata.

E' importante ricordare che alla base della scienza medica occidentale, troviamo la tradizione della medicina ipocratica, la quale pur discostandosi dalle credenze secondo le quali, le malattie erano causate da forze soprannaturali e prediligendo un approccio basato sulle scienze della natura, conservava una profondità e ampiezza di visione filosofica che raramente i successori di Ippocrate raggiunsero.

Ippocrate inventò la cartella clinica, teorizzò la necessità di osservare

razionalmente i pazienti, prendendone in considerazione l'aspetto ed i sintomi, inoltre introdusse, per la prima volta, i concetti di diagnosi e prognosi. Egli credeva, infatti, che solo la valutazione dell'intero stile di vita del malato, permetteva di comprendere e sconfiggere la malattia da cui questo era affetto. Nelle circa settanta opere che costituiscono il Corpus ipocratico, viene descritto nei particolari, come il benessere degli individui sia influenzato da fattori ambientali come la qualità dell'aria, dell'acqua e del cibo, la topografia del territorio e le abitudini di vita generali. Viene sottolineata la correlazione tra cambiamenti improvvisi di questi fattori e l'insorgenza di varie malattie.

L'insistenza della tradizione ipocratica sull'interrelazione fondamentale fra corpo, mente e ambiente, si trova per molti versi in sintonia con la visione sistemica della vita proposta da F. Capra, e rappresenta ancora oggi, un punto culminante della filosofia medica occidentale.

Altri spunti interessanti che meriterebbero di essere integrati nella futura scienza medica secondo Capra, potrebbero provenire dalla medicina cinese.

Si tratta di una tradizione estremamente distante da quella occidentale, nella quale sono fondamentali concetti difficilmente traducibili come quello di *yin* e *yang* ed il loro particolare equilibrio dinamico, oppure il concetto di *ch'i* che rappresenta il flusso fondamentale che mantiene in vita la persona.

Vi sono però altre nozioni più accessibili che meriterebbero di essere valutate, ad esempio la concezione stessa della malattia. Quest'ultima non viene concepita come l'intervento di un agente esterno sul corpo sano ma come uno stato di disequilibrio dovuto a diverse cause esterne ed interne ad esso, similmente alla tradizione ipocratica. L'equilibrio è uno stato in cui l'uomo entra ed esce di continuo durante l'intero ciclo vitale; questa oscillazione viene concepita come un processo naturale, favorito da una tendenza intrinseca all'organismo umano di tornare ad uno stato stabile. I testi tradizionali di medicina cinese quindi, non tracciano una linea di divisione netta tra salute e malattia, tanto la buona quanto la cattiva salute sono viste come aspetti di uno stesso processo che muta continuamente.

L'obiettivo del medico quindi non è tanto il raggiungimento della perfetta salute dell'organismo quanto il migliore adattamento possibile alle circostanze. Nel

perseguimento di questo fine è il paziente a svolgere il ruolo più importante, lui ha la responsabilità della conservazione della propria salute come anche del ripristino della stessa quando l'organismo si trova in uno stato di squilibrio.

Si tratta di un sistema medico che predilige la prevenzione e il ristabilimento dell'equilibrio prima che si produca un'oscillazione e quindi una malattia troppo grave.

La concezione del medico quindi è molto diversa, mentre *“nella medicina occidentale il medico che gode la massima reputazione è lo specialista che ha una conoscenza particolareggiata di una parte specifica del corpo. Nella medicina cinese, il medico ideale è un saggio che sa in che modo tutti gli elementi dell'universo cooperano; che tratti ogni paziente su una base individuale; la cui diagnosi non caratterizza il paziente come affetto da una specifica malattia ma registra nel modo più completo possibile lo stato mentale e corporeo totale dell'individuo e il suo rapporto all'ambiente naturale e sociale”*.⁵⁰

Concludendo, sarebbe auspicabile che il modello medico del futuro, integrasse conoscenze e tecniche derivate sia da un approccio riduzionista alla vita, tipico dell'attuale metodo scientifico, che da una visione olistica e dinamica nella quale siano fondamentali i concetti di interazione ed equilibrio tra fattori fisici psichici sociali e ambientali in accordo con la concezione sistemica della vita.

A mio avviso in una prospettiva del genere, la musicoterapia, attenta alla complessità dell'esperienza, dal verbale al non verbale e profondamente portata all'integrazione di conoscenze provenienti da altri ambiti di studio, non potrà che incontrare sempre maggiore spazio e approvazione.

Come vedremo nel prossimo capitolo, campi di studio relativamente recenti, come può essere l'antropologia medica, si orientano già verso i temi della salute e della malattia con un'ottica nuova, più vicina a quella proposta da F.Capra. ed E. Morin.

50 F.Capra, *Il punto di svolta. Scienza società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano 2012, p. 263.

2.3 IL CONTRIBUTO DELL'ANTROPOLOGIA MEDICA

In questo mio personale percorso di ricerca del confine tra l'umano e lo scientifico, è stato fondamentale l'incontro con questo campo di studi relativamente recente.

L'antropologia medica è nata con l'obiettivo di indirizzare la ricerca antropologica, sui modi e le forme in cui nelle diverse società gli esseri umani vivono, rappresentano e fronteggiano la sventura e la malattia.

In particolare essa analizza i processi che nelle diverse culture hanno contribuito a creare i concetti di "corpo", "salute" e "malattia", sottraendo a questi ultimi il presunto carattere di "naturalità".

Scoprire come in contesti sociali diversi dal "nostro" ma anche all'interno dello stesso campo biomedico esistano pratiche e modi diversi di pensare alla salute, per me è stato illuminante.

Secondo l'antropologia medica, i concetti di corpo, salute e malattia vengono creati da processi sociali e storici ma nello stesso tempo operano simbolicamente sui membri di uno stesso gruppo.

Prendiamo come esempio la stessa scissione corpo-anima, abbiamo visto nei capitoli precedenti quali processi abbiano portato a questa divisione concettuale e il risultato è che oggi, tutti noi, siamo convinti di avere un "corpo" e un "anima" distinti. Questi due concetti, in virtù dei processi descritti in precedenza, hanno acquistato significati simbolici indipendenti.

Nello scenario dell'antropologia medica, vi sono due nozioni fondamentali per lo studio dei processi di formazione simbolica, cioè le "tecniche del corpo" e l'"incorporazione".⁵¹

L'espressione "tecniche del corpo" compare nella letteratura antropologica negli anni trenta con la pubblicazione di un saggio di Marcel Mauss. Per "tecniche del corpo" Mauss intende i modi con cui gli uomini delle diverse società, si servono del corpo, per uniformandosi alla tradizione.

51 In questo paragrafo le nozioni di antropologia medica, fanno riferimento principalmente al libro di Giovanni Pizza, *Antropologia medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo (2005)*, Carocci Editore, Roma 2011.

“Tutto ciò che noi facciamo, cioè le nostre “pratiche”, recano l'impronta di un processo di apprendimento, di educazione e di formazione che è in prima istanza un meccanismo attraverso il quale le forze sociali modellano il corpo: il gesto, come la parola (che è una sorta di “gesto fonetico”), non è mai “naturale” ma è sempre un prodotto storico.

I modi di camminare, di correre, di sedersi o di accovacciarsi, di dormire o di vegliare, di nuotare, di mangiare, di partorire, di lavarsi, di fare l'amore, così come le diverse forme di gestualità, ci appaiono “naturali” o “spontanei”, mentre in realtà essi sono comportamenti “naturalizzati”, essendo il frutto di un processo graduale di apprendimento che avviene attraverso un'esposizione del nostro corpo all'ambiente sociale esterno”.⁵²

La nozione di “incorporazione” invece si riferisce alle modalità attraverso le quali gli esseri umani, producono una rappresentazione del mondo a partire dalla propria esperienza corporea. L'incorporazione non si rivolge al corpo come oggetto di studio ma fa riferimento ai modi corporei di costruzione della storia.

Nel libro di Giovanni Pizza, vengono riportati diversi esempi etnografici di malattie, nelle quali il processo di incorporazione è centrale, in particolare vengono presentati alcuni studi sui “nervi”.

Il termine nervi è spesso associato a esperienze di malessere indefinite e difficilmente articolabili, come nelle espressioni “crisi di nervi”, “sentirsi nervosi”, o nella nozione psichiatrica di “nevrosi”.

In uno studio dell'antropologa statunitense Setha M. Low condotto in Costa Rica e Guatemala, viene messo in evidenza come il termine “*nervios*” venga attribuito ad un'ampia gamma di sensazioni, emozioni o comportamenti come la paura, il tremore, il pianto, l'insonnia, la perdita di appetito, sensazioni di calore o freddo, o vere e proprie crisi di autolesionismo, con convulsioni violente e grida.

Generalmente, nei singoli casi, viene diagnosticato dalla medicina ufficiale qualche disordine a livello biologico ma dagli studi dell'antropologa è emerso

⁵² G. Pizza, *Antropologia medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo* (2005), Carocci Editore, Roma 2011, p.31.

che: i *nervios* si riscontrano soprattutto tra le donne, in particolare nei momenti in cui le famiglie si formano, o in seguito ad un evento drammatico direttamente vissuto. Questi studi mostrano come l'esperienza vissuta dei *nervios* corrisponda a un'incorporazione della sofferenza collegata a fattori economici, sociali e politici: *“il corpo si qualifica come un mediatore fra il sé e la società e come luogo di rappresentazione delle forze sociali”*.⁵³

Un'altra ricerca etnografica, simile all'esperienza dei *nervios*, più vicina alla nostra realtà, è stata condotta nel 1959 da Ernesto De Martino in Puglia e in particolare in Salento. L'oggetto di questa ricerca, furono alcune donne che si diceva fossero state pizzicate dalla tarantola durante il lavoro nei campi.

Queste giovani donne nubili, in età da matrimonio, venivano improvvisamente colte da convulsioni, urlavano e si dimenavano fino a cadere stremate al suolo. Si credeva che fossero possedute dallo spirito del ragno, tanto che erano portate a Galatina presso la chiesa di S.Paolo la notte tra il 28 e 29 giugno, affinché il Santo durante la cerimonia religiosa del giorno successivo, scacciasse lo spirito maligno. In attesa di quel giorno, le “tarantate” erano accudite in casa dai parenti, e da una particolare orchestrina locale che veniva appositamente convocata in quanto lo spirito era sensibile alla musica. Questi musicisti eseguendo un particolare “rito musicale” alleviavano temporaneamente le sofferenze della malata.

De Martino insieme all'etnomusicologo Diego Carpitella notò che la danza era strutturata in 2 fasi: una prima fase a terra nella quale la donna si contorceva imitando i movimenti del ragno e una seconda che si svolgeva in piedi, nella quale la donna saltellando sembrava tentare di scacciare “il ragno”. Tutto questo era accompagnato da una continua e frenetica azione fisica dei musicisti, in particolare del violinista che seguiva con i movimenti del suo corpo quelli della tarantata e al tempo stesso ne produceva le reazioni. Il ballo poteva durare per giorni e giorni, con brevi intervalli, finché la donna non cadeva al suolo sfinita dichiarandosi liberata dallo spirito.

Questa ricerca, mette in evidenza come la malattia, sia uno stato di disagio nel

53 *ivi* p.44

quale concorrono aspetti fisici, in questo caso il duro lavoro nei campi, aspetti sociali come la discriminazione a cui erano soggette queste donne, ma anche le influenze istituzionali come quelle politiche e religiose. Pensare alla persona come immersa in un costante processo di incorporazione, permette di valutare l'interazione di tutti questi aspetti in accordo con la visione sistemica della vita illustrata nel paragrafo precedente. In questo senso, tutte le definizioni "binomiche" come salute-malattia, normale-anormale, dove l'una definisce per esclusione l'altra, perdono di significato.

"Grazie alle ricerche etnografiche condotte sulla più estesa varietà delle concrete esperienze sociali, culturali ed esistenziali umane, oggi l'antropologia invita a riflettere innanzitutto sulla fluidità dei confini tra salute e malattia, che variano nel tempo e nello spazio, a seconda dei diversi contesti".⁵⁴

Concludendo, sembra che al giorno d'oggi si stia assistendo ad un vero e proprio cambio di direzione, forse a quello che T.Kuhn definirebbe un momento di "crisi" dell'attuale paradigma scientifico. Dopo secoli di esclusione degli aspetti "qualitativi" in favore di quelli "quantitativi" e di segmentazione dell'esperienza, si assiste oggi a una rivalutazione della soggettività e della continuità dei processi vitali.

Da questo punto di vista, la critica di Postacchini e Spaccazzocchi verso *"la tendenza del mondo della musicoterapia di disegnarsi addosso un abito sempre più scientifico"*⁵⁵, appare particolarmente pertinente anche se il riconoscimento da parte del mondo scientifico rimuoverebbe alcuni degli ostacoli che oggi non permettono alla figura professionale del musicoterapista di svilupparsi.

54 G.Pizza, *Antropologia medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo* (2005), Carocci Editore, Roma 2011, p.75.

55 P.L.Postacchini, M. Spaccazzocchi, *Musicoterapia Scientifica o Umana?*, in "Musica et terapia", 21 (2010), p. 3.

Capitolo 3 - LA MUSICOTERAPIA NEL MONDO DELLA SCIENTIFICITA'

Anticipando in parte quelle che saranno le mie conclusioni al termine di questa tesi, credo che l'esperienza musicoterapica non sia osservabile con gli strumenti privilegiati dal metodo scientifico, almeno non completamente. Spesso si tratta di esperienze uniche, non ripetibili e standardizzabili, basate su una relazione terapeuta-paziente caratterizzata più da elementi qualitativi che quantitativi.

Però credo anche che la pratica musicoterapica, sia già orientata verso tutti quegli elementi che caratterizzeranno l'ambito della terapia del prossimo futuro. La concezione olistica della persona, l'integrazione di aspetti qualitativi e quantitativi, la sua caratteristica transdisciplinare, rappresentano alcuni degli aspetti che la predispongono alla riscoperta della complessità e multidimensionalità.

Nei prossimi paragrafi descriverò quelli che a mio avviso sono alcuni punti critici nell'incontro tra la musicoterapia e il mondo della scientificità. Il discorso sui modelli, nasce da alcune domande che sono state poste nell'articolo di Postacchini e Spaccazzocchi, ad esempio: *“Sulla base di quale criterio scientifico è possibile parlare di musicoterapia creativa nel metodo Nordoff-Robbins?”*.

Dopo aver descritto brevemente cosa si intende per modello in scienza, presenterò i cinque modelli più diffusi con alcune considerazioni. I successivi tre paragrafi descriveranno tre problematiche distinte che credo rendano più complicato il riconoscimento scientifico della musicoterapia cioè la difficoltà di definizione degli stessi termini “musica” e “terapia”, la vastità degli ambiti e livelli di applicazione che possono rendere più difficoltosa una descrizione univoca della materia e paradossalmente il mancato riconoscimento della figura del musicoterapista da parte del mondo biomedico anche se l'interesse per questa professione e la sua diffusione nelle varie istituzioni crescono continuamente.

Il capitolo termina con alcune considerazioni sulla scientificità nella pratica clinica e nella ricerca in musicoterapia.

3.1 I MODELLI TEORICI E MODELLI DI MUSICOTERAPIA

Il termine teoria, deriva dal greco *theoria* che significa osservazione o contemplazione, nel linguaggio comune, indica un'idea nata in base ad una qualche ipotesi, congettura, o supposizione, rispetto alla realtà.

Nella scienza, una teoria è un insieme interconnesso di ipotesi, enunciati e proposizioni che in genere hanno lo scopo di spiegare fenomeni naturali o più in generale di formulare sistematicamente i principi di una disciplina scientifica.

Dopo la formulazione di una teoria, al fine di verificarne l'attendibilità e ottenere risultati riproducibili, viene creato un metodo. Il termine metodo, dal greco *méthodos* (inseguire, andare dietro), è l'insieme dei procedimenti messi in atto per ottenere determinati risultati.

Una volta formulata e validata la teoria e creato il metodo che permette di replicare i risultati è possibile sviluppare un modello.

Nell'uso scientifico, un modello è una rappresentazione di un oggetto o di un fenomeno, che corrisponde alla cosa modellata per il fatto di poter riprodurre alcune caratteristiche o comportamenti fondamentali. Al fine di ottenere un modello coerente, è essenziale, anche partendo da una teoria che può essere orientata dalle aspettative, che il metodo di validazione sia realizzato nella maniera più obbiettiva possibile e non influenzato dall'interpretazione soggettiva dell'osservatore.

Per quanto riguarda il mondo della musicoterapia, nel 1993 Cheryl Dileo-Maranto (docente di musicoterapia all'università di Aalborg in Danimarca), ha curato un'antologia con contributi provenienti da tutti i continenti, individuando solo negli Stati Uniti, 14 modelli ed oltre 100 tecniche differenti.

Generalmente i modelli di riferimento, riconosciuti a livello internazionale, sono i seguenti 5 presentati al IX Congresso Mondiale di Musicoterapia a Washington nel 1999: l'Immaginario Guidato e Musica sviluppato da Helen Bonny, la Musicoterapia Analitica sviluppata da Mary Priestley, la musicoterapia Creativa di Paul Nordoff e Clive Robbins, il modello di Rolando Benenzon e la musicoterapia comportamentale sviluppata tra gli altri da Clifford K. Madsen.

Vediamo ora le caratteristiche principali di questi modelli.

3.1.1 Immaginario Guidato e Musica

L'Immaginario Guidato in Musica, abbreviato in GIM, è il modello maggiormente riconosciuto nell'ambito della musicoterapia ricettiva. L'aspetto cardine in questi modelli, è l'ascolto attivo della musica da parte del paziente o gruppo di pazienti.

Hellen Lindquist Bonny, fondatrice di questo modello, formulò la seguente definizione di musicoterapia:

*“La musicoterapia si può definire come l'applicazione sistematica della musica condotta dal musicoterapista per produrre cambiamenti nella salute emotiva e/o fisica della persona. Come tale, vengono enfatizzati i suoi aspetti funzionali piuttosto che quelli estetici e di intrattenimento”.*⁵⁶

Nel GIM in particolare, la musica funge da vettore sul quale il terapeuta guida gli utenti in un'indagine della propria coscienza.

Si tratta quindi di una psicoterapia musicale nella quale della musica classica viene specificamente programmata dal terapeuta e usata per generare lo svolgersi dinamico delle esperienze interiori. Il paziente nel viaggio musicale ha la possibilità di sperimentare aspetti della propria vita come immaginario; le immagini sono considerate metafore dei problemi e delle credenze del paziente e quindi l'Immaginario Guidato, rappresenta l'opportunità di rivivere e riorganizzare in maniera simbolica esperienze ed emozioni del passato.

Una classica seduta GIM è costituita di quattro fasi: preludio, induzione, viaggio musicale e postludio.

Il preludio dura normalmente dai 15 ai 20 minuti ed ha come punto di partenza i vissuti problematici consapevoli del paziente. Il terapeuta durante il preludio, cercherà di portare l'attenzione del paziente dal mondo esterno a quello interno con il fine di individuare quello che diventerà il tema cardine della seduta.

La seconda fase, detta anche di *induzione, rilassamento e focalizzazione*, dura dai 2 ai 7 minuti durante i quali il terapeuta sulla base dell'elemento individuato nella fase precedente (es.nostalgia per la mancanza di una persona), può

⁵⁶ K.E. Bruscia, *Definire la musicoterapia (1988)*, Ismez, Roma 1993, p.130.

guidare il paziente in diversi modi, come focalizzare l'attenzione su qualche aspetto particolare della propria esperienza (es. tensioni corporee durante la narrazione) oppure proporre una metafora adatta alla situazione riportata dal paziente.

La terza parte della seduta è il vero e proprio *viaggio musicale*. In questa fase, meno direttiva rispetto alle due precedenti, è il paziente che sulla base dello stimolo musicale, intraprende seguito passo passo dal terapeuta, un viaggio fatto di immagini, sensazioni, ricordi ed emozioni. Ogni paziente ha il proprio "stile" di viaggio che di norma dura dai 30 ai 50 minuti a seconda della musica scelta.

Il *Postludio* è il momento nel quale il paziente, al termine della musica, viene guidato con sicurezza allo stato di coscienza normale e viene incoraggiato a trasferire l'esperienza in un'altra modalità come creare un disegno, una scultura di argilla o scrivere una poesia. Segue un breve dialogo della durata di 10-20 minuti su quanto emerso durante la seduta.

3.1.2 La Musicoterapia Orientata Analiticamente

La Musicoterapia Orientata Analiticamente si è sviluppata a partire dalla Musicoterapia Analitica, fondata dalla violinista Mary Priestley negli anni 70. Quest'ultima dopo aver affrontato un lungo percorso di psicoanalisi personale, sviluppò una teoria specifica per abbinare la musicoterapia ai concetti psicoanalitici, anche se nella definizione del proprio modello la Priestley sottolinea che non si tratta di psicoterapia:

"La musicoterapia analitica è l'uso simbolico della musica improvvisata dal musicoterapeuta e dal cliente per esplorare la vita interiore del cliente ed offrire una spinta alla crescita. Non è una lezione di musica, né psicoanalisi, o una terapia magica che mette il terapeuta o il paziente in condizione di superare tutti i problemi; è piuttosto una forma di trattamento come qualsiasi altra con i propri limiti e controindicazioni".⁵⁷

⁵⁷ Ibidem.

In particolar modo, trasferì i concetti di *transfer* e *controtransfer* all'interno di sedute improvvisative di musicoterapia nelle quali i pazienti sono coinvolti attivamente nella produzione musicale.

Nel corso degli anni il metodo della Priestley è stato integrato con conoscenze provenienti dalla teoria della comunicazione, dalla psicologia evolutiva e dalle teorie psicosociali sullo sviluppo della personalità, dando vita all'attuale Musicoterapia Orientata Analiticamente.

Con questo metodo vengono condotti sia incontri individuali che di gruppo; mentre nel primo caso è prevista la sola presenza del terapeuta e del paziente, agli incontri di gruppo, generalmente, partecipa anche un co-terapeuta.

Solitamente la prima parte dell'incontro si svolge verbalmente con il musicoterapeuta e il paziente che dialogano al fine di determinare il tema della seduta. Il tema ovviamente sarà significativo per i vissuti psicologici del paziente e verrà esplorato in maniera non verbale attraverso l'improvvisazione musicale.

In questa fase il terapeuta può porsi in diverse modalità rispetto all'improvvisazione del paziente, può fungere da contenimento, da sostegno, da stimolo proponendo ritmi e melodie oppure semplicemente da ascoltatore.

Spesso accade che terapeuta e paziente durante l'improvvisazione entrino in uno stato di coscienza leggermente alterato, questa situazione può aiutare a creare nuove idee musicali ma anche nuovi spunti e intuizioni sul problema oggetto dell'incontro.

Dopo l'esecuzione musicale, segue la verbalizzazione di quanto è emerso in forma non verbale, come: fantasie, emozioni, sogni, ricordi o esperienze corporee. Successivamente viene effettuata un'ultima improvvisazione con lo scopo di fissare e assimilare i contenuti emersi.

3.1.3 Musicoterapia creativa – Il modello Nordorff e Robbins

Paul Nordorff, pianista e compositore americano, collaborò dal 1959 al 1966 con Clive Robbins, un insegnante di sostegno. Nei loro 16 anni di collaborazione, svilupparono un approccio basato sull'improvvisazione musicale

chiamato “Musicoterapia Creativa” o “Metodo Nordorff - Robbins”, che si rivolgeva soprattutto a bambini con varie disabilità e problemi.

Nello sviluppare il loro metodo, Nordorf e Robbins furono influenzati inizialmente dalle idee di Rudolf Steiner e dal movimento dell'*antroposofia*⁵⁸, concependo l'idea che all'interno di ogni essere umano esiste una rispondenza innata alla musica e che quindi è possibile anche nei casi più gravi raggiungere e stimolare il lato musicale della persona. Più tardi, si avvicinarono all'ambito della psicologia umanista di Abraham Maslow, includendo nel proprio schema di lavoro concetti come: l'autorealizzazione, le esperienze culminanti e lo sviluppo di speciali proprietà creative.

In questo modello di musicoterapia, quando possibile, è prevista la presenza di una coppia di terapeuti, nel quale un terapeuta facilita le risposte e il coinvolgimento del bambino in relazione alla musica improvvisata (principalmente al pianoforte) dall'altro.

E' di primaria importanza dunque, che almeno uno dei due componenti della coppia terapeutica, sia dotato di grande abilità improvvisativa, oltre che della sensibilità necessaria a relazionarsi musicalmente con i pazienti.

Per quanto riguarda lo strumentario, nella terapia individuale viene offerta ai pazienti una scelta limitata di strumenti per la produzione musicale, soprattutto il piatto e il tamburo, con un forte incoraggiamento all'uso della voce; nel lavoro di gruppo invece sono utilizzate anche percussioni intonate e vari strumenti a fiato e a corda.

Generalmente, la seduta inizia accogliendo i bambini che vengono accompagnati nella stanza della musicoterapia con una canzone di benvenuto suonata al pianoforte; successivamente, la musica sotto forma di

58 L'antroposofia è definita dai suoi sostenitori come un percorso spirituale e filosofico, basato sugli insegnamenti di Rudolf Steiner.

La parola antroposofia deriva dalle radici greche *ànthropos* (uomo) e *sophìa* (conoscenza). Il termine fu usato per la prima volta dal filosofo Robert Zimmermann in un'opera intitolata, appunto, *Antroposofia*; Rudolf Steiner riprese questo termine per dare un nome al percorso di studio spirituale da lui proposto.

L'antroposofia postula l'esistenza di un mondo spirituale, intellettualmente comprensibile e accessibile ad una esperienza diretta per mezzo di crescita e sviluppo interiore. Essa si propone l'investigazione e descrizione di questi fenomeni spirituali per mezzo dell'espansione del metodo scientifico a oggetti non immediatamente sensibili.

improvvisazione clinica è usata durante tutto l'incontro per stabilire una relazione con il paziente, per fornire un mezzo di comunicazione e di espressione del Sé e per facilitare il cambiamento e la realizzazione di potenzialità. Al termine dell'incontro, una canzone di saluto accompagna i bambini mentre escono dalla stanza.

L'abilità dei terapeuti consiste nel fornire un contesto musicale appropriato alle espressioni del paziente, riflettendo e rispecchiando le sue produzioni strumentali e vocali ma anche le espressioni corporee.

Generalmente la valutazione dell'esito delle singole sedute e i progressi nel tempo, viene fatta sulla base di una serie di scale orientate sulla comunicatività musicale e la relazione bambino-terapista.

3.1.4 La musicoterapia di Benenzon

Rolando O. Benenzon, cominciò ad elaborare il suo modello di musicoterapia dalla fine degli anni '60; questa ricerca continua tutt'oggi, attraverso applicazioni cliniche, formazione e supervisione di musicoterapisti in diversi paesi d' Europa e D'America.

In oltre 40 anni di sviluppo, Benenzon ha cambiato più volte la definizione del proprio modello, quella che attualmente viene utilizzata è la seguente:

*“La musicoterapia è una psicoterapia non verbale che utilizza le espressioni corpo-sonore non verbali per sviluppare un legame relazionale tra il musicoterapeuta ed altre persone che necessitano di un aiuto per migliorare la qualità della vita, riabilitarla e recuperarla per la società; così come produrre scambi socio-culturali-educativi nell'ecosistema e attuare la prevenzione primaria della salute comune”.*⁵⁹

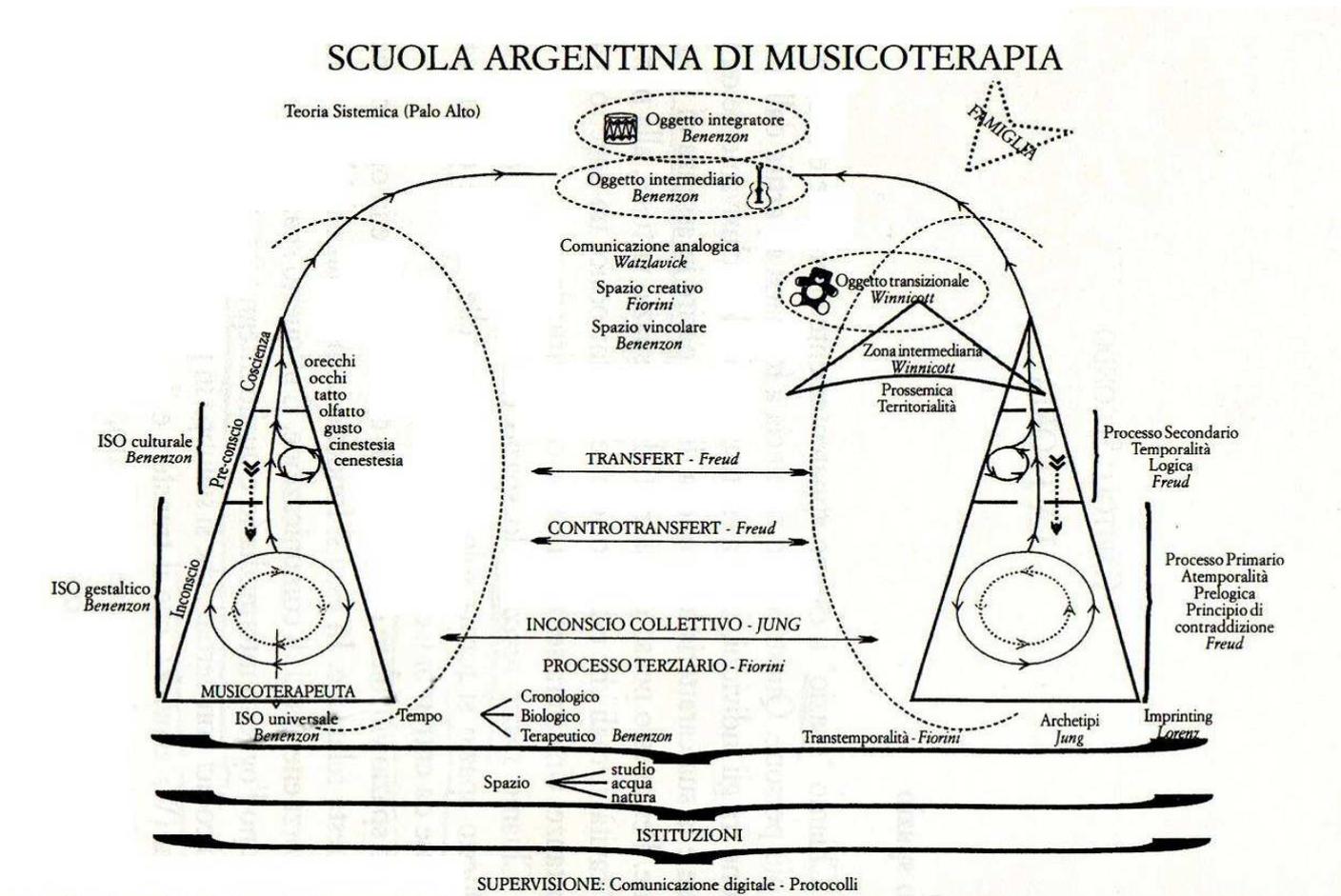
é importante notare come in questa definizione, non compaia la parola *paziente* ma piuttosto: *persona che necessita di aiuto*, ad indicare che l'utente di questo percorso di musicoterapia non deve essere necessariamente “malato” ma può essere una qualsiasi persona che mira a migliorare la qualità della propria vita

59 T.Wigram, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione* (2003), Ismez, Roma 2009.

ad esempio approfondendo la conoscenza di se stessa. Dalla seconda parte della definizione si evince l'importanza che viene attribuita al contesto sociale, nel quale la musicoterapia può diventare utile nella prevenzione primaria promuovendo scambi socio-culturali ed educativi.

Il modello oltre che presentare concetti nuovi come quello di ISO, integra diverse teorie mutuata dalla psicoanalisi e psicoterapia, di autori come S.Freud, C.G.Jung, D.W.Winnicott, dagli studi approfonditi sulla musica e l'oggetto sonoro di P. Schaeffer, C. Sachs, M. Shaffer e dai principi fondamentali dell'educazione musicale di H. Willem, J. Dalcrose, Z. Kodaly, C. Orff, M. Martenot e altri ancora.

Al fine di riassumere i concetti fondamentali del metodo, si riporta uno schema tratto dal libro di R.Benzenon, "La nuova musicoterapia"⁶⁰.



60 Rolando O. Benenzon, *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma 2002, p.50.

Descrivendo le dinamiche del rapporto musicoterapista-paziente, nonché i processi interni, lo schema è molto complesso, oltre alle teorie precedentemente elencate, troviamo alcuni concetti caratteristici del metodo, in particolar modo: “ISO”, “*oggetto integratore*” e “*oggetto intermediario*”.

ISO sta per Identità Sonora e rappresenta l'insieme delle energie sonore, di movimento e acustiche, che appartengono ad un individuo e lo caratterizzano. Questo flusso interno di energie è costituito da più strati: “ISO universale”, “ISO gestaltico” e “ISO culturale”.

Il primo include le energie sonore di base, ereditate da millenni e millenni, come il suono del battito cardiaco, del movimento dell'acqua (liquido amniotico), i suoni dell'inspirazione ed espirazione e nell'uomo occidentale, anche la scala pentatonica, con i suoi intervalli di seconda e di terza, la tonica, la dominante, l'accordo perfetto, l'ostinato, il canone e il silenzio. L'ISO *gestaltico* è costituito dalle energie sonore che si producono a partire dal concepimento, come il ritmo binario del cuore, movimento del liquido amniotico, ma anche le voci dei genitori e le ninnananne. Come si può vedere, alcuni elementi fanno parte sia dell'ISO universale sia di quello gestaltico, infatti, quest'ultimo ha il potere di modificare il precedente.

Successivamente alla nascita, il bambino comincia ad essere esposto agli stimoli sonori dell'ambiente che lo circonda e di conseguenza inizierà la formazione un ISO culturale.

Secondo Benenzon, da un punto di vista psicodinamico, le Identità Sonore universali e gestaltiche si situano a un livello inconscio e sono soggette ai principi che Freud ha identificato come “*Processo primario*”, caratterizzato da atemporalità e assenza di criteri logici. L'ISO culturale invece, come visibile nello schema precedente si colloca a livello del preconscious dove è soggetto alla temporalità e alla logica tipiche del “*Processo secondario*”.

Oltre a queste tre principali Identità Sonore, che caratterizzano l'individuo, ve ne sono delle altre che si sviluppano in particolari momenti dell'esperienza, come nell'interazione con l'altro o con l'ambiente: “ISO ambientale”, “ISO complementario”, “ISO in interazione”.

La produzione sonora di una persona, in ambito musicoterapico, conterrà implicitamente tutti gli ISO menzionati in precedenza, che dovranno essere scoperti e presi in considerazione dal terapeuta al fine di stabilire una profonda relazione sonoro-musicale.

Oltre al principio di ISO, nel modello Benenzon, assumono fondamentale importanza al fine di favorire la comunicazione non verbale, i concetti di “*Oggetto Intermediario*” e “*Oggetto Integratore*”.

Questi elementi nella pratica sono tipicamente degli strumenti musicali ma potrebbero essere anche oggetti di uso comune introdotti nel setting ed hanno il compito di favorire lo scambio di informazioni sonoro-musicali tra paziente e terapeuta. Si tratta appunto di oggetti permettono di instaurare un particolare legame sul piano non verbale mediando tra i diversi ISO dei partecipanti alla seduta. L'oggetto intermediario, nel momento in cui svolge la sua funzione tra più persone viene chiamato oggetto Integratore.

In questo modello viene data molta importanza alla compilazione di protocolli nei quali il musicoterapista registra sia gli andamenti della seduta che i propri vissuti, al fine di documentare l'evolversi degli incontri ma anche per permettere la condivisione dell'esperienza durante una fase importante dell'attività musicoterapica e cioè la *supervisione* da parte di persone competenti non coinvolte nella relazione.

Generalmente una seduta secondo il modello Benenzon, si svolge attraverso le seguenti fasi: osservazione del paziente in una posizione di ricettività ed ascolto, presentazione di una consegna che potrà essere verbale, esempio: «Prendiamo uno strumento e improvvisiamo liberamente» o non verbale, per esempio il musicoterapista, fa un gesto con la mano indicando gli strumenti, e a diversi livelli di direttività. Durante lo svolgersi dell'incontro, il terapeuta osserverà quelle che Benenzon chiama “*Associazioni corporo-sonoro-musicali*” del paziente, mettendole in relazione con i concetti di transfert e controtransfert elaborati passando dallo stato di “*osservazione attiva*” a quello di “*isolamento riflessivo-attivo*”.

Va tenuto presente che il modello viene applicato in contesti molto diversi, dalla prevenzione primaria nelle scuole, al trattamento di pazienti in coma, quindi

metodi e tecniche possono essere molto diversi a seconda degli ambiti di intervento.

3.1.5 Musicoterapia Comportamentale

La musicoterapia Comportamentale, si è sviluppata negli Stati Uniti alla fine degli anni '60, principalmente ad opera del dottor Clifford Madsen.

Essa rappresenta un buon esempio di musica in terapia, in quanto il ruolo della musica è quello di agire come stimolo e rinforzo dei comportamenti non musicali. In questo modello, infatti, l'elemento musicale può fungere da: spunto, centro per l'attenzione, struttura per il movimento o ricompensa.

Sebbene il terapeuta possa essere interessato alla produzione musicale del paziente o al suo modo di comunicare per mezzo di essa, l'attenzione della terapia e della valutazione è posta principalmente sul raggiungimento di cambiamenti nel comportamento generale del paziente.

La musica che viene utilizzata in questo modello di musicoterapia, è di diversi generi, e varia a seconda degli obiettivi terapeutici. La musica ritmica ad esempio, è utilizzata con pazienti affetti da morbo di Parkinson per raggiungere una buona andatura, canzoni popolari e inni possono essere utili con pazienti geriatrici al fine di favorire l'attenzione e la memoria oppure la musica con tempi lenti può essere adatta a favorire il movimento e la danza con pazienti anziani.

3.1.6 Riassumendo

Quando lessi le seguenti domande nell'articolo di Postacchini e Spaccazocchi, inizialmente, rimasi un po' sconcertato:

- “Quanta coerenza esiste fra l'impianto teorico e l'applicazione pratica della musicoterapia nei suoi vari settori di applicazione (neurologia, neuropsichiatria, psichiatria, età evolutiva, terza età, gravidanza, oncologia, malattia terminale, gestione del dolore, ecc.)?”

- *“In termini più specifici, tanto per indicare alcune note scuole, sulla base di quale criterio scientifico è possibile sostenere il concetto di ISO musicale benenzoniano?”*
- *“Sulla base di quale criterio scientifico è possibile parlare di musicoterapia creativa nel metodo Nordoff-Robbins?”*
- *“La musicoterapia è scientifica come prassi o diventa tale solo sulla base della formulazione di criteri applicativi che si rifanno più a teorie che, a volte, non le sono nemmeno proprie?”*

mi sembrava che in qualche modo queste domande minassero quello che avevo studiato e che stavo cercando di approfondire negli ultimi anni.

In effetti, il modello GIM ad esempio utilizza la musica come vettore attraverso il quale si sviluppa il processo terapeutico ma come descrivere scientificamente queste dinamiche? In quasi tutti i modelli presentati, la pratica improvvisativa riveste un ruolo fondamentale, ma come far rientrare in ambito scientifico queste esperienze non verbali così legate all'estemporaneità?

Dopo una lunga riflessione, sono giunto alla conclusione che quello che intendevano i due autori, era che il metodo puramente scientifico, quello cioè basato sul dato quantitativo, a discapito di quello qualitativo, semplicemente non è sufficiente a “modellare” l'esperienza musicoterapica.

Nel momento stesso in cui fanno parte del sistema da studiare, due o più persone, con le loro differenze culturali, con i loro diversi mondi interiori, continuamente soggetti a cambiamento, la pura scientificità non può da sola essere sufficiente. Come scritto in precedenza, la caratteristica fondamentale di un "metodo", è la riproducibilità dei risultati, ma com'è possibile all'interno di uno stesso sistema terapeuta-paziente riprodurre più volte lo stesso risultato-cambiamento, al fine di validare la procedura?

Galimberti nell'opera *“La casa di Psiche”* al fine di sciogliere questo nodo cruciale al quale giungono *“tutte le scienze umane quando, oggettivando l'uomo, cioè riducendolo alle sue componenti ultime e ai suoi aspetti misurabili, lo distruggono come soggetto”*, ripropone la distinzione operata da W.Dilthey tra *“scienze della natura”* e *“scienze dello spirito”* in quanto le prime hanno come

loro oggetto “*i fatti che si presentano alla coscienza dall'esterno, cioè come fenomeni singolarmente dati*”, ed hanno un'intenzione “esplicativa”, mentre nelle seconde “*i fatti si presentano dall'interno, come realtà e come una connessione vivente*” con intenzione “comprensiva”. “*Ciò condiziona la grande differenza dei metodi con cui studiamo la vita psichica, la storia e la società, da quelli con cui è stata condotta innanzi la conoscenza della natura*”.⁶¹

Al di là della questione filosofica, come è possibile rispondere alla necessità di poter valutare l'efficacia del trattamento musicoterapico e di poter condividere i risultati. In che modo quindi è possibile conservare degli elementi di scientificità nella ricerca in musicoterapia, rispettando gli aspetti qualitativi dell'esperienza? Alberto Raglio nel libro “*Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*”, propone una ricerca basata sull'evidenza attraverso lo sviluppo di adeguate procedure e strumenti osservativi al fine di “convertire” elementi qualitativi in quantitativi in modo da poter valutare l'efficacia del trattamento.

Dopo aver descritto altre tre difficoltà che la musicoterapia, a mi avviso incontra sulla strada per ottenere un riconoscimento da parte del mondo biomedico, riporterò i caratteri fondamentali di questo tipo di ricerca.

61 W. Dilthey, *Idee per una psicologia descrittiva e analitica* (1894), pp.143-144, citato da U.Galimberti, *La casa di psiche*, Feltrinelli, Milano 2005, p.295.

3.2 ALCUNI OSTACOLI DA SUPERARE

3.2.1 Problemi di definizione

Una delle prime difficoltà che si incontrano nel tentativo di guardare alla musicoterapia con gli occhi della scienza, è la complessità di definire l'oggetto della ricerca.

Cos'è la musicoterapia? Si tratta di una domanda molto complessa, K. Bruscia ha scritto un libro sulla risposta a questa domanda: *“Definire la musicoterapica. Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione”*.⁶²

L'autore comincia dalla scomposizione della parola in “musica” e “terapia”. Entrambe queste parole però, non sono di facile definizione, cominciamo con la prima, la parola musica.

Etimologicamente il termine musica deriva dall'aggettivo greco *mousikos*, cioè relativo alle Muse, figure della mitologia greca e romana, riferito in modo sottinteso a tecnica, anch'esso derivante dal greco *techne*. In origine quindi, il termine non indicava una particolare arte, bensì tutte le arti delle Muse.

Oggi, in termini molto semplici si potrebbe definire la musica come l'arte di organizzare i suoni nel tempo, ma a che punto dell'organizzazione, l'insieme dei suoni da rumore diventa musica? Perché un insieme di suoni possa essere considerato musica è necessario che sia in possesso di alcuni requisiti convenzionali per quanto riguarda: scelta dei suoni (note), strutture (scale e armonie), ritmo (organizzazione temporale dei suoni e dei silenzi), eccetera. Si tratta quindi di un elemento ha delle proprie caratteristiche fisiche (frequenze, ampiezze, durate) ma che è determinato culturalmente.

Nel libro *“Intervista sulla musica”* (di Rossana Dalmonte, editore Laterza 1981), il compositore d'avanguardia Luciano Berio, afferma che:

“Cercare di definire la musica è un po' come cercare di definire la poesia: si tratta cioè di un'operazione felicemente impossibile. La musica è tutto quello che si ascolta con l'intenzione di ascoltare musica”.

62 K.E. Bruscia, *Definire la musicoterapia* (1988), Ismez, Roma 1993.

In effetti, la definizione può variare a seconda delle intenzioni del ascoltatore, uno psicologo potrebbe orientare il proprio interesse verso le esperienze emotive del musicista o del ascoltatore, un antropologo potrebbe formulare da sua definizione in base al ruolo ricoperto dalla musica nelle varie culture, un matematico potrebbe essere più interessato alle caratteristiche fisiche del suono, il filosofo avrebbe un punto di vista ancora diverso e così via.

Definire la musica in un contesto terapeutico è ancora più complesso perché in questo caso subentrano fattori che possono rendere irrilevanti o di poca importanza i criteri estetici fissati nelle definizioni convenzionali; primo tra tutti l'esigenza di rivolgersi ai bisogni e problemi di un paziente, che raramente è un esperto di musica, ma spesso ha problemi che interferiscono con la sua capacità di sperimentarla pienamente.

In musicoterapia, la musica non viene somministrata come fosse una medicina ma frequentemente è creata e composta insieme dal terapeuta e dal paziente (o dai pazienti, nel caso di incontri di gruppo), attraverso attività come l'improvvisazione, il dialogo sonoro o la composizione di canzoni, coerentemente con gli obiettivi terapeutici.

Molte volte quindi il risultato sonoro di queste attività non è proprio "musica" ma piuttosto un insieme di suoni risultante da processi esplorativi o ludici che non sempre incontrano gli standard estetici convenzionali. Essendo considerata un mezzo e non un fine, qualsiasi produzione musicale dell'utente viene accettata dal terapeuta.

Anche definire la parola "terapia" non è compito così semplice come potrebbe sembrare.

Il termine terapia deriva dal greco *therapeia* che è traducibile come assistere, aiutare o trattare; sicuramente questi tre elementi sono fondamentali in quella che comunemente consideriamo terapia ma non costituiscono una definizione.

Assistere, aiutare, trattare e curare, sono attività comuni tra le persone, basti pensare ai genitori con i propri bambini, quindi viene spontaneo chiedersi: «Cosa fa di una persona comune un terapeuta? Sono sufficienti esperienza e capacità rispetto a determinati stati di disagio o è necessario un titolo di studio conseguito al termine di un percorso accademico?».

Fino a qualche decennio fa, in ambito sanitario le figure professionali specializzate in particolari ambiti terapeutici erano un numero molto inferiore, ad esempio negli anni '80 la figura del Logopedista non aveva ancora un profilo professionale definito. Se prendiamo in considerazione il caso di un bambino, che in quegli anni aveva qualche lieve disturbo del linguaggio e veniva seguito dall'insegnante di scuola, possiamo parlare di terapia?

E chi è colui che necessita di terapia? La risposta più comune sarebbe: «Una persona malata» ma a questo punto dovremmo addentrarci nella definizione dei concetti di “salute”, e “malattia” che come abbiamo visto nei capitoli precedenti sarebbe un quesito altrettanto complicato.

Se dunque, la definizione di musica e terapia è così problematica, la situazione non può che peggiorare nel tentativo di descrivere la “musicoterapia”.

Un punto di partenza potrebbe essere la definizione prodotta nel 1996 dalla Federazione Mondiale di Musicoterapia (WFMT):

*“La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapista specializzato con un paziente o gruppo di pazienti, in un processo volto a facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione ed altri obiettivi terapeutici rilevanti per affrontare i bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia mira a sviluppare le potenzialità e/o a ripristinare le funzioni dell'individuo in modo tale che questi possa raggiungere una migliore integrazione intrapersonale e interpersonale e, di conseguenza, una migliore qualità della vita mediante la prevenzione, la riabilitazione e il trattamento”.*⁶³

Analizzando la definizione dall'inizio, si evince innanzi tutto, che il mezzo terapeutico di questa disciplina, non è solo la *musica* ma sono anche i singoli elementi che la costituiscono, cioè il suono, il ritmo, l'armonia e la melodia. Come accennato in precedenza, soprattutto in base alle capacità espressive e

63 T. Wigram, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*, Ismez, Roma 2009. manca p.13.

cognitive degli utenti, in musicoterapia può capitare di utilizzare solo alcuni di questi aspetti o addirittura privilegiare le componenti non uditive.

Riferendosi alla musica, infatti, si pensa soprattutto al carattere uditivo di quest'ultima ma l'attività musicale comprende anche esperienze tattili, visive e cinestesiche che le conferiscono alte potenzialità terapeutiche, specie se si considera quanti handicap e menomazioni siano di natura specificatamente sensoriale o motoria.

Andando oltre nella definizione, viene messo in chiaro che l'ambito terapeutico nel quale opera il "musicoterapista specializzato" è molto vario e si interseca con varie discipline come la terapia occupazionale, la psicologia generale, la psicoterapia, l'insegnamento di sostegno, l'educazione musicale, la psicologia della musica, l'antropologia e la medicina.

Questo carattere multidisciplinare, da un lato rende la musicoterapia utile in molti ambiti d'intervento, ma dall'altro, può rendere difficile la sua circoscrizione e di conseguenza il riconoscimento di una specificità propria da parte del mondo scientifico.

3.2.2 Varietà di aree e livelli di pratica

Come accennato in precedenza, uno dei punti di forza della musicoterapia, è l'estrema varietà di ambiti, dove possono trovare applicazione le sue svariate tecniche e prassi.

Proprio a causa di questa caratteristica però, può diventare più complicato dare un'identità generale alla materia; K. Bruscia nel libro "*Definire la musicoterapia*", già citato nel precedente paragrafo, identifica, in base al particolare ambito clinico, categoria di clienti o approccio nel trattamento, le seguenti aree di pratica: educativa, istruttiva, comportamentale, psicoterapeutica, pastorale, di supervisione, medica, curativa, ricreativa, di attività, arti collegate. Inoltre, all'interno di queste aree, i musicoterapisti possono occuparsi di diversi ambiti a vari livelli di pratica.

Di seguito si riportano alcuni esempi estratti dal libro di K. Bruscia di attività in riferimento all'area educativa, comportamentale, psicoterapeutica e medica.

Area educativa

L'area educativa, comprende tutte le applicazioni di musica o musicoterapia che hanno scopi di apprendimento relativo a materie scolastiche o in merito allo sviluppo evolutivo. Alcuni esempi d'intervento in quest'area sono:

Educazione musicale speciale: nella quale tramite tecniche di adattamento o compensative si cerca di facilitare l'apprendimento della musica da parte di studenti handicappati in ambito scolastico.

Musica evolutiva: il terapeuta utilizza le esperienze musicali adatte all'età per stimolare la crescita evolutiva generale di bambini non handicappati e d'età prescolare.

Musicoterapia nell'educazione speciale: l'uso della musica per aiutare studenti handicappati ad acquisire le conoscenze e le capacità non-musicali essenziali per la loro educazione.

Area comportamentale

L'area comportamentale comprende le applicazioni di musica e musicoterapia con il fine di contribuire al cambiamento di una gran varietà di comportamenti, alcuni esempi sono:

Musica funzionale: uso della musica per influire sugli stati fisici e sui comportamenti al di fuori del contesto terapeutico, a scopi commerciali, industriali, lavorativi, educativi o familiari.

Musicoterapia comportamentale: l'uso delle esperienze musicali e dei rapporti che si sviluppano come mezzo di trattamento degli squilibri comportamentali.

Area psicoterapeutica

L'area psicoterapeutica comprende tutte le applicazioni della musica o della musicoterapia sul piano individuale o di gruppo, finalizzate alla risoluzione di problemi emotivi o interpersonali. Gli esempi comprendono:

Psicoterapia musicale di supporto: le esperienze musicali vengono utilizzate per stimolare il ristabilimento o la crescita emotiva o interpersonale, contando in gran misura sulle risorse del cliente.

Psicoterapia musicale introspettiva: le esperienze musicali e i rapporti che si instaurano tra terapeuta e paziente, vengono utilizzate per portare quest'ultimo a prendere coscienza della propria vita emotiva o interpersonale e per stimolare i cambiamenti necessari.

Area medica

L'area medica comprende tutte le applicazioni della musica e di musicoterapia finalizzate alla prevenzione, al trattamento o al ristabilimento della salute. Un esempio può essere:

Musica in medicina: l'uso della musica per influenzare stati fisici, mentali o emotivi del paziente prima, durante o dopo il trattamento medico, e per aiutare i pazienti ad adattarsi alla malattia, al trattamento e/o al ristabilimento.

Dagli esempi riportati, è evidente come alcune attività, si collegano solo in maniera marginale alla musicoterapia mentre in altri casi, quest'ultima assume maggiore rilevanza; Bruscia al fine di definire il ruolo della musicoterapia nei vari contesti, distingue quattro livelli di pratica:

- *Livello ausiliario*: tutti gli usi funzionali della musica o di uno qualsiasi di essi, per scopi non terapeutici ma afferenti.
- *Livello accrescitivo*: qualsiasi pratica nella quale la musica o la musicoterapia è usata per consolidare gli effetti di altre modalità di trattamento e per dare un contributo di supporto al piano globale di trattamento nel paziente.
- *Livello intensivo*: qualsiasi pratica nella quale la musicoterapia assume un ruolo centrale e indipendente nell'affrontare gli scopi prioritari nel piano di trattamento del paziente e, come risultato, induce cambiamenti significativi nella situazione del momento del paziente.
- *Livello primario*: qualsiasi pratica nella quale la musicoterapia assume un ruolo indispensabile e singolare nell'affrontare i bisogni terapeutici del paziente, come risultato, induce cambiamenti persistenti nella vita del paziente.

Il livello di ogni attività, viene definito ponendosi delle domande su alcuni punti fondamentali, ad esempio sugli obiettivi della musicoterapia all'interno del processo. Gli scopi delle attività sono effettivamente terapeutici? A che tipo di bisogni del cliente si rivolgono? Bisogni primari o meno? Sul ruolo della musicoterapia in riferimento alle altre discipline. La musicoterapia condivide le responsabilità in riferimento agli scopi primari con altre discipline? Si tratta della forma di intervento privilegiata nel piano terapeutico?

Un altro fattore che influenza la determinazione del livello, riguarda il ruolo della musica all'interno del trattamento musicoterapico, cioè se quest'ultima viene usata *come* terapia o *in* terapia? Il ruolo terapeutico viene affidato all'attività musicale? Il terapeuta si serve solo della musica o dell'intera gamma di esperienze e relazioni che si sviluppano?

Un ulteriore criterio di valutazione riguarda l'intensità delle attività musicoterapiche, si tratta di un processo sistematico che dura nel tempo o di sessioni occasionali e poco frequenti?

Infine, un ultimo parametro riguarda la profondità dei cambiamenti auspicati nel trattamento, i cambiamenti avvengono a livello conscio o inconscio? Fino a che punto i cambiamenti prevedono una riorganizzazione strutturale?

Sulla base di tutti questi quesiti, viene individuato il livello sul quale si collocano le attività nelle varie sfumature tra il musicale e il musicoterapico, all'interno delle undici aree indicate in precedenza.

Per concludere questa panoramica, riporto due esempi di attività tratti dal tirocinio, cercando di classificarle secondo i criteri appena individuati.

Attività n.1 (Primo tirocinio)

Paolo è un bambino di 13 anni che presenta una diagnosi di tetraplegia spastica da PCI avvenuta in epoca perinatale per parto distocico, con ritardo mentale grave.

Partecipa ormai da due anni a una seduta di musicoterapia individuale con cadenza settimanale; sembra affascinato dal mondo della musica e del suono e quindi tranne alcuni incontri, in particolar modo quelli che successivi alle crisi

epilettiche alle quali è soggetto, mantiene un buon livello di partecipazione. Nel corso degli anni la musicoterapia ha concorso al conseguimento degli diversi obiettivi che generalmente venivano concordati con la famiglia e le diverse figure che supportavano il percorso terapeutico, in particolar modo neuropsichiatra e logopedista.

Al momento dell'inizio del mio tirocinio, considerando l'interesse di Paolo per la musica, in accordo con la logopedista e sulla base delle sue indicazioni, si è cercato di lavorare su alcuni aspetti della verbalità, attraverso la scelta o la scrittura di semplici canzoni o filastrocche che permettessero di fare esercizio con questi aspetti più problematici. In particolare la modulazione dell'emissione vocale principalmente per quanto riguardava intensità, altezza e durata dei suoni e la pronuncia di alcuni fonemi che risultavano più difficoltosi per Paolo come le consonanti occlusive sorde: bilabiali /p/, dentali /t/ e velari /k/.

Per la descrizione del processo terapeutico e di alcuni incontri si rimanda ai protocolli che verranno presentati in seguito.

Cercando di classificare l'attività appena descritta secondo i criteri individuati da Bruscia, possiamo innanzitutto definire l'area di pratica che trattandosi di un intervento di supporto alla logopedia, sarà quella medica.

Per quanto riguarda il livello di pratica, ripercorrendo passo passo le domande precedentemente elencate, possiamo dire che sicuramente si tratta di un'attività terapeutica e anche che si rivolge ad un bisogno primario della persona, cioè quello comunicativo, scartando a priori il livello ausiliario.

La musicoterapia in questo caso non è la forma di trattamento privilegiata ma è di supporto alla logopedia per la particolare attrazione di Paolo verso l'elemento musicale e quindi non si tratta sicuramente di un livello primario di attività.

Dal punto di vista dell'intensità del trattamento, la frequenza settimanale non è altissima ma si tratta comunque di un percorso stabile e consolidato negli anni; mentre per quanto riguarda i cambiamenti auspicati, non si tratta di cambiamenti inconsci che prevedano una riorganizzazione strutturale come nell'area psicoterapica, che collocherebbero l'attività ad un livello più alto ma si spera comunque in un miglioramento stabile della capacità comunicative e della vocalità.

Riassumendo, anche considerando le descrizioni dei livelli di pratica, credo si possa collocare l'attività musicoterapica descritta, nell'area di pratica medica ad un livello accrescitivo.

Attività n.2 (Primo tirocinio)

Questo secondo caso riguarda Andrea, un bambino di 5 anni affetto da una forma di disturbo autistico, anche questa esperienza, come la precedente, si riferisce al primo tirocinio.

In questo caso l'equipe terapeutica era formata solamente del neuropsichiatra che aveva consigliato l'approccio musicoterapico e dalla musicoterapista.

L'obiettivo dell'intervento, soprattutto considerando la totale assenza del linguaggio verbale e la carenza di interesse e di reciprocità relazionale con gli altri, era quello di cercare di favorire l'integrazione sociale e la comunicazione non verbale attraverso l'utilizzo di dell'elemento sonoro-musicale.

La frequenza prevista per gli incontri era settimanale anche se a causa delle frequenti e intense crisi epilettiche cui era soggetto Andrea, poteva succedere che trascorressero due settimane tra una seduta e l'altra.

Non essendo ancora chiare le cause di questo tipo di disturbi, potrebbe esserci un po' di incertezza nel tentativo di definire l'area di intervento, anche se la maggior parte dei segni riconducono alla sfera comunicativa-relazionale e quindi potenzialmente all'area psicoterapica, gli studi recenti si stanno concentrando sempre più sull'aspetto organico del problema, ad esempio vi sono numerose evidenze circa il ruolo fondamentale di alcune anomalie genetiche e neurologiche in questo disturbo, quindi direi di considerare come area di intervento quella medica.

In merito al livello di pratica, anche quest'attività, come la precedente, si rivolge a un bisogno primario del paziente, cioè quello comunicativo e relazionale. In questo caso però, gli obiettivi del processo terapeutico non sono limitati a un aspetto particolare, come la vocalità, ma le speranze di miglioramento riguardano livelli più profondi che prevedono cambiamenti strutturali nel paziente. Questo tipo di attività secondo me si situa a un livello più alto rispetto

a quello accrescitivo anche se, vista la ridotta frequenza degli incontri in una patologia tanto complessa direi che non si possa andare oltre il livello intensivo.

3.2.3 Mancanza di riconoscimento della professione

Può sembrare una contraddizione ma un ulteriore impedimento verso il riconoscimento da parte del mondo biomedico, deriva proprio dalla mancanza dell'ufficializzazione della figura del musicista terapeuta.

L'utilizzo della musicoterapia nei più svariati ambiti è ormai un dato di fatto e si avverte sempre un crescente interesse verso questa disciplina ma a causa del suo mancato riconoscimento, non può trovare un'adeguata divulgazione sul piano culturale.

Dalle parole di A. Raglio⁶⁴:

*“Si crea per questo motivo un paradosso sia dal punto di vista clinico che della ricerca: da un lato si esige una scientificità che legittimi la pratica, dall'altro la scientificità potrebbe più facilmente derivare dalla legittimazione dell'applicazione”.*⁶⁵

La mancata ufficializzazione rallenta, quando addirittura non impedisce una ricerca adeguata in musicoterapia, molte volte ad esempio il musicoterapeuta non ha accesso alla cartella clinica dei pazienti oppure non riesce a partecipare in maniera “paritaria” alle riunioni delle equipe, soprattutto all'interno di istituzioni pubbliche. Capita spesso che quest'ultimo sia addirittura costretto a “inseguire” i membri dell'equipe al fine di scambiare informazioni sul processo di cura dei pazienti.

In entrambe le mie due esperienze di tirocinio, queste difficoltà si sono manifestate.

64 Alfredo Raglio è formatore, supervisore e ricercatore in ambito musicoterapeutico. Collabora con numerose scuole di formazione in musicoterapia, è docente di “Musicoterapia Applicata” al Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi e di “Metodologia della Ricerca” presso il Conservatorio “A. Casella” di L'Aquila (Biennio di Specializzazione in Musicoterapia). Svolge un'intensa attività clinica e di ricerca e ha realizzato numerose pubblicazioni scientifiche e divulgative inerenti la musicoterapia.

65 A.Raglio, *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano 2008, p.19.

Nel primo caso, come descritto in precedenza, i bambini seguivano sia il percorso terapeutico previsto dal SSN che un percorso integrativo sostenuto dall'Associazione. In questa situazione la musicoterapista, con una dose enorme di buona volontà, riusciva a interfacciarsi con gli altri professionisti che collaboravano con l'associazione, anche se la maggior parte delle volte questo non avveniva durante incontri dedicati. Le cose però si complicavano quanto tentava di contattare i professionisti del SSN in particolare il neuropsichiatra e in quel caso molte volte erano i genitori a fare da interfaccia.

Nel secondo tirocinio l'attività musicoterapica si svolgeva all'interno di un istituzione pubblica ma anche in questo caso vi erano notevoli difficoltà nella condivisione delle informazioni tra le varie figure. In primo luogo il musicoterapista pur occupandosi in diversi centri di musicoterapia, risultava in pianta organica un educatore professionale e in secondo luogo, permaneva la difficoltà di mantenere uno scambio di informazioni continuo con le alcune figure di riferimento, specie con il neuropsichiatra mentre con fisioterapista, educatori e direzione del centro era possibile interagire con facilità.

Come vedremo nel prossimo paragrafo, avere la possibilità di lavorare in equipe rapportandosi con facilità con tutti i professionisti che collaborano al processo terapeutico sarebbe di fondamentale importanza al fine di poter condurre sia una pratica clinica che una ricerca efficaci.

3.3 ASPETTI QUALITATIVI E QUANTITATIVI NELLA RICERCA

Il metodo scientifico, ormai è stato scritto molte volte, predilige l'approccio quantitativo all'esperienza, in un rapporto lineare causa-effetto che consente una descrizione numerica dei fenomeni. Si preoccupa dell'oggettività, generalizzabilità e riproducibilità degli eventi, slegando il più possibile i risultati dalla presenza del ricercatore.

L'approccio qualitativo, invece, non si concentra sull'oggettività dell'esperienza ma al contrario, si basa sulla comprensione della complessità e sull'approfondimento dei singoli fenomeni. Si tratta di un atteggiamento meno orientato ai risultati e più focalizzato sui processi.

Mentre il procedimento metodologico del modello quantitativo, solitamente si definisce prima dell'esperienza, nell'approccio qualitativo, più legato all'estemporaneità, il processo di ridefinisce principalmente in itinere.

E' possibile l'integrazione di queste due metodologie in modo da preservare dei criteri di scientificità senza sacrificare la caratteristica qualitativa dell'esperienza musicoterapica?

Dal punto di vista di A. Raglio, alcuni elementi che contraddistinguono la relazione sonoro-musicale e il non verbale dell'esperienza musicoterapica, possono essere rilevati, attraverso l'osservazione di eventi/comportamenti e successivamente possono essere quantificati. *“I dati quantitativi così ottenuti non costituiscono elementi sulla base dei quali formulare affermazioni dogmatiche e categoriche, bensì forniscono ulteriori stimoli di indagine e possono in alcuni casi , avvalorare scientificamente le intuizioni e le osservazioni emerse dalla ricerca. Questo non compromette l'obiettivo fondamentale di salvaguardare l'unicità e irripetibilità della relazione pur mantenendo alcune costanti metodologiche che rendono sovrapponibili gli interventi, consentendo di pervenire a una logica quantitativa”*.⁶⁶

Va detto che non vi è una distinzione netta tra i due metodi, tanto che secondo T.Wigram la separazione tra approcci qualitativi e quantitativi è frutto di distinzioni artificiali e inappropriate, infatti *“sia la ricerca qualitativa sia quella quantitativa comportano spesso l'osservazione, l'analisi, la valutazione e l'interpretazione del comportamento umano e ambedue gli approcci si interessano al modo in cui la musicoterapia funziona come trattamento. La cosa più importante è che i due trattamenti richiedono rigore ed hanno regole e metodi che hanno bisogno di essere compresi e usati in maniera appropriata”*.⁶⁷

Per scrittura di questo paragrafo ho preso spunto in particolare dalla *“Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica ricerca e formazione”* di Tony Wigram e dal libro *“Musicoterapia e scientificità: dalla ricerca alla clinica”*, di Alfredo Raglio.

⁶⁶ *Ivi*, p.32.

⁶⁷ T.Wigram, I.N.Pedersen, L.O. Bonde, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*. Ismez, Roma 2009, p. 206.

I due autori descrivono varie possibilità di ricerca in ambito musicoterapico ma sembrano prediligere approcci diversi.

Raglio propone di attuare un tipo di ricerca in musicoterapia che si avvicini più possibile ai requisiti di scientificità richiesti dalla Evidence Base Medicine (EBM). Questi studi sono caratterizzati dalla verifica dei risultati, effettuata mettendo a confronto due gruppi di pazienti, nei quali il primo segue il trattamento musicoterapico mentre il secondo o gruppo di controllo, può seguire a seconda della ricerca: un altro tipo di trattamento, l'assenza di trattamenti specifici o un trattamento placebo.

Ovviamente vanno tenute in considerazione le specificità della musicoterapia; lo stesso autore afferma che *“l'approccio basato sull'evidenza scientifica presenta alcuni limiti e non sempre si adatta alla musicoterapia che, essendo costituita prevalentemente da aspetti sonoro-musicali e non verbali contestualizzabili in un ambito relazionale, si colloca a pieno titolo nel “paradigma della complessità”. Tale paradigma richiede un approccio olistico ed è caratterizzato da aspetti di discontinuità, non linearità e aleatorietà, in una prospettiva anti-riduzionistica”*.⁶⁸

Nell'opera di Wigram, viene descritto questo metodo di ricerca ma si sottolinea che : *“l'uso dei gruppi di controllo può far sorgere, nel setting clinico molti interrogativi che riguardano questa pratica. In primo luogo è molto difficile abbinare i gruppi al fine di stabilire un gruppo di controllo nel quale i dati sarebbero paragonabili e, in molti ambienti clinici, il numero dei soggetti che ha la stessa diagnosi è abbastanza limitato”*.⁶⁹

Sembra venire privilegiata la ricerca basata sul singolo paziente utilizzando ed esempio, “l'analisi applicata al comportamento”, individuando dei specifici eventi-comportamenti presenti nel paziente, la cui variabilità può costituire un indice dell'andamento del trattamento musicoterapico. Questo tipo di ricerca analizza nello specifico un soggetto o un gruppo evitando di generalizzare e considerare la risposta media dei pazienti.

68 A.Raglio, *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano 2008, p. 37.

69 T.Wigram, I.N.Pedersen, L.O. Bonde, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*. Ismez, Roma 2009, p. 207.

Secondo Wigram, i musicoterapisti in generale ricevono una formazione limitata per quanto riguarda i metodi di ricerca, rispetto ad esempio agli psicologi clinici.

Analizzando gli articoli pubblicati sulle più famose riviste di musicoterapia a livello mondiale come il “Journal of Music Therapy” o il Journal of British Music Therapy”, emerge che quelli riguardanti la pratica clinica, sono molto più numerosi di quelli basati sulla ricerca e tra questi, solo pochissimi riportano studi controllati e randomizzati.

Indipendentemente da metodo utilizzato, la ricerca in musicoterapia si orienta parallelamente sui seguenti tre punti:

- Verifica della congruenza tra modelli teorici e prassi applicativa;
- Osservazione e valutazione del processo terapeutico;
- Valutazione dell'efficacia degli interventi.

Per quanto riguarda il primo punto, la definizione di un modello teorico di riferimento, il più possibile coerente con le prassi e tecniche che contraddistinguono il trattamento, rappresenta un punto fondamentale della ricerca in quanto può consentire una valutazione più corretta del processo terapeutico.

Per fare questo è essenziale mettere a punto procedure e strumenti osservativi come protocolli e griglie di osservazione che permettano di analizzare l'interazione musicoterapeuta-paziente e la comunicazione non verbale e sonoro-musicale all'interno del setting convertendo gli aspetti puramente qualitativi in dati quantitativi.

L'obiettivo del terzo punto invece è quello di individuare degli strumenti che consentano di poter ricondurre gli esiti di un ciclo di trattamenti in maniera più univoca possibile al percorso musicoterapico, dimostrandone l'efficacia.

Le fasi di un corretto percorso di ricerca, dovrebbero essere le seguenti:

- a) individuazione del problema e formulazione delle ipotesi;
- b) pianificazione del disegno di ricerca;

- c) realizzazione dell'intervento terapeutico;
- d) osservazione e valutazione;
- e) raccolta ed elaborazione dei dati;
- f) interpretazione dei dati;
- g) comunicazione dei risultati.

L'individuazione di un'ipotesi di ricerca, generalmente comincia da studi già realizzati, puntando a confermare o approfondire i dati esistenti. Successivamente, sarà importante definire l'approccio musicoterapico che contraddistinguerà la ricerca e che dovrà essere condiviso da tutti i partecipanti all'esperienza terapeutica.

Una volta definiti gli obiettivi e l'orientamento della ricerca, comincia la sua pianificazione, individuando le modalità con le quali si realizzerà il progetto. Questa fase riguarda molti aspetti, tra i quali:

- L'individuazione del campione di pazienti, che dovrà essere clinicamente omogeneo e numericamente significativo in modo da poter creare un gruppo che seguirà il trattamento musicoterapico ed un gruppo di controllo che seguirà un trattamento standard dove non è previsto l'utilizzo della musicoterapia (nel caso di una ricerca basata su gruppi controllati o randomizzati).
- Definizione della periodicità e durata degli incontri.
- Strutturazione del setting: individuazione del locale adeguato, determinazione dei materiali e dello strumentario che verrà utilizzato, eccetera.
- Definizione delle modalità di osservazione degli incontri: individuazione degli osservatori, determinazione degli strumenti osservativi come protocolli e griglie (preferibilmente di comprovata attendibilità) e degli strumenti di registrazione audio-video.
- Definizione delle modalità di valutazione dei risultati previsti: somministrazione in cieco, delle scale cliniche di valutazione individuate per la rilevazione dei cambiamenti previsti.

- Raccolta dei dati in un apposito database.
- Elaborazione statistica dei dati.
- Analisi e interpretazione dei dati statistici ottenuti.
- Comunicazione dei risultati sotto forma di articolo scientifico.

Al fine di condurre la ricerca in maniera più oggettiva possibile, è consigliabile secondo Raglio separare il processo terapeutico dall'analisi dello stesso. Per fare questo è necessario costituire un'equipe musicoterapica che si integri con l'equipe multiprofessionale prevedendo la presenza di:

- un musicoterapista che assume il ruolo di ricercatore e supervisore;
- terapisti che effettuano i trattamenti nelle modalità previste;
- osservatori adeguatamente preparati;
- clinici che si occupino della selezione dei pazienti coinvolti nello studio;
- valutatori che somministrino le scale di valutazione individuate;
- una persona adeguatamente preparata che partecipi alla fase progettuale ed elabori statisticamente i dati raccolti.

Un aspetto centrale dell'applicazione di questa metodologia di matrice osservativa, riguarda la rilevazione dei dati e alla conversione di aspetti qualitativi in aspetti quantitativi.

R. Benenzon trattando dell'osservazione nella ricerca, sottolinea i seguenti punti fondamentali:

- *“Non esiste un osservatore obiettivo e distaccato. Il ricercatore è sempre parziale e coinvolto.*
- *La presenza del ricercatore e dei suoi strumenti turba il fenomeno in una misura imprevedibile⁷⁰.*
- *Non c'è niente che possa essere considerato un fenomeno in se stesso: l'interazione tra ricercatore e fenomeno è inevitabile.*

⁷⁰ Durante il tirocinio con Paolo ho avuto prova di quanto l'osservatore interferisca nel setting, vedi i primi protocolli allegati.

- *Questo nesso fra ricercatore e fenomeno determina una nuova situazione, nella quale appaiono fenomeni che sono il prodotto di entrambi e nei quali è impossibile distinguere tra ciò che appartiene o dipende dal ricercatore da ciò che appartiene o dipende dal fenomeno*".⁷¹

Trattandosi principalmente di aspetti non verbali e sonoro-musicali che livello di obiettività possono avere le rilevazioni degli osservatori?

Diventa necessario confrontare i dati rilevati da almeno due osservatori indipendenti, utilizzando un metodo che permetta di valutare la componente quantitativa degli eventi/comportamenti qualitativi individuati come indici del processo terapeutico.

Sarà fondamentale la scelta di protocolli osservativi adeguati al tipo di ricerca, alcuni esempi possono essere i protocolli di matrice psicodinamica proposti da Benenzon, l'IAP di Bruscia (Improvisation Assessment Profile) e la MIR (Music Improvisation Rating) della Pavlicevic.

E' importante che la raccolta dei dati avvenga per un periodo sufficientemente lungo da ottenere un campionamento attendibile dei comportamenti analizzati. Successivamente questi dati dovranno essere confrontati al fine di ottenere un dato statistico.

Riassumendo quanto detto finora, senza aggiungere ulteriori considerazioni sull'adeguatezza del metodo scientifico nell'analisi dell'esperienza umana, sembra che una ricerca in musicoterapia che conservi degli elementi di scientificità, sia possibile anche se vanno tenute in considerazione tutte le difficoltà che si possono incontrare nel tentativo di strutturare una ricerca come quella appena descritta.

Nel prossimo capitolo presenterò alcune esperienze del mio tirocinio, rileggendole alla luce di quanto detto finora.

71 R.O. Benenzon, *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma 2002.

4.5 CONCLUSIONI

In questa tesi, ho descritto il mio percorso di ricerca del confine tra umanistico e scientifico, cominciato da alcune riflessioni nate durante la seconda esperienza di tirocinio.

Questo percorso non mi ha portato ad una destinazione precisa ma lungo la strada ho imparato molte cose e mi si sono chiariti molti concetti.

Ho capito che il paradigma scientifico, nato nell'era moderna, che tutt'ora influenza pesantemente l'ambito della terapia, non è sufficiente a descrivere l'unicità dei tanti eventi che accadono durante l'esperienza musicoterapica. D'altro canto, anche in un ambito così legato all'estemporaneità, permane la necessità di formulare delle basi teoriche che supportino la pratica e le evidenze. Non credo sia sufficiente identificare la musicoterapia unicamente con le prassi che si adottano durante gli interventi, per quanto possano essere consolidate nel tempo. Proprio perché queste prassi sono valide e consolidate, devono essere basate su qualcosa di concreto, la cui ricerca, determina e giustifica la creazione dei modelli di riferimento. Lo sviluppo di questi modelli è importante anche per poter organizzare percorsi di studi coerenti, al fine di garantire una certa preparazione alla figura professionale del musicoterapista, in vista di quel riconoscimento da parte del mondo biomedico che viene inseguito da anni.

Io credo, che sia in atto quella che Kuhn definirebbe una "rivoluzione scientifica", verso un paradigma, che integrerà l'attuale modello scientifico con degli strumenti in grado di "considerare" la soggettività e unicità dell'esperienza umana. Un nuovo paradigma capace di descrivere la "complessità" in una "visione sistemica" e non riduzionista, nel quale la musicoterapia, s'inserirà a mio avviso senza problemi, in quanto già orientata ad una concezione olistica della persona, in un'ottica multidisciplinare che integra aspetti quantitativi e qualitativi.

Probabilmente non si tratterà di un passaggio immediato, durante il tirocinio ho avuto modo di scontrarmi sia con la scarsa informazione della gente sulla musicoterapia, che almeno nella mia città è vista ancora con un po' di

diffidenza, sia con la difficoltà di mettere in atto quell'integrazione multidisciplinare appena citata. Il lavoro in equipe inteso come l'interazione e collaborazione di professionisti con competenze diverse al fine di strutturare un percorso terapeutico ad "ampio spettro", si scontra con delle difficoltà pratiche, generalmente con problemi di tempo o economici. Un'ora di incontro sulla valutazione dei casi, che veda ad esempio la compresenza di tre o quattro figure sanitarie diverse, può essere troppo onerosa per un'istituzione, soprattutto in questo periodo di crisi, d'altro canto, vista l'importanza di questi momenti di collaborazione, non sarebbe auspicabile che si basassero sulla buona volontà delle persone, a mettere a disposizione il proprio tempo. Purtroppo la mancanza di un riconoscimento della figura del musicoterapista da parte del mondo biomedico rende più difficoltosa sia la pratica clinica che la ricerca, ostacolando la diffusione culturale di questa disciplina.

Personalmente da queste esperienze di tirocinio, dai due musicoterapisti, dai sedici ragazzi che ho conosciuto con le loro famiglie, ho imparato che le teorie e i modelli, sono degli strumenti fondamentali al servizio di una "persona", il musicoterapista, che all'interno del setting vive delle esperienze irripetibili, condivise con delle persone "uniche". Si rende quindi necessario per un musicoterapista, approfondire da un lato le conoscenze teoriche e dall'altro la conoscenza e la consapevolezza di se stesso, attraverso la pratica e l'esperienza. Questo percorso, mi ha dato la possibilità di crescere come persona, di vedere molti dei miei limiti e di capire quanto lavoro devo ancora fare, prima di tutto su me stesso. Da questo punto di vista, sarebbe forse più corretto, non cercare il confine ma la continuità e l'integrazione tra umanistico e scientifico.

BIBLIOGRAFIA

- Rolando O. Benenzon, *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma 2002.
- G. Bonardi, *Dall'ascolto alla musicoterapia*, Progetti sonori, Mercatello sul Metauro 2007.
- M. Borghesi, M. Mancini, M. L. Bellopede, M. Olivieri, *Musicoterapia ad indirizzo fenomenologico*, Progetti Sonori, Mercatello sul Metauro 2006.
- E. Borgna, *Arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano 2001.
- K.E. Bruscia, *Definire la musicoterapia*, Ismez, Roma 1993.
- P.A. Caneva, *Songwriting*, Armando Editore, Roma 2007.
- F. Capra, *Il punto di svolta. Scienza società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano 2012.
- M. Combi, *Corpo e tecnologie*, Meltemi, Roma 2000.
- M. Combi, *Il grido e la carezza*, Sellerio, Palermo 1988.
- J. Ellul, *Il sistema tecnico, la gabbia delle società contemporanee*, Jaca Book, Milano 2009, p.308.
- U. Galimberti, *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano 2009.
- U. Galimberti, *Il tramonto dell'Occidente*, Feltrinelli, Milano 2006
- U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2010, p.11.
- L. Geymonat, *Galileo Galilei*, Einaudi, Torino 1962.
- A. Gehlen, *L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo*, Feltrinelli, Milano 1983.
- E. Giusti, *L'accoglienza, i primi momenti di una relazione psicoterapeutica*, Sovera, Roma 2005.
- E. Hillman Boxill, *La musicoterapia per bambini disabili*, Omega, Torino 1991.
- T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1978.
- *La Bibbia*, Elle Di Ci Leumann, Torino 1999.
- E. Lecourt, *La musicoterapia*, Cittadella, Assisi 1999.
- K. R. Popper, *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna, 1972.

- E.Morin, *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- G. Pizza, *Antropologia medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci Editore, Roma 2011.
- P.L. Postacchini, A. Ricciotti, M. Borghesi, *Lineamenti di musicoterapia, Nis, Urbino 1997.*
- T.Wigram, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*, Ismez, Roma 2009.
- A.Raglio, *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*, Franco Angeli, Milano 2008, p.19.
- O. Sacks, *Musicofilia*, Adelphi, Milano 2009.
- M. Scardovelli, *Musica e trasformazione*, Borla, Roma 1999.
- M. Spaccazocchi, *Suono, segno, gioco*, Suvini Zerboni Milano, Milano 1980.
- D. Stern, *Diario di un bambino*, Mondadori, Milano 2009.
- P. Watzlawick, J. H. Beavin, D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 2008.
- D.D. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 2002.
- D. Zucchello, *Cosmo e natura nella filosofia greca arcaica*, Colonna, Milano 2000.

Articoli:

- P.L.Postacchini, M. Spaccazzocchi, *Musicoterapia Scientifica o Umana?*, in "Musica et terapia", 21 (2010).
- A.Raglio, *La musicoterapia presso la fondazione sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni*, in "Musica et terapia", 23 (2011).