

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
INTERFACOLTA' IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

DISSERTAZIONE FINALE

Musica, autismo e neuroni specchio

Relatore:

Dott.ssa Giovanna Ramaglia

Candidato:

Alfonso Cappa

matr. N° 241223

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
INTERFACOLTA' IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

DISSERTAZIONE FINALE

Alfonso Cappa

Anno Accademico 2005/06

Signora, dove c'è musica non ci può essere cosa cattiva

Sancho Panza, in Don Chisciotte della Mancia di Miguel Cervantes

INDICE

INTRODUZIONE	7
CAPITOLO PRIMO	11
MUSICA E TERAPIA	11
1. 1. Aspetti generali della musicoterapia	11
<i>1.1.1 Cenni storici</i>	11

<i>1.1.2 La formazione: uno sguardo alla situazione italiana</i>	16
1.2. I modelli di musicoterapia	17
<i>1.2.1 Immaginazione Guidata di H. Bonny</i>	18
<i>1.2.2 Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins</i>	19
<i>1.2.3. Il modello Benenzon</i>	20
<i>1.2.4. Il modello di Alvin</i>	22
<i>1.2.5 Il modello Orff</i>	23
<i>1.2.6 La scuola di musicoterapia di Assisi</i>	25
1.3 Alcuni concetti psicologici fondamentali	28
1.4. Aspetti tecnico/operativi	34
<i>1.4.1 Il setting</i>	34
<i>1.3.2 Gli strumenti musicali</i>	35
<i>1.3.3 L'improvvisazione sonoro-musicale</i>	36
<i>1.3.4 Il ruolo della coppia terapeutica: musicoterapeuta e co-terapeuta</i>	39
<i>1.3.5 La supervisione</i>	40
<i>1.3.6 La costruzione di un progetto musicoterapico</i>	40
1.4. Le tecniche musicoterapiche	41
<i>1.4.1 Musicoterapia improvvisativa individuale</i>	43
<i>1.4.2 Musicoterapia improvvisativa gruppale</i>	44
<i>1.4.3 Musicoterapia ricettiva individuale</i>	44
<i>1.4.4 Musicoterapia ricettiva gruppale</i>	44
1.5 Gli ambiti di applicazione	45
1.6. La musicoterapia tra riabilitazione e terapia	48
<i>1.5.1 Il concetto di cura</i>	48
<i>1.5.2 La riabilitazione</i>	49
<i>1.5.3 La psicoterapia</i>	50
<i>1.5.4 Scopi della riabilitazione musicoterapica</i>	51
CAPITOLO II	53
MUSICA, EMOZIONI, NEURONI SPECCHIO	53
2.1 Premessa	53
2.2 Da un primo senso del Sé alle relazioni con l'altro	53
<i>2.2.1 Introduzione al pensiero di Daniel Stern</i>	53
<i>2.2.2 I sensi del Sé</i>	54
<i>2.2.3 La percezione amodale</i>	55
<i>2.2.4. Gli affetti vitali</i>	57
<i>2.2.5 La sintonizzazione affettiva</i>	58

2.3 La scoperta dei neuroni specchio	63
<i>2.3.1 Leggere le emozioni</i>	63
CAPITOLO TERZO	66
LA MUSICOTERAPIA E L’AUTISMO	66
3.1 L’autismo	66
<i>3.1.1 Considerazioni generali</i>	66
<i>3.1.2 Caratteristiche dell’autismo</i>	68
<i>3.1.4 Conoscenze attuali sulle cause dell’autismo</i>	70
3.2 Musica e autismo	78
<i>3.2.2 La musicalità autistica</i>	78
<i>3.2.3 La musicoterapia per la riabilitazione del bambino autistico</i>	83
3.3 L’applicazione della musicoterapia in casi di autismo infantile	85
<i>3.3.1 L’uso della musica durante il trattamento</i>	85
<i>3.3.2 L’ambiente e il contatto fisico</i>	87
<i>3.3.3 Il ruolo dei genitori</i>	88
<i>3.3.4 Un modello di musicoterapia per l’autismo: il modello Benenzon</i>	89
3.4 La mia esperienza	97
<i>3.4.1 Il caso di L.</i>	97
<i>3.4.2 Il caso di G.</i>	101
<i>3.4.3 Il caso di S.</i>	104
<i>3.4.4 Il caso di H.</i>	108
<i>3.4.5 Il caso di A.</i>	110
3.5 Un progetto di musicoterapia per l’autismo in ambito scolastico	114
CONCLUSIONE	121
BIBLIOGRAFIA	126

INTRODUZIONE

*Un uomo anziano non è che una misera cosa,
Una giacchetta sbrindellata su un bastone, a meno che
L'anima batta le sue mani e canti
E più forte canti per ogni strappo del suo abito mortale*

W.B. Yeats, Bisanzio

Quando ero ragazzo mi ripetevo queste parole nei momenti di difficoltà, come fossero le parole di un salmo o un mantra. Sentivo che, recitate in certi momenti, mi davano forza, concentrazione, calma e sono diventate per me un mezzo “per farcela”, una vera e propria terapia, uno strumento, un mezzo per andare oltre. Poi, col tempo, ho capito che non c’era in esse niente di magico (o meglio che la magia era spiegabile) ma c’era in loro una componente cognitiva, una componente affettiva, una componente attiva (con questo non voglio negare che nel mondo non vi sia nulla di “misterioso”, non mi ritengo un razionalista puro, e penso che il mistero, in qualche modo, contenga in sé il sale della vita). Si trattava in fondo di una tecnica cognitivo-comportamentale che inconsciamente applicavo a me stesso. Ma tutto questo è venuto dopo, con lo studio e se si vuole è meno importante. Ciò che contava era la fiducia in quello strumento e la forza evocativa dello stesso.

Io penso che in quei versi di Yeats ci sia tutto quello che io credo sia la musicoterapia: uno strumento per ottenere una maggiore profondità, intensità e qualità di vita, per raggiungere una maggiore armonizzazione del nostro essere al mondo (soprattutto dove questo essere è gravemente compromesso) e raggiungere così una più alta integrazione tra ogni aspetto della nostra realtà psicofisica e il mondo che ci circonda.

Questo strumento ha due versanti, come la cima di una montagna: un versante per così dire scientifico, indagabile, spiegabile, fatto di parametri e di modelli; un’altro intuitivo, artistico, creativo, estetico, potentemente emotivo. Solo uno sguardo libero e aperto può sostenere questa realtà. Ciò non toglie che di volta in volta l’operare quotidiano e il nostro sentire interiore faccia sì che l’attenzione si sposti ora più su un versante ora più su un altro. Questo è normale e fa parte del gioco. L’importante è mai ideologicamente e pregiudizialmente accettare solo un aspetto e rifiutare l’altro e viceversa.

Il lavoro che qui presento è stato motivato principalmente da tre ragioni: 1) la mia passione per la musica e i miei studi musicali, 2) gli studi presso la scuola di musicoterapia di Assisi 3) il lavoro con l'handicap psicofisico grave ed in particolare con soggetti autistici.

Il mio interesse per la musica risale all'infanzia quando, verso i sei anni, ho iniziato lo studio del pianoforte che ho continuato per tutta la vita, pur alternandolo tra momenti più e meno intensi. Lo studio di questo strumento mi ha portato durante la mia giovinezza alla conoscenza della musica Jazz, della quale mi sono innamorato e che ha segnato una trasformazione centrale e decisiva nel mio rapporto con la musica: con il jazz ho imparato cosa significa improvvisazione e ho scoperto che questo tipo di pratica musicale mi è particolarmente congeniale. Nel frattempo, attratto com'ero dal mondo dei suoni e dalle sue possibilità espressive, ho imparato a suonare altri strumenti, seppur da autodidatta e spinto più che altro da uno spirito di conoscenza e di esplorazione: questo mi ha dato la possibilità di guardare alla musica da un punto di vista più ampio e meno accademico. L'interesse e lo studio dell'improvvisazione nel jazz (oltre all'interesse per le musiche extraeuropee dove l'improvvisazione è la pratica principale) è stato il ponte che mi ha collegato con la musicoterapia. Come cercherò di spiegare nel mio lavoro, l'improvvisazione sonoro-musicale è la tecnica principale del lavoro musicoterapico.

L'altro ponte che mi ha collegato con la musicoterapia è stato il contatto con il mondo dell'handicap. Un'esperienza fondamentale che mi ha segnato in questo senso sono stati i lunghi anni di volontariato svolto in Cottolengo, dove sono venuto spesso a contatto con soggetti portatori di handicap psico-fisici molto gravi: persone che rimanevano a letto tutto il giorno, o su una carrozzella davanti a una finestra a fissare il vuoto, oppure con le braccia legate ai braccioli della sedia per evitare che si percuotessero il viso. Spesso mi chiedevo, schiacciato dall'impotenza che provavo di fronte alle loro condizioni apparentemente senza speranza di miglioramento, cosa avrei potuto fare. Fino a che un giorno ho deciso di portare con me degli strumenti musicali: una chitarra, qualche piccolo tamburo, dei sonagli ecc. Mi sono così accorto che tramite il suono, facendo cose semplicissime, quasi insignificanti, riuscivo in alcuni casi ad attrarre l'attenzione di certi "ragazzi", a distrarli dai loro atti anticonservativi, a coinvolgerli in seppur brevi momenti di comunicazione fatti di rapidi sguardi, di sorrisi strappati ad un rituale ossessivo di grida o di gesti. Le esperienze di cui ho parlato sinora mi hanno spinto così quasi naturalmente verso la musicoterapia: mi sono così iscritto alla Scuola di Musicoterapia di Assisi, la prima in Italia ad aver organizzato corsi per questo tipo di

insegnamento. Quest'anno, a luglio, frequenterò il terzo anno dei quattro previsti per il conseguimento del diploma.

Con alle spalle le esperienze descritte ho utilizzato la musica anche durante il tirocinio per il conseguimento della laurea in Educazione professionale, tirocinio che ho svolto presso un Centro diurno con soggetti portatori di handicap e presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'Asl 16 di Mondovì (oltre che durante il tirocinio di musicoterapia presso il centro di riabilitazione di Casalnoceto – Alessandria - e durante alcuni laboratori di musica realizzati per le scuole materne ed elementari). In particolare, durante il tirocinio in NPI ho avuto la possibilità di seguire regolarmente alcuni bambini autistici e altri soggetti con handicap psicofisici per i quali l'uso della musica a fini riabilitativi risultava particolarmente raccomandabile. Tra tutti questi casi è stato in particolare il lavoro con S., presso una scuola materna, quello che si è protratto più a lungo.

Altri due riferimenti mi hanno guidato: la teoria delle sintonizzazioni affettive di Stern e la scoperta dei neuroni-specchio. La lettura del libro "Il mondo interpersonale del bambino" di D.N. Stern (1985) è stata per me illuminante ed appassionante con tutti i suoi riferimenti alla musica, alla poesia e all'arte. La parte di questo libro su cui si è incentrato particolarmente il mio interesse è stata quella dedicata alle "sintonizzazioni affettive" che sono considerate la base dell'improvvisazione musicale in musicoterapia (Postacchini, 2001). Tuttavia Stern, affrontando il problema della compartecipazione degli stati affettivi tra madre bambino tra i nove e i quindici mesi, era costretto ad ammettere che "non è per nulla chiaro in che modo essi accadono" (Stern, 1985, pag. 147). Colpito da questa domanda senza risposta mi sono ricordato che nel frattempo ero venuto a conoscenza di una nuova teoria che spiegava, da un punto di vista scientifico, il comportamento umano. Si tratta della Teoria dei neuroni-specchio: un meccanismo innato, che attraverso l'immediata condivisione delle esperienze, dei sentimenti, delle emozioni ci consente di conoscere le intenzioni dell'altro (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006). L'ipotesi da me elaborata nella presente dissertazione è che nella teoria dei neuroni-specchio vi possa essere la risposta al quesito lasciato in sospeso da Stern, e che entrambe le teorie possano spiegare gli effetti della musicoterapia.

Ho suddiviso il mio lavoro in tre capitoli.

Nel primo capitolo ho trattato il tema della musicoterapia in termini generali; ho fornito alcuni dati storici, ho presentato i principali modelli, le tecniche, i riferimenti psicologici principali e ho cercato di spiegare a cosa serve e quali patologie possano beneficiarne.

Nel secondo capitolo ho cercato di sintetizzare la teoria dello sviluppo di Stern e la teoria dei neuroni-specchio tentando di collegarle; ho messo in rilievo il concetto di sintonizzazioni affettive come base delle tecniche di improvvisazione musicoterapica e ho cercato di spiegare non solo che tali tecniche possono essere efficaci nella riabilitazione di alcune forme handicap neuropsichico grave (tra cui l'autismo) ma che hanno una solida base scientifica appunto nella teoria dei neuroni-specchio.

Il terzo capitolo infine è tutto dedicato all'autismo, alla riabilitazione musicoterapica di questa patologia e all'esposizione di alcune mie esperienze dirette con bambini autistici (e con altri handicap neuropsichici) nelle scuole.

Spero di essere riuscito nel mio intento di spiegare cos'è la musicoterapica, perché la ritengo utile nella riabilitazione di determinate patologie e come possa rappresentare uno strumento prezioso per un educatore. Se ci sono riuscito il mio ringraziamento va soprattutto alla Dott.ssa Giovanna Ramaglia che mi ha attentamente seguito contenendo e indirizzando la mia continua curiosità e la mia tendenza alla dispersione, spingendomi a focalizzare i problemi più importanti; all'educatrice Clea Terzuolo della NPI della Asl 16 di Mondovì, per i preziosi consigli ed insegnamenti sulle tecniche di educazione strutturata per i bambini autistici; alla maestra Paola Gallo della Scuola materna di Dogliani, per la contagiosa passione con cui fa il suo lavoro; al Dott. P.L. Postacchini della scuola di Musicoterapia di Assisi, per le sue straordinarie ed esilaranti lezioni, attraverso le quali ha saputo parlare di temi profondi e complessi in modo irresistibilmente divertente e affascinante ma per questo non meno rigoroso. La musicoterapia non è per chi si prende troppo sul serio.

CAPITOLO I

LA MUSICA CHE CURA

*l'amoroso canto
che mi solea quietar tutte mie doglie*

Dante Alighieri, Purgatorio, Canto Secondo

1. 1. Aspetti generali della musicoterapia

1.1.1. Cenni storici

Il termine musicoterapia è stato coniato dai greci e deriva dai concetti di musikè e therapeia. Per musikè s'intende una rappresentazione dell'uomo in parola, suono e movimento; per therapeia l'assistenza, la cura, la guarigione.

Secondo Mc Clellan (1993) l'utilizzo della musica a scopi curativi si fonda sul fatto che la musica influisce sul soggetto sia a livello personale (emotivo) che transpersonale (spirituale). Nella misura in cui il disturbo viene considerato una disarmonia della vita emozionale, mentale e spirituale, la musica può aiutare a ritrovare/ricostruire uno stato di benessere, facilitando l'espressione emozionale.

La musicoterapia è una terapia antica, se non forse la più antica. L'uso della musica a scopi curativi risale a più di trentamila anni fa. All'epoca la malattia era attribuita a spiriti maligni che dovevano venire scacciati dal corpo e dalla mente della persona malata. Per fare ciò si cercava di allettare o spaventare gli spiriti con canzoni ritmiche accompagnate dal suono di zucche vuote e tamburi percossi. Questo metodo fu poi utilizzato anche in altri riti e cerimonie.

La musica era per lo sciamano il mezzo per ottenere la massima concentrazione e per intensificare la volontà di ritrovare e di conservare il benessere fisico. La tradizione sciamanica sopravvive ancora oggi in alcune popolazioni che hanno conservato questi canti a intonazione monodica e a ritmo lento.

Dell'uso della musica nel mondo antico, e precisamente nel periodo che va dalla fondazione delle prime città permanenti dei Sumeri (8000 a.c.) fino alla caduta dell'Impero romano (V secolo d.c.), sappiamo molto poco poiché non veniva ancora utilizzato alcun sistema di notazione e i pochi esistenti, che risalgono però solo al terzo millennio a.c., non sono ancora stati decifrati. Ciò che sappiamo è che anche i Sumeri, analogamente agli sciamani, celebravano uffici religiosi in onore di numerosi dei e dee. Tra questi ce n'era almeno uno che prevedeva la musica, e in alcuni casi la stessa divinità tutelava sia la musica sia la salute (Postacchini, 2001).

La musica dell'antico Egitto rimane tuttora un mistero poiché le notizie giunte fino a noi sono veramente scarse. In base al ritrovamento di un esiguo numero di strumenti nelle tombe e grazie alle rappresentazioni di attività musicali dipinte sulle pareti dei templi e dei luoghi di sepoltura, sembrerebbe che lo strumento musicale più usato nelle celebrazioni sacre fosse l'arpa; si sa però che venivano utilizzati anche liuti, flauti e oboi doppi. Tra le testimonianze più interessanti che abbiamo sulla musica dell'antico Egitto vi è uno scritto dello storico arabo Ibn Sina (Combarieu, 1982) che riporta la notizia sul fatto che venisse utilizzata per diminuire il dolore durante il parto. Per quanto riguarda l'antica Grecia siamo in possesso di un numero di documenti assai maggiore e benché non ci siano giunte se non pochissime composizioni musicali, sappiamo

moltissimo della concezione musicale di quel popolo. Un grande teorico della musica, vissuto in tempi precedenti sia a Platone che ad Aristotele (V secolo A.D.), filosofo straordinario e misterioso, fu senz'altro Pitagora di Samo. Fu l'inventore della più antica scala musicale conosciuta, la scala detta pitagorica, ed elaborò una teoria musicale basata, come tutta la sua filosofia, sul numero. Per Pitagora la musica era un'espressione cosmica, tanto che parlava di "armonia delle sfere" e la considerava come l'arte più idonea a sviluppare l'equilibrio dell'anima. Sicuramente la fonte più autorevole riguardo la musica e l'uso della musica nell'antichità è Platone che ne parla diffusamente soprattutto in due dialoghi: Repubblica e Leggi. Nella concezione greca della musica gli effetti che essa aveva sulla psiche dell'uomo erano ritenuti importantissimi: per i greci infatti la musica era vista soprattutto come una medicina dell'anima e del corpo, con effetti rilassanti o rinvigorenti a seconda delle necessità. Nella Repubblica Platone ne parla diffusamente quando affronta il tema del canto e della melodia nell'educazione dei cosiddetti Custodi, coloro ai quali egli pensava si dovesse affidare il governo della città. In questa parte del dialogo egli scende nei dettagli dei tipi di melodie che si adattano a certi stati psicologici o a certe attività dell'uomo, melodie che servono per stimolare un certo stato d'animo o un altro. Egli ricorda che le armonie che definisce rilassanti (Repubblica III, 398 D-399E) sono la ionica e la lidia mentre quelle che si intonano ai lamenti sono la mixolidia e la sintonolidia¹. Dalle testimonianze di Platone sicuramente possiamo dedurre che i Greci praticassero già una qualche forma di musicoterapia, o meglio, per essi era scontato che la musica e il suono avessero degli effetti positivi oppure negativi sulla psiche e sul corpo, effetti che essi studiarono approfonditamente. In realtà siamo noi moderni che abbiamo bisogno di inventare un termine nuovo per indicare qualcosa che gli antichi già conoscevano benissimo e cioè che la musica, ma l'arte in genere, non è fine a se stessa, non è solo esercizio e godimento intellettuale per pochi eletti, ma è materia stessa della vita e ha a che fare in qualche modo con la salute e la malattia. I Greci attribuivano di conseguenza alla musica una funzione educativa fondamentale. Platone (Repubblica III e Leggi II) sosteneva che solo l'armonia dorica e frigia avessero una funzione educativamente positiva, mentre le altre armonie – ionica, eolica, lidia ecc. – dovessero essere escluse dall'educazione dei giovani. Per comprendere sino a che punto i greci attribuissero alla musica un'importanza determinante sulla formazione del carattere

¹ Senza entrare nei dettagli di un discorso che sarebbe vastissimo, ricordo che la musica dei Greci si basava sui cosiddetti "modi". Essi erano una serie di scale musicali rispetto alle quali si costruiva poi tutto il sistema musicale. I modi fondamentali erano: il dorico, l'eolico, il frigio, il lidio. (Enciclopedia della Musica, 1996)

dell'individuo, basti ricordare che Platone stesso (Repubblica III) sosteneva che non si doveva mutare il modo di far musica, introducendo innovazioni nel repertorio tradizionale, se non si voleva correre il rischio di sovvertire anche le istituzioni dello Stato, per lo stretto rapporto che intercorreva tra le forme musicali e i modi del vivere civile. Aristotele (Poetica, Politica e Problemi) ammetteva invece l'utilità di tutti i generi di musica, anche di quella che non rasserenava ma perturbava gli animi, poiché le reazioni violente che essa determinava avevano un effetto catartico², di purificazione dalle passioni. Per Aristotele la musica possedeva la caratteristica di migliorare la morale, aveva un potere liberatorio, alleviante e catartico delle tensioni psichiche.

Una delle divinità greche più importanti riguardo alla musica era Apollo, Dio del sole, della medicina e appunto della musica; era propiziandosi la benevolenza di questo dio che si conservava l'armonia della vita, con la divinazione, la musica e la medicina.

Quanto la musica assumesse importanza per l'antico popolo ebraico basti ricordare la famosa vicenda delle mura di Gerico (Antico Testamento, Giosuè, 6,5) in cui Dio diede a Giosuè il potere di far crollare le invincibili mura della città con il suono delle trombe del suo esercito. Senz'altro però il libro della Bibbia dove la musica e il canto hanno un ruolo centrale è il libro dei Salmi. Composto come si ritiene da Re Davide, esso raccoglie una serie di canti-preghiera che il singolo e/o il gruppo rivolge al suo Dio, Jahavè, perché lo aiuti nei più svariati momenti della vita e della sua storia. I salmi sono un vero e proprio continuo dialogo tra l'individuo-comunità e il suo Dio e rappresentano una delle più alte manifestazioni poetiche dell'intera umanità: sono una delle più alte testimonianze di quel rapporto dialogico tra l'uomo e Dio che il popolo ebraico trasmise al Cristianesimo.

Tu hai mutato il mio dolore in danza; hai sciolto il mio cilicio e mi hai rivestito di gioia
(Salmi 30:11)

Lodino il suo nome con danze, salmeggino a lui con il tamburello e la cetra. (Salmi 149:3)

Lodate con il timpano e le danze, lodatelo con gli strumenti a corda e con il flauto.
(Salmi 150:4)

² Termine che deriva dal greco *Kathàrsis*, che significa "purificazione": indica la liberazione dell'individuo da una contaminazione o "miasma" che danneggia o corrompe la natura dell'uomo (Galimberti, 1999)

Quando l'Impero romano si estese all'Europa e all'Asia occidentale, la sua cultura assimilò la musica e le pratiche risonatrici dei Greci e, poiché i Romani consideravano l'organismo umano come una totalità, la musica aveva una funzione, diremmo oggi, psicoterapica. Era per questa ragione che, dopo la cena, venivano eseguiti brani musicali durante i quali lo strumento più usato era l'arpa o la lira.

In seguito al crollo dell'Impero romano emersero nuove filosofie e venne avviata la separazione tra scienza e religione che portò in un certo modo a trascurare l'anima nel corso del processo diagnostico. La musica venne così assimilata dalla liturgia ecclesiastica, anche se si sviluppò un genere profano di trattenimento, popolare e colto. Nel Rinascimento la musica divenne un prodotto artigianale di una corporazione. Tra i tanti filosofi umanisti che si occuparono di musica emerge la figura di Marsilio Ficino che fu un vero anticipatore della moderna musicoterapia. Egli in particolare affrontò il problema degli "effetti" della musica sull'animo (*De triplici vita*), dei rapporti tra musica e medicina (*Epistola de musica*) e dei fondamenti matematici di quest'arte (*Commento al Timeo di Platone*).

Fu nel 1748 che Louis Roger, un medico di Montpellier, tornò ad occuparsi degli effetti della musica sulla mente umana e si interrogò sul perché ciò potesse accadere. I suoi studi, però, suscitarono scarso interesse e si dovette attendere fino al XX secolo inoltrato per veder nascere un vero interesse per l'uso terapeutico della musica.

Il primo corso di musicoterapia si tenne nel 1919 presso la Columbia University e nel 1944, al Michigan State College, venne inaugurato il primo corso quadriennale per specialisti in tale disciplina (Postacchini et al., 2001). Poco dopo furono fondate tre delle più importanti organizzazioni di musicoterapia: la National Association for Music Therapy, l'American Association for Music Therapy e, nel 1970, l'American Association of Music Therapists. Si sviluppò così un movimento crescente di individui e piccoli gruppi che riuscirono a far filtrare il loro punto di vista e le loro attività nella medicina ufficiale e nella cultura dominante.

A partire da questo momento l'interesse per la musicoterapia è diventato sempre più cospicuo e numerosi sono oggi i corsi, anche universitari, dedicati a questa disciplina.

Mi sono limitato, in questa brevissima sintesi, a parlare della storia della musicoterapia occidentale: tuttavia bisogna almeno ricordare che la musicoterapia è stata ed è praticata, ancora di più che in occidente, nel mondo islamico, indiano, cinese, e fa parte naturale delle conoscenze mediche tradizionali sparse per tutta l'Africa e l'Oceania. Verso tutto questo enorme patrimonio di conoscenza la moderna musicoterapia, benché si ispiri ai modelli scientifici interni alla tradizione occidentale e trovi i suoi fondamenti

anche nella moderna neuropsicologia, non potrà mai fare a meno di rivolgere continuamente il suo sguardo.

1.1.2. La formazione: uno sguardo alla situazione italiana

In Italia non esiste una legge quadro che riconosca ufficialmente la musicoterapia e ne fissi i criteri per la formazione, la supervisione e l'applicazione, e questo diversamente da altri Paesi europei come la Gran Bretagna, dove già da tempo esiste una legislazione specifica. Attualmente, gli operatori che si occupano di musicoterapia (dopo aver effettuato una formazione di base come quella, ad esempio, proposta dalla Confederazione Italiana Associazioni Musicoterapica – CONFIAM -, una adeguata supervisione ed un esame per l'iscrizione al Registro nazionale) lavorano spesso con pazienti gravi, operano in strutture sanitarie, assistenziali o educative e collaborano alla formulazione di progetti preventivi/riabilitativi/terapeutici all'interno di équipe multidisciplinari.

La CONFIAM ha elaborato e proposto un percorso per definire l'iter relativo alla figura professionale del musicoterapista. Tale figura, definita dalla Commissione Formazione in una discussione svoltasi tra Direttori e Coordinatori delle Scuole, è in accordo con quanto previsto dal Disegno di Legge proposto dal CNEL e dal Ministro di Grazia e Giustizia in materia di riconoscimento delle Associazioni Professionali, in attesa, purtroppo da molti anni, di approvazione (DDL 7452).

Tale percorso è stato articolato e definito secondo i seguenti punti:

1. Formazione (Accesso e Contenuti).
2. Tirocinio con Tutor.
3. Supervisione.
4. Esame per accesso al registro.
5. Criteri per la permanenza nel registro.

Per quanto riguarda la distinzione tra i termini musicoterapeuta e musicoterapista è necessario un breve chiarimento. In ambito psicologico il termine “terapeuta” viene solitamente usato per indicare un professionista particolarmente esperto in qualche forma di psicoterapia. In genere si tratta di un laureato in medicina o psicologia, abilitato all'esercizio autonomo della professione. La qualifica di “terapista” è destinata invece a chi è competente in senso tecnico per intervenire, dal punto di vista riabilitativo, secondo le indicazioni di un progetto la cui responsabilità è di un terapeuta (a titolo esemplificativo, si può pensare alla coppia fisioterapista-fisiatra). Questa figura professionale si muove nell'ambito del “qui ed ora”, non trascurando gli aspetti relazionali ma contestualizzandoli alla situazione reale, senza accedere, come accade per il terapeuta, all'interpretazione di aspetti inconsci.

Nella situazione italiana attuale, non esistendo un quadro legislativo chiaro e definito in merito, la distinzione musicoterapeuta-musicoterapista non è effettuabile in pratica. Pertanto le associazioni italiane di musicoterapia hanno deciso consensualmente che, sino a quando il decreto istitutivo della professione non verrà approvato, l'unico termine per indicare il professionista della musicoterapia in Italia, a scanso di equivoci, sarà musicoterapista.

1.2. I modelli di musicoterapia

A tutt'oggi possiamo distinguere due indirizzi generali nel modo di utilizzare le tecniche della musicoterapia, da cui discendono a loro volta numerosi modelli.

1. Musicoterapia Ricettiva: basata sull'ascolto di brani musicali con l'ausilio di riproduttori (ad esempio il lettore cd) e in cui al paziente viene lasciata autonomia di percezione, immaginazione ed elaborazione relativa alla musica proposta. Essa si basa fondamentalmente sulla constatazione che musica, suoni e rumori sollecitano una risposta emotiva nelle persone, evocano ricordi, stimolano la produzione di immagini mentali; in effetti, esistono nel nostro cervello connessioni tra i centri recettivi dei suoni e i centri deputati all'elaborazione delle emozioni.
2. Musicoterapia attiva: in cui il musicoterapista e il paziente interagiscono tra loro improvvisando, cioè producendo direttamente dei suoni con degli strumenti musicali, con la voce o il proprio corpo (usando cioè una parte del loro corpo come una fonte sonora: ad esempio, percuotendosi le guance o le cosce con le mani) e influenzandosi l'un l'altro. Questo tipo di musicoterapia mette dunque al centro la relazione tra musicoterapista e paziente: non è soltanto la musica in sé ad essere importante per la cura della persona ma altresì il movimento, l'imitazione dei gesti del terapeuta, il dialogo (sonoro) che si instaura o meno tra i due.

Durante il IX Congresso Mondiale di Musicoterapia tenutosi a Washington nel Novembre 1999 sono stati riconosciuti cinque modelli di musicoterapia, di cui i primi due sono di tipo ricettivo e gli altri tre di tipo attivo:

1. Musicoterapia d'Immaginazione Guidata (GIM) di H. Bonny.
2. Musicoterapia Comportamentista di C. Madsen.
3. Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins.
4. Musicoterapia Analitica di M. Priestley.
5. Musicoterapia secondo il modello di R. Benenzon

Qui mi limiterò a descrivere i modelli che sono maggiormente utilizzati: la musicoterapia d'immaginazione guidata, il modello Nordoff-Robbins e il modello di Rolando Benenzon. A questi tre aggiungerò altri modelli che, benché non siano riconosciuti a livello mondiale sono ampiamente utilizzati dai musicoterapisti: il modello Alvin e la musicoterapia Orff.

1.2.1. Immaginazione Guidata di H. Bonny

Questo modello (Guided Imagery and Music Therapy, G.I.M.) è un'esplorazione di sé centrata sulla musica utilizzando specifici programmi musicali: si basa sulla constatazione che la musica ha la capacità di entrare a fondo nella coscienza delle persone - come d'altronde già pensavano i Greci (vedi 1.1.2) - e di modificarne la condizione fisica, emozionale, intellettuale e spirituale. Il metodo prevede, dopo una prima fase di raccolta dei dati anamnestici, una fase di rilassamento cui segue la somministrazione di un programma di brani di musica classica scelti sulla base dei dati raccolti (l'autore ritiene indispensabile che il terapeuta posseda, oltre che un'adeguata formazione come psicoterapeuta, anche una profonda conoscenza della musica classica). Nelle successive sedute verranno riprese le impressioni dell'ultima seduta ed anche i brani verranno scelti tenendo conto di quanto avvenuto nelle sedute precedenti. Questo modello di musicoterapia ha come ambito privilegiato di utilizzo le patologie depressive e gli stati d'ansia in situazioni di abuso.

1.2.2. Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins

Questo modello è stato messo a punto da P.Nordoff e C.Robbins lavorando con bambini portatori di Handicap (bambini con Sindrome di Down, ritardo mentale, difficoltà emotive) ma è stato poi utilizzato anche con adulti; in esso viene messo in particolare risalto l'aspetto musicale e di conseguenza la tecnica musicale diventa primaria ed indispensabile per attuare l'intervento terapeutico. Nordoff, musicista, e Clive Robbins, educatore specializzato, iniziano ad utilizzare il loro metodo nel 1959. I due descrivono la musicoterapia come:

un impegno del bambino nella sua attività musicale. La resa della musica è costruita momento per momento: ciò che essa esprime si realizza nel divenire del tempo. Quando viviamo le mutazioni di una melodia ci identifichiamo con essa, come i bambini fanno quando cantano. Quando viviamo nelle strutture tonali e temporali di una composizione musicale, come i bambini fanno quando suonano gli strumenti, la nostra partecipazione rende complete le nostre facoltà di reazione (Nordoff e Robbins, 1988, pag. 12).

Con questo modello si intende stimolare la persona ad esprimere sé stessa attraverso il lavoro creativo svolto per mezzo dell'improvvisazione musicale; tramite questa strada si cercherà di incrementare e migliorare la comunicazione e le relazioni umane del paziente, di aumentarne l'autonomia e di eliminare o almeno contenere e ridurre i comportamenti-problema. Il presupposto teorico alla base di questo modello è che una disfunzione organica abbia provocato un arresto dello sviluppo della persona e che partendo di qui, il lavoro creativo svolto attraverso l'improvvisazione musicale, liberi le sue potenzialità rimaste bloccate e inutilizzate, aiutandola a svilupparsi e crescere. La musicoterapia creativa può essere utilizzata individualmente o in gruppo. In genere vi sono due terapisti che agiscono in contemporanea: il primo improvvisa al pianoforte coinvolgendo il paziente nell'esperienza musicale; il secondo lo supporta e lo aiuta nella risposta con gli strumenti.

1.2.3. Il modello Benenzon.

Questo modello è stato costruito dal Dottor Rolando Benenzon, Medico Psichiatra della Facoltà di Medicina dell'Università di Buenos Aires, musicista e compositore, considerato uno dei massimi esperti a livello mondiale dell'applicazione della musicoterapia nei casi di autismo, di pazienti in coma e nel morbo di Alzheimer. Il concetto fondamentale su cui si basa questo modello quello di "ISO" (Identità Sonora), concetto in ogni caso valido per qualsiasi approccio musicoterapico. Secondo l'autore l'ISO è un' insieme infinito di energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono a un individuo e che lo caratterizzano" (Benenzon et al., 1997). Questo flusso interno di energie deriva dall'eredità sonora del soggetto: dalle esperienze intrauterine del periodo gestazionale alle esperienze sonore fatte dalla nascita in poi. L'ISO non è un insieme di sensazioni elementari, ma una sensazione globale. E' il tempo mentale dell'uomo, l'immagine sonora che lo identifica (Halpern e Savary, 1991) Secondo Benenzon, nell'inconscio dell'essere umano c'è un moto continuo di energie che tendono a scaricarsi e che fluttuano liberamente in uno spazio atemporale. In base a ciò, l'autore ritiene che nell'inconscio le energie sonore formino "l'ISO universale" e "l'ISO gestaltico". Il primo include le energie sonore di base ereditate da millenni; il secondo quelle che si producono a partire dal concepimento di ogni individuo e che possono influenzare o modificare l'ISO universale. Una volta che le energie si "scaricano" passano a livello preconscious, dove l'esperienza si storicizza e compare la temporalità. A questo punto Benenzon introduce il concetto di "ISO culturale", formato da flussi di energie sonoro-musicali formati a partire dalla nascita e dal momento in cui il soggetto riceve gli stimoli sonori provenienti dall'ambiente circostante. Un suono esterno deve avere un impatto sull'ISO gestaltico e su quello universale per poter essere riconosciuto e divenire così parte di quello culturale (Benenzon et al., 1997).

L'autore individua, infine, un ultimo tipo di ISO, quello "di gruppo", che dipende dal lavoro svolto nel tempo da gruppi in cui gli ISO gestaltico e culturale di ciascun componente si adattano reciprocamente, intrecciandosi tra loro per costituire un'identità creativa propria del gruppo in questione. L'ISO di ciascun gruppo ha un tempo biologico particolare, una logica determinata, una struttura di ritmi, forme, sequenze, cadenze che lo caratterizzano.

Il secondo concetto fondamentale per la comprensione del modello è quello che l'autore chiama *psichismo materno-fetale*. Secondo Benenzon, poiché il feto possiede esclusivamente la dimensione inconscia le sue uniche identità sonore sono costituite dall'Iso gestaltico e dall'Iso universale. L'Iso del feto sarebbe costituito da tre fonti:

1. Tutto ciò che passa dal corpo della madre al corpo del feto (battito cardiaco, flusso sanguigno, inspirazione-espiazione, rumori articolari e muscolari, voce della madre ecc.) Tutti questo elementi sono percepiti dal feto come totalità: l'orecchio è avvolto da tessuto che impedisce di sentire, quindi il processo di ascolto si svolge attraverso la vibrazione dei corpi (Benenzon 1977) suggerisce che quando si lavora con pazienti autistici la percezione avverrebbe con le stesse modalità.
2. Dall'inconscio della madre all'inconscio del feto
3. Attraverso il liquido amniotico, tutte le vibrazioni che provengono dall'esterno del corpo materno.

Il terzo concetto fondamentale su cui si articola la musicoterapia di Benenzon è quello di *Oggetto intermediario*: si tratta di ogni elemento capace di consentire il passaggio di energia comunicativa da un individuo all'altro. Il corpo della madre è il primo oggetto intermediario di comunicazione ma anche il padre porta oggetti intermediari di comunicazione nella relazione (questo concetto è mutuato da quello di oggetto transizionale di Winnicott – 1971 -). Le sedute si svolgono in uno spazio fisico e temporale (cadenza delle sedute, durata, regole di comportamento); il setting, che assume un ruolo importante nella seduta e i suoi elementi costitutivi (dimensioni, isolamento acustico o meno, materiali utilizzati ecc.) possono influenzare anche in maniera determinante la seduta. All'interno del setting sono posti gli strumenti (ma si possono utilizzare anche il corpo stesso e la voce). L'insieme degli strumenti musicali viene definito GOS (Gruppo Operativo Strumentale). Il GOS può essere costituito da strumenti tradizionali, tra i quali si tende ad utilizzare per lo più strumenti di facile approccio (un tamburo ad esempio è più facilmente utilizzabile di un clarinetto) e costruiti con materiali naturali, evitando quelli elettronici, ma anche da strumenti non tradizionali (oggetti d'uso quotidiano, oppure creati dal musicoterapista o dal paziente). Un particolare rilievo è dato dagli strumenti ad acqua (clessidre con acqua).

Benenzon (1997) ritiene che una seduta di musicoterapia debba articolarsi su tre punti principali: l'osservazione, le associazioni corporeo-sonoro-musicali, l'isolamento riflessivo-attivo.

L'osservazione è fondamentale nei primi momenti della seduta, durante i quali il musicoterapista deve astenersi dall'agire e in generale dall'esprimersi. Egli assume una posizione ricettiva ma non può far a meno di comunicare con la sua sola presenza (Watzlawick et al., 1971).

In un secondo momento il paziente inizia ad esprimersi e nel terapeuta, grazie al primo stadio ricettivo di osservazione, compaiono associazioni corporeo-sonoro-musicali: in

questo momento, il musicoterapista inizia a muoversi nella stanza alla ricerca dello strumento con cui iniziare il dialogo con il paziente.

Nella terza fase, quella di isolamento riflessivo-attivo, il musicoterapista smette di agire e scinde la sua attenzione fra ciò che sta succedendo fuori e ciò che succede in se stesso, distinguendo cioè ciò che proviene dal paziente e ciò che invece proviene dalle proprie sensazioni.

Le sedute di musicoterapia che utilizzano il modello Benenzon si svolgono individualmente o in gruppo; è prevista una coppia terapeutica costituita da musicoterapista e coterapista, quest'ultimo con funzione "stimolatrice", di ausilio e di supporto. Ogni seduta viene registrata utilizzando protocolli che costituiscono uno strumento insostituibile di ricerca, di monitoraggio, ma anche perché permettono al musicoterapista di riflettere costantemente su ciò che accade prima, durante e dopo la seduta e di preparare accuratamente ogni seduta successiva. Nel modello Benenzon grande importanza è data alla formazione e alla supervisione.

1.2.4. Il modello di Alvin

E' un modello di musicoterapia di tipo misto, in cui si utilizzano tecniche sia di tipo ricettivo che attivo ed è consigliata in particolare per i bambini con handicap. Le sedute possono essere individuali, con il coinvolgimento di familiari, oppure di gruppo, a seconda degli obiettivi del progetto terapeutico.

La tecnica prevede tre fasi (Alvin, 1986):

1. *Relazione sé/oggetto.* In questa fase il paziente è invitato a scegliere gli strumenti senza alcun intervento direttivo e ad utilizzarli come meglio crede. In questo modo il paziente è stimolato a sviluppare una propria consapevolezza senso – motoria, le facoltà percettive, la sensibilità musicale.
2. *Relazione sé/terapeuta.* Attraverso produzioni sonore e il dialogo d'improvvisazione musicale il paziente è indotto a sviluppare fiducia nel terapeuta. In questa fase viene soprattutto sottolineata la necessità di provare piacere a fare e ad ascoltare musica. La musica prodotta viene integrata dall'ascolto di brani registrati.
3. *Relazione sé/altri.* In questa fase si attua il passaggio dall'esperienza individuale a quella di gruppo e le precedenti esperienze vengono utilizzate come modelli per sviluppare relazioni. In questa fase si utilizzano l'improvvisazione libera, il canto, l'ascolto, la discussione e il movimento.

Juliette Alvin costruisce la sua tecnica musicoterapica basandosi sulle osservazioni ricavate dall'analisi del comportamento di soggetti con lieve insufficienza mentale e sulla loro introspezione. La sua musicoterapia è orientata sia verso il singolo che verso

il gruppo e mira a favorire un maggiore controllo dell'attenzione, del comportamento e delle emozioni.

Interessante è l'uso del brano musicale a per descrivere una storia.

Per gli adolescenti, Alvin suggerisce di utilizzare la musica leggera che consente uno "sfogo" motorio diretto, una più facile identificazione affettiva e un'occasione di aderire alle scelte di gruppo.

1.2.5 Il modello Orff

Il metodo è inteso a stabilire la relazione attraverso il canto, il coro e il ritmo, costituendo una terapia parzialmente non verbale. Può intervenire là dove il funzionamento di un importante organo dei sensi è più o meno gravemente compromesso; può potenziare altre terapie, come la psicomotricità o la logopedia ed è applicabile nelle minorazioni psico-mentali, fisiche, dei sensi, nei disturbi del comportamento, dello sviluppo, della comunicazione e nei casi di autismo (Orff, 1993).

Il metodo Orff utilizza il ritmo espresso naturalmente dai movimenti, dalla prosodia del linguaggio o anche dei soli suoni che una persona (ad esempio un soggetto autistico) è in grado di emettere: il richiamo, la rima, la parola, il canto costituiscono il decisivo punto di partenza. Orff sottolinea la necessità di creare materiale didattico-pedagogico per il bambino partendo dal punto di vista di quest'ultimo, progettando strumenti a percussione di ottima qualità, usando la scala pentatonica e approntando così un dispositivo con cui i bambini possono esprimere le loro facoltà creative producendo la propria musica.

Ogni strumento utilizzato viene considerato sotto tre aspetti: tattile (calore, durezza, struttura della superficie, elasticità, vibrazione), ottico (grandezza e forma) e acustico. Ogni singolo strumento può corrispondere ad un'immagine della fantasia. Il terapeuta deve crearsi tali immagini, ma non deve imporle al bambino: ogni bambino dà significato alle sonorità e alle sensazioni ottiche in base alle proprie esperienze e al proprio mondo.

I bambini vengono divisi in gruppi di 4-6 soggetti relativamente compatibili e si riuniscono in classe Orff tre volte a settimana.

Il terapeuta stabilisce di volta in volta, per ogni singolo bambino, una meta, e, una volta raggiunto questo primo traguardo, se ne pone un'altra. Nel caso si sviluppino fattori di turbamento, casualmente o volutamente, questi non vanno bruscamente interrotti né corretti, ma piuttosto inseriti nel processo e opportunamente e gradualmente trasformati. E' inoltre importante che il numero degli strumenti sia limitato, per favorire la concentrazione e stimolare così la fantasia del bambino; a volte si può perfino utilizzare

un solo strumento che viene dato a turno, per breve tempo, a ciascun soggetto favorendo in questo modo la tolleranza sociale e l'iniziativa spontanea al momento giusto.

Nel caso di difficoltà linguistiche e/o di sordità, si utilizza la dattilologia (la comunicazione esprimibile tramite i segni componibili dalle dita delle mani), non per sostituire la parola ma per promuoverla. Con alcuni bambini quindi si utilizza l'alfabeto e l'articolazione digitale delle parole, componendo e adattando rondò. Questa forma musicale è caratterizzata da un periodico ritorno di un'idea principale lungo lo svolgimento della composizione (A:B:A:C:A:D:A, ecc.); il rondò fornisce la ripetizione del soggetto (A) e consente a ciascun membro del gruppo di rispondere individualmente (risposta B, risposta C, risposta D).

E' stato rilevato che nei rondò Orff la risposta individuale di ogni bambino è accolta e imitata dal gruppo: ciò rende il bambino consapevole del gruppo nonché dei propri movimenti rituali.

Infine bisogna sottolineare che l'elemento basilare in tutte le situazioni di gruppo è che il bambino non solo acquista una certa abilità o esegue bene un dato compito, ma, ciò che più vale, s'impegna ad apprendere.

1.2.6. La scuola di musicoterapia di Assisi.

Nel 1980, il Centro Educazione Permanente – Sezione Musicale della Pro Civitate Christiana promosse ad Assisi (dove dal 1975 venivano organizzati seminari ed incontri di aggiornamento) il 1° Corso Quadriennale di Musicoterapia. Dall'insieme di queste esperienze teoriche e pratiche si è venuto man mano elaborando un orientamento, una scuola di pensiero più che un modello vero e proprio, che ha trovato poi la sua sistematizzazione nel testo di P.L. Postacchini, Andrea Ricciotti e Massimo Borghesi (Postacchini, 2001). La scuola di Assisi non propone infatti un unico modello ma cerca di fornire all'allievo la capacità critica di saper lui stesso esplorare il mondo della musicoterapia, scegliendo i riferimenti teorici e pratici che più gli sono utili a seconda del suo campo di attività, e di essere in grado, dopo aver approfondito quelli che sono gli insegnamenti ufficiali e riconosciuti, di costruirsi un suo personale stile di lavoro. I corsi si svolgono ogni anno nel mese di luglio e consistono in uno Stage di 15 giorni annuali per la durata di quattro anni. E' previsto un monte ore di tirocinio e un insieme di insegnamenti teorici e di laboratori (di musicoterapia, musica, canto e danza). Gli esami si possono sostenere nelle sessioni previste lungo l'arco dell'anno. Le materie teoriche sono le seguenti: acustica, tecniche compositive, musicoterapia, pedagogia, neurologia, psicologia generale, neuropsicologia, psicologia della musica, epistemologia, psicologia dell'osservazione e psichiatria.

Un discorso a parte meritano i laboratori di musica (improvvisazione musicale individuale e di gruppo, canto e direzione di piccoli cori, danza, ascolto musicale, ecc.) e di musicoterapia. Questi ultimi sono particolarmente importanti in quanto in essi l'allievo può apprendere direttamente sperimentare su sé stesso le tecniche musicoterapiche. Parlerò qui di due laboratori (a cui ho direttamente partecipato all'interno di un gruppo di circa 12 persone) che si sono rivelati particolarmente utili ed interessanti per l'apprendimento pratico della musicoterapia: *Osservazione e prassi in musicoterapia*, condotto dal Prof. Giangiuseppe Bonardi e *Forme e strutture musicali in musicoterapia*, condotto dal Prof. Ferdinando Suvini.

L'obiettivo del primo laboratorio è quello di sviluppare nell'allievo le sue capacità di osservazione musicoterapica che così viene definita dall'autore:

l'osservazione musicoterapica è volta a individuare le problematiche vissute dalla persona, unitamente ai "mezzi" (strumenti musicali, sonorità e/o musiche) ritenuti maggiormente idonei per aiutarla a ridurle o, nei casi più fortunati, a superarle (Bonardi, 2001).

Il laboratorio, della durata di due ore giornaliere, è strutturato in tre parti. Una prima parte in cui il conduttore introduce e spiega i concetti teorici, una parte centrale dedicata alle esercitazioni pratiche ed una parte finale di discussione ed elaborazione di quanto vissuto dai partecipanti.

La parte pratica consiste in una serie di simulazioni di sedute di osservazione musicoterapica utili all'elaborazione di un progetto terapeutico vero e proprio.

A turno ogni partecipante al laboratorio, mentre gli altri lo osservano seduti in cerchio, costruisce il suo setting (la situazione spazio-temporale in cui si opera) scegliendo gli strumenti che preferisce e disponendoli a suo piacere nello spazio della stanza riservato all'esercitazione, dopodiché inizia ad interagire con gli strumenti come meglio crede (osservandoli, suonandoli, percuotendoli). Compito degli osservatori è quello di prestare la massima attenzione sia ai comportamenti della persona, alle sue espressioni ed emozioni, sia a quanto essi stessi provano come reazione alle azioni e ai sentimenti dell'attore. Al termine della fase osservativa, sia gli osservatori che l'attore avranno modo di esporre per iscritto, con il supporto di una serie di griglie di osservazione appositamente predisposte, i sentimenti e le emozioni provate, e tutto quanto è accaduto durante l'esercitazione. Ad esempio, in una scheda intitolata "io suono con gli altri", bisogna rispondere a questa serie di domande: - Quali sentimenti io provo e quali emozioni provano gli altri mentre suonano?; Quale/i posizione/i assumiamo nello

spazio?; Quale/i strumento/i musicali scegliamo?; Quando suoniamo dove guardiamo?; Quale musica eseguiamo? Le risposte possono essere fornite sia con le parole, oppure con segni grafici, disegni ecc.

Scopo del secondo laboratorio è invece quello di far simulare ai partecipanti una relazione terapeutica in cui uno o due allievi ricopriranno il ruolo di musicoterapisti e un allievo quella di paziente. Questo tipo di esercizi vengono alternati a improvvisazioni musicali collettive allo scopo di conoscere meglio le proprie emozioni e i propri vissuti, di migliorare la propria capacità di relazionarsi con gli altri, di osservare e di osservarsi. A volte le improvvisazioni sono totalmente libere, altre volte invece il conduttore interviene dando ai partecipanti le consegne su cosa o come suonare, su quando iniziare o terminare, su quali strumenti scegliere ecc.

Si tratta di situazioni spesso assai coinvolgenti dove, attraverso la musica, emergono le tensioni, inconscie o meno, che esistono tra i componenti del gruppo, le dinamiche interne, le emozioni, i sentimenti, le attrazioni o avversione reciproche, le alleanze, i sottogruppi. Il lavoro con la musica mostra chiaramente la tendenza del gruppo a regredire a quelli che Bion (1971) chiama assunti di base o a progredire e funzionare come un vero gruppo di lavoro. Ho potuto assistere personalmente a come la musica agisca sulle persone con un potente effetto regressivo, soprattutto durante i primi laboratori: emergono tensioni, angosce personali, frustrazioni, disagi. Poi, spesso – questo dipende da numerose variabili: la volontà dei componenti del gruppo, la presenza di un leader, situazioni spesso imprevedibili ecc – la situazione evolve verso una crescita dei singoli individui e del gruppo nel suo complesso. Più di una volta ho potuto partecipare a laboratori nei quali, all’inizio, il gruppo era diviso nel suo interno, lacerato da tensioni tra le persone e poi, man mano che si è proceduto nel lavoro, si è verificata una straordinaria trasformazione che, passando tra momenti anche assai difficili e di sofferenze personali, ha portato ad una conclusione dell’esperienza con momenti di armonia complessiva che posso definire commoventi e poetici.

Un’esperienza estremamente interessante, effettuata durante il laboratorio del Prof Suvini, è stata ad esempio quella in cui ciascun componente era tenuto a portare, registrato su cassetta o cd, un brano musicale che riteneva particolarmente rappresentativo della sua personalità e della sua vita in quel momento. Il brano doveva poi essere consegnato al conduttore e in un secondo momento, senza sapere chi l’aveva proposto, veniva ascoltato da tutto il gruppo. Seguiva poi una discussione in cui a turno si potevano esprimere i sentimenti, le idee e le emozioni, le associazioni che quella musica ci aveva suscitato e indicare secondo noi a chi poteva appartenere e perché. È stato straordinario scoprire come nella maggioranza le persone avessero concordato

sull'attribuzione dei brani, rivelatasi poi esatta. In un altro esercizio, che si è svolto al termine del laboratorio, nel corso di un'improvvisazione musicale di gruppo si è andata costruendo una vera e propria "favola". Nel corso di tale improvvisazione, grazie alla grande empatia e affiatamento che si erano andati formando durante il lavoro, ognuno, grazie solo alla sua capacità di "sentire" le intenzioni dell'altro e del gruppo, agiva come un attore che conosca perfettamente la sua parte. Abbiamo poi concluso l'improvvisazione in modo perfetto, dandoci tutti la mano e cantando insieme una canzone assolutamente non concordata, che ha rappresentato la sigla di chiusura della storia e un momento di straordinaria armonia tra le persone.

Posso confermare che durante i due stage a cui ho finora partecipato, nel 2005 e nel 2006, ho sperimentato direttamente un vero e proprio cambiamento nella relazione con me stesso e con gli altri - ciò che Postacchini (2001) chiamerebbe integrazione tra mondo esterno ed interno -.

Concludendo, ritengo che questo tipo di esperienze siano fondamentali ed insostituibili, accanto ovviamente ad una parte teorica, per comprendere cosa sia la musicoterapia, a cosa serva, se si è predisposti ad essa. Penso infatti che nessuna definizione possa spiegare sufficientemente bene di cosa si tratti se non si vive direttamente sulla propria pelle il grande potere trasformativo della musica: penso che se non si è provata l'esperienza della guarigione difficilmente la si possa trasferire agli altri. Al termine degli esercizi, ai partecipanti è data poi la possibilità di riflettere su quanto esperito utilizzando delle schede e dei questionari appositamente preparati dal conduttore.

1.3. Alcuni concetti psicologici fondamentali

L'insegnamento che viene proposto nella scuola di Assisi fa riferimento ad alcuni concetti psicologici che si possono considerare in generale come fondamentali per qualsiasi modello di musicoterapia (anche se ogni modello enfatizza di volta in volta più un aspetto che un altro) In questo capitolo cercherò di illustrarne i principali in modo sintetico ma il più possibile esaustivo.

1. *Involucro sonoro*. Tale concetto è stato elaborato da Anzieu (1987) a partire da Winnicott (1971), che ha descritto una fase dello sviluppo del bambino in cui il volto della madre e le reazioni dell'ambiente forniscono il primo specchio al bambino, che a sua volta costituisce il proprio Sé partendo da ciò che in tal modo gli viene riflesso. Anzieu evidenzia l'esistenza di un più precoce "specchio sonoro", detto anche "pelle uditivo-fonica", che avrebbe la funzione di fornire all'apparato psichico la capacità di dare significati alle esperienze e di elaborare il pensiero simbolico. Il bambino, sostiene

Anzieu, è legato ai genitori da un sistema di comunicazione audiofonico; la cavità bucco-faringea, in quanto produttrice dei suoni indispensabili alla comunicazione, gioca un ruolo essenziale nell'espressione delle emozioni. Basti ricordare, per esempio, che il suono più caratteristico emesso dal neonato è il pianto; che il bambino, ancora prima della fine del primo mese, comincia a decodificare il significato espressivo degli interventi vocali dell'adulto; che tra il terzo e il sesto mese, il bambino gioca con i suoni che emette. Butterfield (1968) ha osservato che i neonati di pochi giorni di vita, nelle ore della poppata, succhiano più attivamente una tettarella musicale che una ordinaria. Stando al loro ardore nel succhiare, alcuni soggetti manifesterebbero persino una preferenza per un'aria classica, o popolare, o per una melodia cantata! Tali osservazioni, oltre a confermare la teoria di Bowlby (Holmes, 1994), secondo cui insieme alla pulsione sessuale orale e indipendentemente da essa funzionerebbe una pulsione primaria di attaccamento, porterebbero ad una conclusione importante: le capacità mentali si eserciterebbero dapprima sul materiale acustico. Ciò che Anzieu vuole mettere in luce e che è importante per la musicoterapia è questo: prima che lo sguardo e il sorriso della madre che lo nutre e lo cura rinviino al bambino un'immagine di sé che gli sia visibilmente percettibile e che egli interiorizzerà per rinforzare il Sé e abbozzare il proprio Io, il bambino è "immerso" in un vero e proprio bagno melodico (la voce della madre, le sue canzoni, la musica che gli fa ascoltare) che viene a costituire un primo specchio sonoro di cui fa uso prima con le proprie grida, poi col suo cinguettio, infine provando ad articolare i primi fonemi.

2. *Oggetto transizionale.* Con tale concetto Winnicot (1971) intende un oggetto, per esempio un lembo della coperta o un pupazzo, da cui il bambino tra i quattro e i dodici mesi non vuole separarsi e che tiene presso di sé per addormentarsi. In una prospettiva psicoanalitica si tratta di un mezzo che serve al bambino per passare da un oggetto che, come la madre, fa ancora parte integralmente del sé a una vera e propria relazione oggettuale separata dal sé. Quindi l'oggetto transizionale sarebbe qualcosa che si situa a metà strada tra sé e non sé e consente al bambino, quasi fosse una boa nel mare, di fermarsi per poi progredire verso il mare aperto delle relazioni più mature con oggetti nettamente distinti da sé. Benché l'esperienza dell'oggetto transizionale sia tipica dell'infante, essa può ripresentarsi nell'adulto quando questi vive momenti di depressione o di regressione³. La musica (che ha un forte potere regressivo sulle

³ Ricordo qui brevemente che per depressione si intende un'alterazione del tono dell'umore verso forme di tristezza profonda con riduzione dell'autostima e bisogno di autopunizione; è spesso ma non necessariamente associata ad ansia. La regressione (Freud, 1899) è quel fenomeno psicologico che

persone) e l'arte possono essere considerate in questo senso degli oggetti transizionali che stanno tra il soggetto e gli altri portando con sé una forte carica simbolica (cioè con un significato che rimanda ad altri significati e quindi con un potere comunicativo dotato di mille sfaccettature). In musicoterapia è lo strumento musicale, la musica o il terapeuta stesso che rivestono il ruolo di oggetti transizionali e diventano pertanto dei mediatori della comunicazione

3. *Fonosimbolismo* (Postacchini et al., 2001). Si tratta dello studio sul significato dei suoni, in particolare del rapporto tra significante (ad esempio il colpo di tamburo) e significato⁴ (il sentimento di rabbia ad esso associato). Il fonosimbolismo studia le rappresentazioni del rapporto esistente tra linguaggio e suono, contrapponendosi all'idea secondo cui la relazione che lega il suono delle parole e il significato da esse veicolato sia arbitraria. Facciamo l'esempio della parola "cane". Si potrebbe ritenere che non vi sia alcuna vera ragione per cui, per significare "cane", si debba usare proprio questa parola (in pratica il nome rappresenterebbe solo una convenzione tra le persone di un gruppo per designare un certo oggetto). Il fonosimbolismo invece ricerca, comparando molte lingue, i legami necessari tra parola e significato: ad esempio la parola dog e la parola cane, benché ad un primo ascolto appaiano estremamente diverse, nascondono invece origini comuni; tali origini possono essere individuate nelle modalità espressive più arcaiche e nei modi di articolare e di esprimere i suoni che si presentano con regolarità nelle varie lingue.

Il fonosimbolismo evidenzia come accanto alle sue caratteristiche oggettive (altezza, timbro, intensità, durata ecc.), il suono possiede anche alcune valenze sinestesiche. La sinetesia, detta anche sensazione secondaria, è un concetto di fondamentale importanza per la teoria e la pratica della musicoterapia e si riferisce all'interessamento di altri sistemi sensoriali oltre quello uditivo, per cui, ad esempio, accanto ad una sensazione auditiva è possibile provare una sensazione visiva di accompagnamento. Accanto a questi fattori, che costituiscono la base per così dire naturale del simbolismo fonetico, ve ne sono altri di natura più specificatamente culturale, ed altri ancora che vanno individuati nei significati inconsci cui ciascun suono può rimandare, sulla base della sua storia affettiva (Fonagy, 1983).

comporta il ritorno a stadi precedenti dello sviluppo psichico che si manifesta nelle forme di pensiero, nelle relazioni oggettuali e nella strutturazione del comportamento.

⁴ Per significante si intende il piano dell'espressione e per significato il piano del contenuto: la relazione tra significante e significato da luogo a un segno (Enciclopedia della psicologia,, 1999).

Dogana (1984) distingue tre principali categorie alle quali riconduce i vari fenomeni fonosimbolici:

- a. *Simbolismo ecoico*: indica i casi di riproduzione imitativa. Si tratta di materiale sonoro che rappresenta altro materiale sonoro; ad esempio una certa sonorità può ricordare lo sgocciolio dell'acqua;
- b. *Simbolismo sinestesico*: raggruppa i casi in cui lo stimolo sonoro evoca esperienze pertinenti ad altre dimensioni sensoriali (isomorfismo). Ad esempio suoni che rimandano alla dimensione spaziale (per cui possiamo dire che un suono è "piccolo" o "grande"), a quella visiva (suono "chiaro" o "scuro"), a quella tattile ("leggero", "pesante", "duro" o "molle"), a quella gustativa (suono "dolce" o "amaro");
- c. *Simbolismo fisiognomico*: comprende i casi in cui l'espressività concerne l'area psicologica. In questo caso avremo organizzazioni sonore che veicolano amore, odio, gioia, dolore, serenità, paura ecc.

Il fonosimbolismo sembra essere un residuo di forme espressive arcaiche, caratterizzate da una minore differenziazione, rispetto alle attuali, tra contenuto e forma della comunicazione.

4. Il concetto di fonosimbolismo dev'essere integrato come scrive Postacchini (Postacchini e al, 2001), con quello di *schema di rappresentazione* proposto da Imberty (1981). A questo proposito è fondamentale riprendere il concetto di schema come lo definisce Piaget (1945): uno schema d'azione è ciò che è trasferibile, generalizzabile o differenziabile tra una struttura e la successiva, in altre parole ciò che c'è di comune alle diverse ripetizioni o applicazioni della stessa azione. Anche nel rapporto uomo suono, secondo quanto Piaget teorizza per il più generale rapporto uomo ambiente in un ottica genetica ed evolucionistica, entrano in gioco alcuni schemi di risposte cognitive ed emozionali che consentono l'adattamento attraverso progressive assimilazioni ed accomodamenti (Piaget, 1945). Per assimilazione, secondo l'insegnamento di Piaget (1945), si intende l'incorporazione dell'ambiente alla struttura dell'individuo; per accomodamento, le modificazioni della struttura dell'individuo in funzione delle modificazioni dell'ambiente.

Imberty (1981) ha definito uno spazio semantico musicale psicologicamente fondato e distinto da quello verbale, costituito da tre tipi di schemi di rappresentazione, implicati nell'assimilazione di caratteristiche percettive della forma musicale.

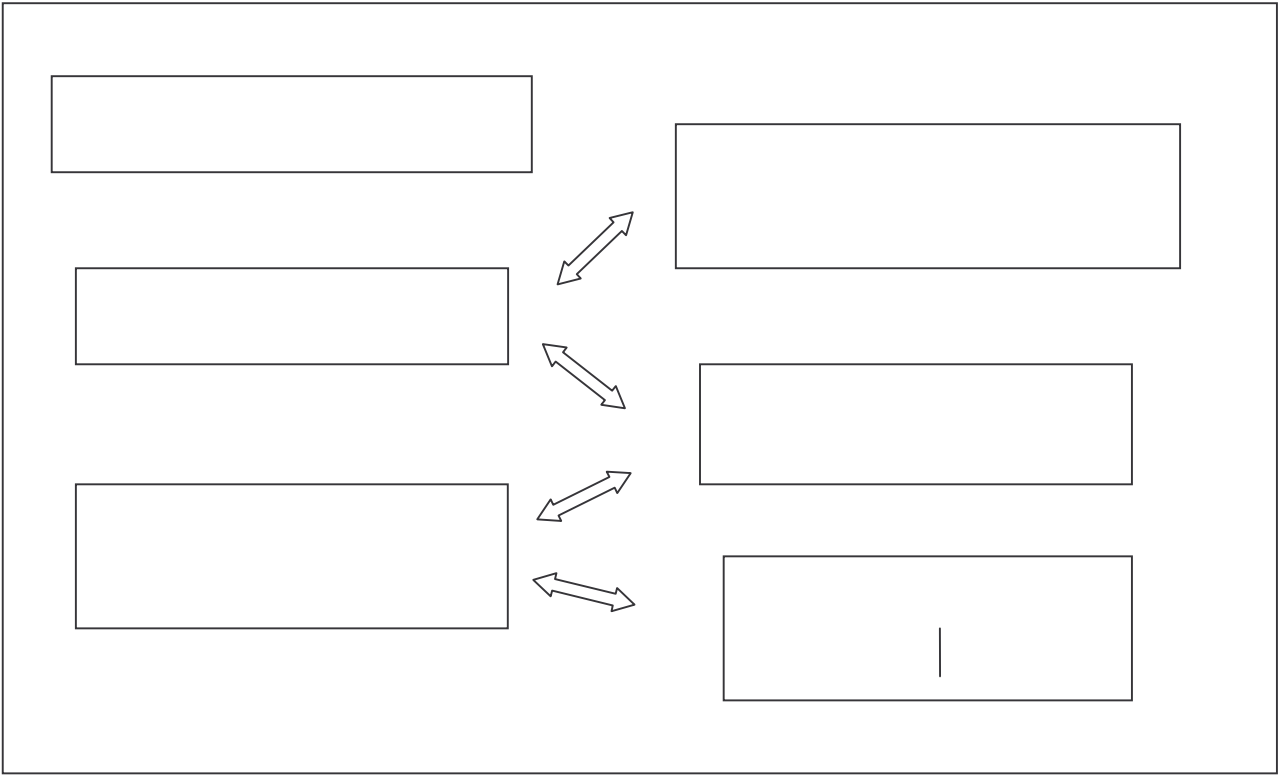
- a. *Schemi di tensione e di distensione posturale e cinetica direttamente collegati agli stati emozionali delle persone*: si tratta di un coordinamento tra schemi psicomotori e schemi affettivi che caratterizzano l'attività rappresentativa. Musicalmente i primi sono rappresentati da tempi lenti ad elevato dinamismo (per semplificare, con un numero

elevato di note) e i secondi da tempi sempre lenti ma ad un dinamismo minore (“quantità” minore di note)

- b. *Schemi di risonanza emotiva o di integrazione/disintegrazione formale dell’Io* (ai quali può essere correlata l’organizzazione formale della musica). L’organizzazione formale della musica, ad esempio, presuppone l’impiego di tempi rapidi e moderati e richiede una struttura di continuità, senza antagonismi, contrasti e rotture. La disintegrazione della forma musicale richiede invece l’utilizzo di tempi lenti, motivi melodici e ritmici in antagonismo tra loro, contrasti, rotture del discorso musicale, e rimanda così ad esperienze di disintegrazione della vita interiore.
- c. *Schemi di spazialità*: corrispondono a rappresentazioni iconiche e cinetiche. Negli schemi iconici sono comprese rappresentazioni con predominanza di immagini (per esempio, l’immagine dell’acqua che comunemente viene evocata dall’ascolto di alcuni brani di Debussy). Negli schemi cinetici vi è invece predominanza di rappresentazioni che rimandano al movimento, dove la componente ritmica è predominante, come ad esempio nel caso delle più celebri ed efficaci musiche da film western.

Ai fini della musicoterapia, i concetti di Dogana e di Imberty possono essere così integrati (Postacchini, 1985):

1. *Schema di rappresentazione psicomotoria*: quell’area di rappresentazione sonora che è in relazione con gli stati di tensione e di distensione sia posturali che emozionali.
2. *Schema di rappresentazione sinestesica*: quell’area dell’espressività sonora strettamente connessa alla relazione esistente tra suoni e sensazioni.
3. *Schema di rappresentazione fisiognomica*: quell’area dell’espressività sonora che riguarda le qualità morali, i contenuti psicologici, gli atti mentali superiori, la struttura psichica dell’individuo.



1.4. Aspetti tecnico/operativi

1.4.1. Il setting

La musicoterapia utilizza il termine setting derivandolo dal significato con cui lo si utilizza tradizionalmente in psicoanalisi: un contesto spazio-temporale vincolato da regole che determinano ruoli e funzioni (del terapeuta e del paziente, ma anche eventualmente dei parenti del paziente ecc) in modo da poter analizzare il significato affettivo dei vissuti del paziente in una situazione specificatamente costruita a questo fine. In musicoterapia il setting costituisce un aspetto molto importante della seduta in quanto fa parte della consegna di un contesto non-verbale. E' stato dimostrato che le sue modificazioni provocano cambiamenti nella condotta e nel comportamento del paziente (Benenzon et al., 1997).

Normalmente il setting è costituito da uno stanza-studio, anche se, in alcuni casi, può essere stabilito all'aperto e anche nell'acqua. La stanza deve essere isolata acusticamente poiché ogni intromissione di suoni interferirebbe con il processo di comunicazione; deve avere una grandezza approssimativamente di cinque metri per cinque; il pavimento deve essere in legno al fine di permettere la trasmissione delle vibrazioni e anche le pareti devono essere ricoperte fino a metà dello stesso materiale. L'arredamento può essere costituito da alcuni armadi che, però, devono essere incassati alla parete al fine di evitare che siano di ostacolo al movimento. Per quanto riguarda l'illuminazione non vi sono particolari differenze tra luce naturale o artificiale, bisogna solo far attenzione che un colpo degli strumenti (non è raro infatti che lavorando con alcuni soggetti -schizofrenici ad esempio - questi possano inavvertitamente lanciare lo strumento verso il terapeuta, i muri o le finestre della stanza per scaricare un'aggressività latente) non rompa i dispositivi di illuminazione artificiale o le finestre e, per questo motivo, è utile trovare il modo per proteggerli.

I setting naturali hanno a loro volta dei lati positivi. La terra, con le sue imperfezioni, fornisce degli stimoli grazie alla sua conformazione, al suo colore, alla sua temperatura, alla sua stessa energia; inoltre, lo spazio non ha limiti. Si ritiene addirittura che l'acqua sia l'ambiente naturale più stimolante in un contesto di musicoterapia, in quanto crea una condizione che ricorda quella fetale. E' stato osservato per esempio che nell'acqua alcuni soggetti, in particolare gli autistici, riescono a guardare negli occhi le altre persone, ad accettare il contatto corporeo e ad eseguire le consegne (Benenzon et al., 1997). L'acqua offre la possibilità di esplorare ed aprire canali di comunicazione pre-verbali e rinforza le spontanee esperienze motorie che il paziente vive a contatto con

essa. Inoltre, l'acqua possiede una multiformità di suoni e, di conseguenza, la terapia svolta in questo ambiente non necessita dell'uso di altri strumenti (Baron Guinazu, 1985).

1.4.2. *Gli strumenti musicali*

Un elemento fondamentale della musicoterapia è costituito dall'insieme di strumenti corporeo-sonoro-musicali da utilizzare durante le sedute. Il criterio con cui scegliere gli strumenti varia molto da caso a caso e in base all'orientamento teorico del musicoterapista. In linea generale si può però dire che sono preferibili strumenti cosiddetti "aperti", ai quali è facile approcciarsi anche senza una preparazione musicale. Strumenti aperti sono ad esempio il pianoforte (anche un bimbo piccolissimo, istintivamente mette le dita sui tasti di un piano e suona...) oppure le percussioni, mentre sono sconsigliabili gli strumenti cosiddetti "chiusi", come ad esempio la maggior parte degli strumenti a fiato (è praticamente impossibile far mettere un suono ad un clarinetto senza un'adeguata preparazione). Normalmente si tende a preferire gli strumenti tradizionali costruiti in legno o metallo, ma con i bambini piccoli (autismo, ipoacusia, disturbi del linguaggio) si usano sempre di più i giocattoli musicali. In musicoterapia, ogni parte dello strumento ha importanza ai fini della comunicazione: conformazione, temperatura, forma, colore, sonorità, qualità degli elementi e dei materiali di cui è costituito. Gli strumenti utilizzati possono essere naturali (cioè che si trovano in natura), quotidiani (oggetti di uso giornaliero), creati (dal paziente o dal musicoterapista), e naturalmente gli strumenti musicali veri e propri. La classificazione tradizionale degli strumenti è quella fornita da Hornbostel e Sachs (Disoteco, 2001):

1. *strumenti idiofoni* (il suono è prodotto dal materiale di costruzione, come può essere una scatola di latta o un woodblock, cioè uno strumento interamente costruito in legno e dotato di aperture),
2. *aerofoni* (l'elemento vibratorio è l'aria),
3. *strumenti membranofoni*, come il djembè, il caratteristico tamburo africano (il suono è prodotto da una membrana su un'apertura),
4. *strumenti cordofoni* (una o più corde sono tese fra due punti fissi), come la chitarra, il violino, l'arpa ecc.
5. *strumenti elettrofoni* (elettromeccanici, radioelettrici) .

Bisogna poi ricordare che il corpo umano è lo strumento più importante a disposizione del musicoterapista: tutti gli altri strumenti possono essere infatti considerati un suo prolungamento. Inoltre, è proprio il corpo il primo medium del vincolo esistente tra madre e feto/neonato. Il musicoterapista deve perciò conoscere bene il proprio corpo e

sfruttarne tutte le potenzialità sonoro-vibrazionali. Per potersi esprimere liberamente deve “allenarsi” al fine di eliminare blocchi psicologici, pregiudizi e inibizioni (Benenzon et al., 1997).

Ogni musicoterapista, quindi, ha un proprio GOS (Gruppo Operativo Strumentale) formato dall'insieme di strumenti che sceglie di utilizzare per stabilire o migliorare la relazione con il paziente. Generalmente, il GOS resta sempre lo stesso, anche se a volte possono venire inseriti nuovi strumenti tra cui anche quelli costruiti dai pazienti. L'attività di costruzione degli strumenti da parte del musicoterapista, dei pazienti (o da entrambi insieme) è una componente molto creativa della musicoterapia e dovrebbe essere sviluppata il più possibile laddove questo è possibile (è ovvio che un paziente con un ritardo mentale o con un paziente in coma questa attività non sarà praticabile). A questo proposito consiglio un testo interessantissimo e di agevole consultazione: *Ricicla in musica, Manuale per creare strumenti musicali*, di Rossana Rossena (Demetra, Verona 1995.)

1.4.3. L'improvvisazione sonoro-musicale

Per improvvisazione si intende la produzione di un brano dove esecuzione e composizione coincidono. Nell'improvvisazione il musicista esegue un brano senza alcuna preventiva preparazione, oppure come variazione di un tema.

Scopo dell'improvvisazione musicale è la produzione di una creazione artistica, mentre quello dell'improvvisazione musicoterapica è di giungere, attraverso un dialogo sonoro con il paziente, ad una armonizzazione delle sue funzioni e ad una sua maggiore integrazione.

L'improvvisazione musicoterapica si ispira alla grande lezione del Jazz. E' stato il Jazz che, pur nascendo nel solco della tradizione musicale occidentale ma ispirandosi nel contempo alle tecniche improvvisative di origine africana e non, ha fatto dell'improvvisazione il cuore della sua esperienza. All'inizio (Louis Armstrong, Duke Ellington, Charlie Parker) l'improvvisazione seguiva un tema conosciuto, uno standard, e improvvisare significava appunto variare in modo estemporaneo e personale questo tema. Successivamente, verso gli anni '60, con musicisti come Coltrane, Albert Ayler e Ornett Coleman ed altri, si è giunti al Free Jazz, cioè ad una musica del tutto improvvisata in modo assolutamente libero.

Venendo personalmente da un'esperienza di tipo Jazzistico ritengo che una conoscenza di questa musica e delle tecniche base dell'improvvisazione Jazzistica sia molto importante (ancorché non indispensabile) per un musicoterapista e che faciliti enormemente la sua capacità di interagire e sintonizzarsi con il paziente col mezzo

musicale. L'esercizio che induce il lavoro di improvvisazione jazzistica allena infatti la persona a "sentire" cosa sente l'altro esecutore, ad immedesimarsi nelle sue emozioni, a capire da un solo sguardo quando è il momento di fare o non fare una certa variazione una certa chiusura, di rallentare, di accelerare, imitare o variare. Si tratta esattamente di quel "Io so quello che fai" di cui parlano Rizzolati e Sinigaglia nel loro libro (Rizzolati, Sinigaglia, 2006): improvvisare nel jazz "allena" veramente l'attività dei nostri neuroni specchio e predispone la nostra mente (il nostro intero corpo) alla sintonizzazione affettiva.

Dal punto di vista musicoterapia, tra i numerosi modi di improvvisare musicalmente alcune tecniche sono particolarmente efficaci (Suvini, 2001):

- Presentare al paziente uno strumento da esplorare;
- improvvisare un ritratto musicale delle reazioni comportamentali del paziente
- imitare qualunque suono il paziente stia producendo
- inserire le sue idee musicali in una canzone improvvisata
- realizzare un accompagnamento strumentale che invita ad una risposta del paziente
- ripetere una frase musicale come invito da imitare o utilizzare
- presentare frasi musicali che richiedono un completamento
- dare al paziente un tema da elaborare

Vi sono anche delle tecniche verbali per indurre il paziente all'improvvisazione, ad esempio; spiegare come suonare uno strumento o come ottenere un particolare effetto musicale; chiedere al paziente di esplorare certe sonorità, fornire al paziente un'immagine (magari utilizzando fotografie, stampe, fumetti, oppure disegni realizzati dal paziente stesso, ecc) o una storia da descrivere.

Quando il musicoterapista improvvisa con il paziente, emergono modalità di interazione che rispecchiano l'atteggiamento del paziente nei confronti di se stesso e degli altri: su tali interazioni il musicoterapista può lavorare con diverse modalità. Ad esempio:

- Se la musica del paziente non è sufficientemente organizzata, il musicoterapista può stabilire una base ritmica, una scala o una tonalità che contengono il materiale musicale; oppure può introdurre delle forme ripetendo delle idee musicali precedenti.
- Al contrario, se la musica del paziente è monotona e insistente, il musicoterapista può introdurre nuovi temi o modulare l'ambito tonale, incorporare le

idee del paziente in contesti musicali differenti, contrastare la dinamica o la velocità del paziente, cambiare il battito.

- A volte la musica del paziente è ipertesa e necessita di essere calmata o contenuta, o al contrario deve essere stimolata, intensificata, o raddoppiata.
- Come succede nelle relazioni interpersonali, a volte la musica del paziente non è congruente con il linguaggio del corpo o il suo stato d'animo oppure con la storia. In questi casi il musicoterapista può cercare di armonizzare questi aspetti discordanti lavorando sul rapporto tra espressione sonora e sentimenti cercando di trovare una sintonizzazione con il paziente.
- Nella relazione musicale che si instaura il musicoterapista può imitare, sincronizzare o riflettere la musica del paziente così da creare un sentimento di unione
- Il musicoterapista può cambiare i temi, modulare o contrastare la musica del paziente per creare un sentimento di distacco emotivo.

Durante l'improvvisazione, tra terapeuta e paziente si instaurano interazioni personali oltre che musicali (le une non sono mai nettamente distinguibili dalle altre). Ad esempio, se il paziente è tendenzialmente portato a seguire il terapeuta questi può provare a modificare la relazione offrendo al paziente una maggiore leadership; se invece il paziente tende a condurre il terapeuta troverà soluzioni opposte, in modo da trovare un equilibrio generale.

Quando decide di modificare ed influenzare la produzione musicale del paziente, il musicoterapista dovrebbe continuamente chiedersi se l'intervento scelto è davvero utile per il paziente o non piuttosto per lo stesso musicoterapista. Infatti, uno dei pericoli della terapia di improvvisazione musicale, ma forse di ogni forma di terapia, è che è molto facile imporre i propri standards musicali al paziente ed utilizzare la seduta per gratificare le proprie necessità.

1.4.4. Il ruolo della coppia terapeutica: musicoterapeuta e co-terapeuta.

Il lavoro in coppia (un musicoterapista più un co-terapista) è considerato preferibile alla conduzione singola soprattutto da Benenzon (2000), ma è accettata praticamente da tutti i musicoterapisti.

Per Benenzon, "lavorare", in musicoterapia significa coinvolgere e mettere in funzione tutto il corpo del musicoterapista, il che comporta un grandissimo sforzo. Per questo motivo è molto positivo il lavoro simultaneo di due terapeuti, idealmente un uomo e una donna. I benefici del lavoro svolto in coppia terapeutica sono molteplici: il paziente si sente più contenuto, può stabilire o prediligere una o l'altra relazione; i componenti

della coppia si sostengono l'un l'altro, è possibile una lettura diversificata di ciò che avviene in seduta e i protocolli di osservazione sono più completi grazie a questa doppia lettura; diminuisce lo sforzo attentivo ed il timore di un coinvolgimento corporeo, pertanto è possibile prevenire il burn-out⁵ dei musicoterapeuti.

Il musicoterapista è colui che è in grado di gestire l'ascolto e l'espressione dei codici della comunicazione non-verbale. Di conseguenza deve sviluppare al massimo le proprie capacità analogiche⁶ e, per fare ciò, deve intraprendere un percorso di riconoscimento personale in questo campo. Il musicoterapista sviluppa, autorizza e delimita uno spazio che permetterà al paziente di "scaricare" le sue energie.

Il co-terapista, invece, può essere un altro musicoterapista o un terapeuta della salute con competenze cliniche, come ad esempio uno psicologo, uno psicoterapeuta, uno psicomotricista. Il suo ruolo è quello di appoggiare le scelte del musicoterapista e favorirne il compito.

1.4.5. La supervisione

La supervisione è la revisione del materiale emerso durante le sedute. Questa elaborazione viene effettuata nell'incontro tra l'operatore e un maestro dell'arte. I supervisori sono, generalmente, psicoterapeuti medici con specifiche competenze in ambito musicoterapico (Postacchini et al., 2001).

La supervisione in musicoterapia ha principalmente due funzioni: permettere uno studio della struttura funzionale del tipo di handicap con il quale si sta lavorando e progettare e correggere, momento per momento, valutandone l'attuazione, il progetto d'integrazione spaziale, temporale e sociale che si è costruito su un determinato soggetto o gruppo.

1.4.6. La costruzione di un progetto musicoterapico

Il primo atto di un trattamento di musicoterapia riguarda la formulazione di un bilancio psicomusicale: il musicoterapista deve raccogliere le informazioni finalizzate alla

⁵ E' il termine per indicare quel tipo di esaurimento psicofisico a cui posso andare più facilmente incontro coloro che si dedicano a professioni di aiuto e di assistenza o che comunque comportino un grande livello di coinvolgimento emotivo con la sofferenza dell'altro.

⁶ Viene definita analogica quel tipo di comunicazione che si basa su una similitudine tra l'oggetto e ciò che si usa per rappresentarlo. Si può inferire che la comunicazione analogica è tutto ciò che è comunicazione non-verbale. All'opposto, invece, troviamo la comunicazione digitale che usa una serie di segni convenzionali, non esiste nessuna relazione fra la parola e la cosa rappresentata. (Watzlawick e al., 1971).

valutazione circa l'opportunità o meno di un trattamento musicoterapico e ad orientare nelle prime fasi l'eventuale trattamento. Il bilancio psicomusicale si svolge in due fasi:

1. *Colloquio.* Si svolge all'inizio del trattamento tra il terapeuta ed il committente, quindi con il paziente stesso o con i suoi genitori nel caso di minori non in grado di collaborare a questa parte del lavoro, oppure con gli interlocutori istituzionali (ASL, Centri di riabilitazione, Ospedali, Case di riposo, scuole ecc). Il colloquio verte principalmente sull'anamnesi sonora del paziente e sulle aspettative rispetto al trattamento. L'anamnesi sonora musicale del paziente è l'insieme dei dati e delle informazioni riguardanti il rapporto del soggetto con i suoni e la musica: suoni da cui viene più attratto, canzoni o autori che ascolta con maggior piacere, se si ascolta musica in casa e quale musica si ascolta ecc.
2. *Incontri preliminari di valutazione.* Possono variare da uno a quattro a seconda della complessità del caso e consistono nella proposta del setting terapeutico e nell'osservazione delle modalità di interazione del paziente. In pratica si propone al paziente un ambiente apposito in cui si sono disposti gli strumenti musicali (stanza di musicoterapia) e si osserva attentamente cosa la persona fa o non fa, come reagisce agli stimoli ambientali e a quelli proposti dal musicoterapista.

Dalla sintesi di questi due momenti scaturisce il bilancio psicomusicale. Se emergeranno gli elementi necessari e sufficienti per ritenere utile un trattamento musicoterapico (interesse del paziente per gli strumenti, capacità esplorativa, sensibilità al ritmo, interesse a stabilire un dialogo ritmico con il terapeuta, ecc) allora si passerà ad un secondo incontro in cui si formulerà un patto terapeutico, che consiste nella esplicitazione del progetto d'intervento e delle sue modalità di realizzazione.

La durata degli incontri, intesa come lo spazio che il terapeuta mette a disposizione del paziente, è di 45 minuti circa. In linea di massima la frequenza è monosettimanale ma in caso di pazienti particolarmente gravi potranno essere opportune due o più sedute (soprattutto nella fase iniziale del trattamento).

Tutte queste indicazioni devono essere intese come linee generali da adattarsi in modo flessibile da caso a caso.

1.5. Le tecniche musicoterapiche

Le più diffuse tecniche musicoterapiche si possono distinguere in due grandi gruppi: le tecniche improvvisative (o interattive) e le tecniche di ascolto (ricettive). Nelle prime vi è una compartecipazione tra il terapeuta (affiancato e supportato possibilmente da un

co-terapista) e il paziente. Entrambi i soggetti improvvisano liberamente a partire da stimoli forniti dal terapeuta e che questi raccoglie dall'attività improvvisativa del paziente restituendogliela, con o senza variazioni. In pratica il paziente inizia ad interagire con gli strumenti musicali a sua disposizione (percuotendoli, pizzicandone le corde, pigiandone i tasti, facendoli scorrere per terra, leccandoli ecc) e il musicoterapista, sospendendo qualsiasi giudizio sulla situazione, cercherà di sintonizzarsi con le proposte del paziente. In questa sua attività egli potrà percorrere fondamentalmente due strade: rispecchiare la proposta sonoro-musicale del paziente o introdurre piccole variazioni. A questo punto, a seconda di come il paziente risponderà allo stimolo fornito dal musicoterapista, inizierà una relazione intersoggettiva per mezzo della musica e del suono, che è ciò che definiamo improvvisazione. Si tratta di una relazione circolare in cui lo stimolo A produce una risposta B e a sua volta, la risposta B diventerà uno stimolo per una risposta C e così via. Per musicoterapia ricettiva intendiamo invece la somministrazione di una o più musiche, preregistrate o realizzate al momento, senza che il paziente interagisca con loro (nel senso tuttavia che l'interazione non è programmata e il paziente non utilizza strumenti musicali ma è ovvio che vi è, ed è auspicabile che vi sia, una risposta empatica da parte del paziente. La musicoterapia improvvisativa e la musicoterapia ricettiva possono essere proposte in setting individuali o di gruppo.

1.5.1. Musicoterapia improvvisativa individuale

Come abbiamo visto, un trattamento di musicoterapia inizia sempre con la formulazione del bilancio psicomusicale.

L'incontro di musicoterapia individuale improvvisativa si articola, generalmente, in tre momenti successivi:

- 1) *Il contatto con l'incontro precedente.* La seduta si apre con una sorta di "verbale sonoro" dell'incontro precedente, utilizzando lo stesso timbro, linea melodica o frammento ritmico sul quale si era aperto un dialogo sonoro nel corso della seduta precedente.
- 2) *Lo spazio di improvvisazione sonora.* Qui l'improvvisazione occupa la maggior parte del tempo e può essere talvolta annunciata da una consegna che consiste nell'invitare il paziente a mettersi in relazione con il terapeuta attraverso il mediatore sonoro. In pratica il musicoterapista potrà invitare il paziente ad utilizzare un certo strumento, oppure comincerà a produrre, ad esempio su uno xilofono, una semplice sequenza termico melodica e la proporrà al paziente. Se vi è la possibilità di comunicare con la parola, allora il musicoterapista potrà dare al paziente anche consegne verbali o

scritte del tipo: “inizia a suonare lo xilofono e cerca di esprimere cosa provi in questo momento”. Addirittura si potrebbe presentare il caso di un paziente in grado di leggere la notazione musicale ed allora il musicoterapista potrebbe proporgli una breve idea musicale scritta che sarà poi elaborata in coppia. Ma la proposta può anche venire da un disegno (“osserva questo disegno e poi inizia a suonare cercando di esprimere cosa ti ha comunicato il disegno stesso”) o dall’ascolto di un brano preregistrato (“abbiamo ascoltato questa canzone, ora proviamo a suonare e a ricostruire l’atmosfera e le emozioni che ci ha comunicato”).

- 3) *La conclusione dell’incontro.* Le modalità di conclusione saranno diverse a seconda della gravità del quadro clinico del paziente: nel caso di pazienti in grado di verbalizzare sarà possibile parlare di tutto ciò che è avvenuto durante la seduta e di elaborarlo; nel caso di pazienti gravi che non accedono al linguaggio starà al musicoterapista saper trovare i modi per segnalare l’aprossimarsi del termine dell’incontro (uno sguardo particolare rivolto al paziente, alzarsi e prendere dolcemente per mano il paziente, un certo suono che per il paziente equivale al concetto di fine, l’uso di un immagine, ad esempio la foto del papà significa che questi stà arrivando e che la seduta stà per terminare – è il caso della comunicazione strutturata utilizzata con bambini autistici).

1.5.2. Musicoterapia improvvisativa gruppale

Questo tipo di musicoterapia è considerato adatto a soggetti con un buon livello di integrazione generale. Il numero dei partecipanti può oscillare dalle 6 alle 10 unità, gli incontri hanno cadenza monosettimanale e vengono condotti da una coppia stabile di terapeuti. Durante l’improvvisazione sonora, chi svolge la funzione di conduttore resta in qualche modo più distaccato e si prende cura più del gruppo nel suo complesso: osserva che non si creino situazioni che potrebbero risultare pericolose per qualcuno, se si creano dei sottogruppi, se qualche soggetto si allontana o inizia magari a comportarsi in modo da destare preoccupazione per la sua incolumità e/o quella degli altri, se dal gruppo emerge uno o più leader, se vi sono soggetti emarginati dal gruppo, non coinvolti, magari inattivi per lungo tempo ecc. Il co-conduttore può e deve invece intervenire nelle situazioni che richiedono soccorso, sostegno, incoraggiamento, contenimento ecc.

Al termine dell’improvvisazione ha luogo la verbalizzazione: i partecipanti sono invitati a discutere quanto emerso durante l’improvvisazione esprimendo in modo libero le proprie osservazioni e i propri sentimenti. E’ importante sottolineare che ciò che si considera terapeutico è tutto il procedimento espressivo e relazionale che ciascun

individuo compie, sia nella fase verbale che in quella non verbale, non solo gli interventi (verbali o non verbali) dei terapeuti.

1.5.3. Musicoterapia ricettiva individuale

Viene indicata in un numero assai limitato di casi, in particolare a quei pazienti molto gravi che presentano ritiro sociale e inibizione psicomotoria e anche negli stati di coma. In questi casi il bilancio psicomusicale si limita alla raccolta anamnestica per mezzo dei familiari, del rapporto che il paziente ha ed aveva coi suoni e si può arricchire di altri elementi solo dopo un certo numero di incontri. Il setting in questi casi si differenzia notevolmente dagli altri descritti; spesso occorrerà trovare soluzioni che consentano di adattare il trattamento alle difficoltà del paziente stesso, come il recarsi al domicilio o nella stanza d'ospedale. La frequenza in genere è assai elevata, dalle due alle quattro sedute settimanali e la durata delle medesime è approssimativamente di venti/venticinque minuti.

1.5.4. Musicoterapia ricettiva grupale

La struttura dell'incontro è assai simile all'"improvvisativa grupale" ma differente è il contenuto della parte centrale, che in questo caso consiste in materiale sonoro preregistrato somministrato al gruppo. All'inizio della seduta, dopo la discussione del verbale della seduta precedente, i terapeuti danno una consegna d'ascolto di mezz'ora/quaranta minuti circa; invitano a trovare una posizione comoda, ad ascoltare la musica, il proprio corpo e i propri pensieri. Il materiale sonoro preregistrato è solitamente presentato con una progressione in tre parti. Nella prima parte viene proposto l'ascolto di musica a bassa complessità formale (ad esempio canzoni o melodie orecchiabili) con funzione rassicurativa e inducente. Nella parte centrale vengono introdotti, con molta cautela, brani dalla struttura formale più incerta (ad esempio brani di musica contemporanea o certa musica etnica) con lo scopo di provocare nel paziente piccole "crisi" che inducano al cambiamento. Con la fase finale si torna invece a brani musicali più semplici che hanno lo scopo di rilassare e rassicurare il paziente e avviarlo alla fine della seduta. Segue il momento di verbalizzazione, dove il ruolo dei terapeuti è quello di compiere alcune sottolineature e favorire la comunicazione tra tutti i partecipanti.

1.6. Gli ambiti di applicazione

A quali soggetti la musicoterapia è particolarmente indirizzata? L'ambito di elezione della riabilitazione musicoterapica è l'handicap neuropsichico grave (l'autismo o il ritardo mentale grave per intenderci) dove vi è una profonda compromissione della comprensione e dell'espressione del linguaggio e dove pertanto una terapia di tipo non verbale, come la musicoterapia, si presenta particolarmente utile. In questo capitolo illustrerò brevemente quali sono i principali ambiti dove attualmente la musicoterapia trova maggiore utilizzo.

1. *Handicap*: gli interventi su bambini con handicap psicofisici vengono quasi sempre effettuati all'interno di un progetto globale in cui rientrano parallelamente interventi di psicomotricità, logopedia ecc. Nel caso della Sindrome di Down il quadro è caratterizzato da ritardo dello sviluppo psichico con insufficienza mentale generalmente di grado medio e possono essere presenti aggressività, iperattività e altri problemi comportamentali. Il bambino con Sindrome di Down ha tuttavia anche delle risorse che facilitano gli interventi: la predisposizione alle relazioni affettive ed una grande curiosità, caratteristiche che lo rende adattabile socialmente. E' su queste capacità emergenti che si andrà a innestare l'intervento di musicoterapia. Il modello di Nordoff e di Robbins è quello più utilizzato con bambini con Sindrome di Down. La musicoterapia può essere utilizzata anche con bambini ipoacusici; in questo contesto la musicoterapia si affianca alla logopedia.
2. *Malattia di Alzheimer e altre demenze*. Si tratta di malattie caratterizzate da un deficit acquisito su base degenerativa organica cerebrale, che producono un decadimento psichico coinvolgente praticamente tutte le funzioni mentali: i sintomi principali sono i gravi disturbi della memoria, i disturbi del linguaggio e della scrittura, comportamenti incoerenti e afinalistici, tono dell'umore depresso, agitazione psicomotoria spesso con aggressività. Gli obiettivi in questi casi sono: offrire uno spazio in cui il paziente possa esprimersi liberamente, migliorare i disturbi comportamentali, far riemergere il desiderio di socializzazione, ridurre l'uso di psicofarmaci, recuperare la memoria tramite il canto di canzoni tradizionali, mantenere le abilità residue, accompagnare alla morte. Il modello più usato è il modello Benenzon.
3. *Altre malattie di interesse neurologico*. Diverse esperienze hanno sottolineato l'effetto positivo di interventi di musicoterapia attiva in pazienti con lesioni cerebrali post-traumatiche. Gli interventi di musicoterapia in tali contesti sono stati proposti sia con finalità di supporto psicologico, al fine di aumentare l'autostima, stimolare la ripresa delle relazioni e ridurre l'isolamento, sia con finalità più specificamente riabilitative (trattamento dell'afasia). Effetti positivi della musicoterapia sono stati

registrati in favore dei soggetti con morbo di Parkinson, permettendo loro uno spazio di espressione delle proprie frustrazioni in seguito alla perdita delle abilità sociali e di comunicazione, superando le difficoltà relazionali che la malattia comporta.

4. *Depressione, sindromi bipolari.* Viene soprattutto usata la musicoterapia improvvisativa per dare al paziente modo di sviluppare al massimo le sue capacità creative e di aumentare l'autostima, che nei casi di depressione è tra le prime capacità dell'individuo a venire compromesse. Conseguentemente attraverso la relazione con il musicoterapista il soggetto ha la possibilità di ristabilire un contatto con il mondo esterno ed interno, e di elaborare le proprie emozioni e i propri vissuti in un atmosfera gioiosa e giocosa. In questi casi si usa soprattutto il modello Benenzon e il modello Alvin.
5. *Le psicosi.* In queste patologie, come la schizofrenia, siamo di fronte ad una più o meno grave disintegrazione dell'io con il venir meno della capacità di critica del piano di realtà: da questo conseguono sintomi quali allucinazioni e deliri, crisi dissociative, deterioramento dell'affettività, disturbi della volontà, chiusure autistiche. Il considerare il paziente come persona creativa fa sì che questa si possa esprimere liberamente, ritrovando così i propri ritmi interni e, in ultima analisi, le proprie emozioni. Il paziente, durante la seduta, può permettersi di esternare il proprio dolore, la propria rabbia, la propria gioia. Può agire comportamenti spesso decisamente repressi quali urlare, rotolarsi a terra, danzare in maniera sfrenata, ecc. Tali comportamenti durante la seduta non sono vietati ma anzi, talora incoraggiati. Spesso il paziente psicotico utilizza lo strumento o il proprio corpo per comunicare vissuti, pensieri, emozioni attribuendo ai gesti e alle produzioni sonore un valore simbolico. Questo fa sì che la seduta con questi pazienti assuma forti tinte psicoterapeutiche che implicano una formazione non solamente di tipo riabilitativo ma necessariamente anche di tipo psicoanalitico.
6. *Anoressia.* Nel caso di questa patologia la musicoterapia viene proposta come alternativa o supporto alla psicoterapia verbale. Infatti il lavoro con il non-verbale assume particolare importanza in persone in cui le problematiche di percezione ed accettazione del proprio corpo sono centrali.
7. *Il coma.* La musicoterapia viene utilizzata già nelle fasi precoci o addirittura nella fase acuta, non appena superati i primi giorni in cui vi è una disregolazione delle funzioni vitali. I presupposti che giustificano questo tipo di intervento sono costituiti: a) dall'ipotesi che il coma non sia una situazione di passività totale ma abbia caratteri di attività, b) dalla plasticità neuronale del Sistema Nervoso, cioè dalla sua capacità di sviluppare sotto determinati stimoli nuove connessioni sinaptiche. Si utilizzano cuffie per somministrare ai pazienti musiche preregistrate, in altri casi la voce del terapeuta

oppure strumenti le cui caratteristiche vibratorie possono essere percepite attraverso tutto il corpo. E' importante una dettagliata conoscenza della storia musicale del paziente.

8. *Medicina Generale.* La musica registrata è stata ampiamente utilizzata in diverse aree della medicina: reparti di terapia intensiva, unità coronariche, reparti di oncologia, di medicina palliativa, geriatria, odontostomatologia, ostetricia e ginecologia.
9. *Gravidanza.* All'interno del sistema madre-feto avvengono le nostre prime esperienze percettive. Il sistema percettivo del feto è ancora di tipo "globale unitario", cioè non è in grado di discriminare gli stimoli, né tanto meno di portarli allo stato di coscienza. Pur tuttavia sono già numerosissimi gli stimoli vibro-sonoro-musicali che giungono al feto, provenienti sia dal corpo materno sia dal mondo esterno (Vedi capitolo 1.3.1). Partendo da questi principi si è pensato di utilizzare la musicoterapia durante il periodo di gravidanza, con l'obiettivo primario di facilitare la relazione madre-bambino e, in definitiva, di prevenire problematiche di interazione tra il nascituro e la madre stessa (Ezzu, Messaglia, 2006).

1.7. La musicoterapia tra riabilitazione e terapia

1.7.1 Il concetto di cura

Con la musicoterapia si è in grado di guarire una persona da una patologia? E' possibile porsi l'obiettivo di ripristinare una condizione di salute antecedente all'intervento di un certo agente considerato causa della malattia? A queste domande dobbiamo rispondere no: non vi è evidenza scientifica che la musicoterapia "guarisca" le malattie.

A questo punto è forse utile fare un po' di chiarezza su cosa si intende per cura e terapia. Il concetto di cura può essere inteso più con un significato medico-scientifico e allora esso si avvicina a quello di guarigione, ad esempio la guarigione di un'infezione batterica mediante antibiotici. Diversamente si può intendere il concetto di cura in un'accezione umanistica dove curare può essere tradotto come "prendersi cura", "aiutare a crescere".

Come si può vedere le due prospettive sono assai diverse: nella prima prevale un'ottica per così dire "scientifica" (da una anamnesi si passa ad una diagnosi e ad una terapia, in vista di un obiettivo da raggiungere in considerazione di una norma ideale di funzionalità), mentre nella seconda è riconoscibile un orientamento che intende il termine "agire" con il significato di "interagire" e dove l'obiettivo da raggiungere non è messo in rapporto ad un criterio di normalità ma piuttosto in considerazione di un'armonizzazione complessiva di tutte le funzioni della persona, sia in rapporto al suo mondo interiore che al mondo esterno.

In pratica una visione "umanistica" della salute ritiene che sia da preferire la situazione di una persona le cui funzioni fisiche e mentali siano armonizzate ed integrate le une con le altre, anche se nessuna è particolarmente progredita, piuttosto che una situazione in cui si cerchi di avvicinare a tutti i costi le prestazioni di una determinata funzione compromessa – menomazione – a standard considerati normali.

In realtà, i due significati di cura appena descritti non sono necessariamente in contrasto tra di loro: da un lato il medico, pur somministrando farmaci, dovrebbe prendersi cura del paziente anche dal punto di vista umano e sociale, dall'altra chi si colloca (come il musicoterapista) in una prospettiva riabilitativa, non può prescindere da considerazioni di tipo medico e scientifico. Secondo la mia prospettiva, che si ispira alla scuola di musicoterapia di Assisi (Postacchini, 2001) è necessario arrivare ad un'integrazione tra i due punti di vista.

.....crediamo che curare debba significare ripristinare una condizione di armonia psicofisica, se questa c'era, o costruirne una nuova, se non c'era (Postacchini et al., 2001, pag. 60).

Scopo della musicoterapia non è una rimozione totale delle cause che hanno generato le patologie o le situazioni di disagio, ma quello di migliorare la qualità della vita delle persone, di sviluppare le loro qualità e risorse, in una parola di far crescere. In quest'ottica si può affermare che la musicoterapia è in realtà usata molto più spesso come insieme di tecniche atte alla prevenzione ed alla riabilitazione che non alla terapia.

1.7.2. La riabilitazione

Il termine riabilitazione può essere inteso con diversi significati e numerose sono state le definizioni che si sono succedute a partire dall'origine giuridica del termine⁷.

E' riabilitazione qualunque intervento o costellazione di interventi che tendono a diminuire gli svantaggi sociali di un handicap fisico o psichico, e insieme a diminuire le barriere edificate dalla società nei confronti di tale handicap (Saraceno, 1985, pag. 24)

Si può dunque affermare che l'oggetto dell'intervento riabilitativo non è la malattia in sé ma piuttosto ciò che dalla malattia deriva in termini di perdita di funzioni (fisiche, psichiche, sociali) e la conseguente emarginazione a cui è sottoposta la persona⁸.

Per quanto riguarda la musicoterapia, possiamo dire che il punto di partenza dell'intervento riabilitativo è rappresentato dalle abilità emergenti del soggetto (ciò che c'è rispetto a ciò che manca, il bicchiere mezzo pieno rispetto a quello mezzo vuoto) che si cerca di valorizzare al massimo. A differenza che nell'intervento psicoterapico, il riabilitatore non cerca di lavorare sui contenuti interiori del paziente (la dimensione

⁷ Tradizionalmente, per riabilitazione, si è inteso per molto tempo (Jablensky et al., 1980) "quella serie di interventi diretti o indiretti che favorisca in un individuo la diminuzione di danno o di disabilità". Da questa definizione traspare però una contraddizione (Postacchini 2001): da una parte sembra che l'oggetto della riabilitazione sia tanto il deficit psicofisico del soggetto (la disabilità) che l'handicap (ad esempio la rimozione delle barriere architettoniche, psicologiche e sociali); da altra parte da questa definizione traspare l'origine del termine riabilitazione dal vocabolario giuridico (il carcere come strumento riabilitativo) e cioè ad una colpa/malattia corrisponde un intervento riparativo/riadattativo.

⁸ Ricordo qui brevemente la nota distinzione tra handicap e disabilità (disability). Per disabilità si intende la menomazione fisica o mentale che concerne l'integrità della persona mentre l'handicap è l'insieme delle reazioni psicologiche e sociali a quelle menomazione.

simbolica) ma piuttosto veicola la propria affettività attraverso gesti e azioni al fine di favorire l'armonizzazione complessiva delle funzioni della persona (Postacchini, 2001).

1.7.3. La psicoterapia

Se la riabilitazione è una strategia di promozione dal “di fuori” dei processi cognitivi, relazionali e di socializzazione, possiamo dire che la psicoterapia è una facilitazione “dal di dentro” dei processi di consapevolezza di sé, di regolamentazione delle emozioni e delle capacità comunicative. In questo caso dunque il terapeuta lavora direttamente sull'emotività e sui processi mentali consci ed inconsci e quindi è massimo il livello di coinvolgimento affettivo nella relazione, sia da parte del paziente che da parte del terapeuta.

Dove si colloca a questo punto l'intervento musicoterapico? Per le sue caratteristiche di linguaggio non verbale e per il fatto di favorire la relazione fra mente e corpo la musicoterapia, a seconda del tipo di contesto e di relazione che viene stabilita, può agire tanto in senso riabilitativo, quanto in senso psicoterapeutico. Tuttavia, essendo i termini riabilitazione e psicoterapia distinti ma non separati, si può dire che la musicoterapia si pone lungo un continuum che lega questi due ambiti di intervento (possiamo dire per generalizzare che si colloca tra il “curare” e il “guarire”) e pertanto può ovviamente accadere (e accade) che un'azione di tipo riabilitativo abbia delle ricadute psicoterapeutiche e viceversa. Cosa conta è in definitiva che il musicoterapista abbia chiara questa distinzione nel momento in cui deve pianificare un intervento, per stabilire obiettivi realisticamente raggiungibili sulla base dei mezzi di cui dispone, e per non promettere al committente quanto non è in grado di mantenere.

Nel corso del presente lavoro mi concentrerò principalmente sul versante riabilitativo della musicoterapia, e questo per tre motivi: a) innanzitutto per operare in ambito psicoterapico è necessaria una formazione specifica di cui né io né la maggior parte dei musicoterapisti disponiamo; b) l'uso psicoterapico della musicoterapia nei casi di autismo o di ritardo mentale generalmente grave (di cui mi occupo in questo lavoro) è difficilmente ipotizzabile o almeno ancora tutto da verificare, data la supposta incapacità di questi soggetti di accedere al piano del simbolico; c) in generale, gli studi riguardo all'uso della musicoterapia quale psicoterapia sono a tutt'oggi assai scarsi.

1.7.4. Scopi della riabilitazione musicoterapica

Torniamo ora alla domanda che mi sono posto all'inizio del capitolo e cioè: “a cosa serve la musicoterapia”. Tenendo presente le distinzioni fatte nel paragrafo precedente

cercherò di presentare in sintesi gli obiettivi generali dell'uso della musicoterapia a scopo riabilitativo (Postacchini, 2001).

- a) In primo luogo, la musicoterapia permette di comprendere meglio il funzionamento e lo studio della motricità (analisi funzionale dell'handicap).
- b) La relazione costruita con la musica permette di esplorare il modo di essere di una persona, i suoi processi cognitivi ed affettivi, offrendo così la possibilità di instaurare una relazione significativa.
- c) La musicoterapia facilita l'espressione di vissuti emozionali e la loro regolazione e pertanto sostiene un processo di sviluppo psicomotorio (per fare un esempio, il parametro della motricità può essere studiato per valutare se un atteggiamento stereotipato è espresso con un tono muscolare teso o rilassato).
- d) L'impiego della musicoterapia facilita il passaggio da un'espressione istintiva ad una codificata, motivata ed intenzionale, espressa con modalità di tipo armonico (ad esempio, nelle sedute di musicoterapia improvvisativa si cerca di portare il paziente da una produzione disordinata di suoni ad una produzione ordinata secondo una scansione ritmica e/o melodica).
- e) In musicoterapia si tenta di trasferire alla relazione terapeutico-riabilitativa, attraverso la tecnica delle sintonizzazioni affettive, quello che Stern (1985) propone come prototipo della relazione madre-bambino. Nel modello che propongo (Postacchini, 2001) questa tecnica è fondamentale e verrà analizzata e spiegata nella seconda parte di questo lavoro.
- f) Procedendo nel continuum su cui si collocano riabilitazione e terapia, il musicoterapista può arrivare ad attivare percorsi di rappresentazione simbolica⁹ di tipo non verbale che forniscono nuove occasioni di scambi affettivo-relazionali.
- g) Attraverso la musicoterapia si può lavorare sul piano cognitivo assistendo ad assimilazioni e accomodamenti verificabili a breve e a lungo termine.
- h) Si possono valutare effetti positivi sull'organismo sia a breve che a lungo termine, ad esempio attraverso tecniche musicoterapiche sostanzialmente riconducibili a varie forme di rilassamento.
- i) Infine, dato che la musica suscita emozioni, la delicatezza e la profondità degli affetti messi in gioco nella relazione musicoterapica devono sempre essere tenuti in

⁹ In questo caso ci troviamo ai limiti tra riabilitazione in senso stretto e (psico)terapia non verbale. Benché in questa sede si affronti in particolare la riabilitazione in musicoterapia e quindi un intervento "dal di fuori", non si può escludere che nell'applicazione della sua tecnica riabilitativa il musicoterapista giunga ad inoltrarsi nel mondo del simbolico, ed è necessario che sia consapevole di questa eventualità (e forse opportunità).

conto dal riabilitatore. Tali affetti non consentono infatti di attivare percorsi riabilitativi in assenza di una progettualità e di obiettivi rigorosamente definiti.

In conclusione, dovendo scegliere una definizione di musicoterapica, mi è parsa particolarmente esplicativa la seguente, elaborata all'interno del percorso di ricerca e studi della scuola di Assisi:

“una tecnica, mediante la quale varie figure professionali, attive nel campo della educazione, della riabilitazione e della psicoterapia, facilitano l’attuazione di progetti di integrazione spaziale, temporale e sociale dell’individuo, attraverso strategie di armonizzazione della struttura funzionale dell’handicap, per mezzo dell’impiego del parametro musicale; tale armonizzazione viene perseguita con un lavoro di sintonizzazioni affettive, le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non verbale.” (Postacchini 2001, pag 17)

CAPITOLO II

MUSICA, EMOZIONI, NEURONI SPECCHIO

Tutto, specialmente all'inizio, è questione di sentimenti.

Wassili Kandinsky, Lo spirituale nell'arte.

2.1 Premessa

In questo capitolo è mia intenzione mostrare che l'utilità della musicoterapia può essere sostenuta a livello scientifico utilizzando i contributi della teoria delle sintonizzazioni affettive (Stern, 1985) e della recente teoria dei "neuroni specchio" (Rizzolatti e Sinigaglia, 2006).

2.2 Da un primo senso del Sé alle relazioni coll'altro

2.2.1. Introduzione al pensiero di Daniel Stern

Daniel N. Stern, docente di Psichiatria alla Cornell University di New York e di Psicologia Clinica a Ginevra, applicando metodi osservativi e sperimentali ha studiato il costituirsi del mondo relazionale del bambino nei primi mesi di vita in una prospettiva neuropsicologica. Egli, pur prendendo le mosse dalla psicoanalisi, se ne allontana mettendo l'accento sui processi di elaborazione del percepito invece che sui processi intrapsichici e fantasmatici: ci presenta infatti un bambino che interagisce attivamente con l'ambiente umano fin dalla nascita, evidenziando l'importanza di quelle che chiama "relazioni strutturanti di base" (Stern, 1985).

Gli studi di Stern mettono in discussione alcuni capisaldi del modello psicoanalitico dello sviluppo infantile, come ad esempio la teoria delle pulsioni. La psicoanalisi concepisce il lattante chiuso in un'orbita narcisistica, in uno stato indifferenziato, come sostengono ad esempio Freud e Mahler¹⁰, ma questa concezione non è suffragata dalle evidenze empiriche. Il neonato, infatti, è biologicamente preadattato a instaurare

¹⁰ Ricordo che sia Freud (1920) che la Mahler (1972) negano vi possa essere una qualche forma di Io nel bambino praticamente sino a tutto il primo anno di età. Freud parla di una fase orale che dura fino agli 8-10 mesi mentre Mahler ipotizza che si cominci ad avere un abbozzo di Io con la fase di separazione-individuazione che colloca verso i 5-6 mesi. Mahler inoltre parla di una fase simbiotica che comincia ad evolversi nei primi sei mesi di vita del bambino e in cui, pur essendo in atto interazioni madre-bambino, questi resta comunque confinato in una condizione psichica di indifferenziazione in cui non distingue sé stesso dalla madre.

relazioni sociali con la madre e gli altri esseri umani; non è passivo, bensì capace di stimolare interazioni sociali, oltre che di rispondere ad esse. Possiamo dunque dire che Stern ha una visione dello sviluppo di tipo neuropsicologico e che con i suoi studi ha contribuito a collocare in periodi più precoci la nascita dell'Io del bambino.

2.2.2. *I sensi del Sé*

Nella sua teoria dello sviluppo Stern individua quattro principali sensi del Sé: un senso del Sé emergente (dalla nascita sino ai 2-3 mesi), un senso del Sé nucleare (dai 2-3 mesi sino ai 7-9 mesi), un senso del Sé soggettivo (dai 7-9 mesi sino ai 15 mesi), un senso del Sé verbale (dai 15 mesi in poi). A ciascun senso del Sé corrisponde un omonimo campo di relazione. E' importante infatti sottolineare che oggetto della ricerca di Stern è il senso del Sé interpersonale. Per questo Stern preferisce ai termini *fasi* (Freud, 1920) o *stadi* (Piaget, 1945) il termine *campi* di relazione.

Subito dopo la nascita e fino ai 2 mesi il bambino sviluppa un primo senso del Sé che è in via di formazione e per questo è chiamato *senso del Sé emergente*. Si tratta del formarsi di un'organizzazione, di un *emergere di reticoli che vanno integrandosi*, e l'esperienza che il bambino fa durante questo periodo è chiamata "campo di relazione emergente".

Successivamente, il bambino fa l'esperienza di un *senso del Sé nucleare* che Stern definisce fisico e che opera in genere al di fuori della consapevolezza. Questa trasformazione avviene all'incirca tra il secondo e il sesto mese di vita, quando il bambino avverte di essere un'entità fisico-percettiva separata dalla madre.

Tra il settimo e il nono mese di vita il bambino scopre che esistono altre menti oltre la sua e acquisisce quello che Stern chiama il *senso di un Sé soggettivo* che rende possibile l'intersoggettività.

Tra il quindicesimo e i diciotto mesi circa, il bambino sviluppa una terza prospettiva soggettiva organizzante in rapporto al sé e all'altro, e cioè il senso che il Sé (e anche l'Altro) possiede una riserva personale di esperienza e conoscenza del mondo ("io so che c'è del succo di frutta in frigorifero e so di avere sete"). Quando il bambino è in grado di creare dei significati condivisibili riguardo al Sé e al mondo, vuol dire che si è formato il *senso di un Sé verbale* (siamo nel campo della relazione verbale).

Ricordo ancora che l'intero processo, dalla formazione di un senso del Sé emergente al Sé verbale, si realizza in un arco di tempo che va dalla nascita ai ventiquattro mesi.

2.2.3. *La percezione amodale*

Stern (1985) sostiene che il neonato utilizza prevalentemente forme primitive di percezione dette “amodali”, cioè indipendenti dalla specificità dell’analizzatore sensoriale utilizzato (vista, udito, olfatto ecc.). In questo modo l’autore affronta un problema molto dibattuto e in campo filosofico e in campo psicologico, cioè il problema dell’unità della percezione.

Fu Aristotele a postulare per primo la dottrina della corrispondenza sensoriale, cioè dell’unità dei sensi. Con il termine “sesto senso” egli si riferiva al senso comune, attraverso cui si percepiscono le qualità primarie della sensazione.

Gli psicologi invece si interessarono per la prima volta a questo problema indotti dallo studio della sinestesi. La forma più comune di sinestesi è “l’ascolto del colore”: alcuni suoni, come ad esempio uno squillo di tromba, suscitano l’immagine visiva di un dato colore, ad esempio il rosso.

Ma sono gli artisti, e soprattutto i poeti che hanno lavorato da sempre, spesso inconsapevolmente, sull’unità dei sensi. Ecco a questo proposito alcuni versi di Baudelaire (I Fiori del male, 1971, pag. 28):

*Ci sono odori freschi come carni
Di bimbi, dolci come gli oboi, verdi
Come i prati, - altri corrotti, ricchi
E trionfanti....*

La domanda che Stern si pone è la seguente: come facciamo a sapere che una data cosa che vediamo, udiamo e tocchiamo è di fatto la stessa cosa? Alcuni esperimenti alla fine degli anni ‘70 hanno messo in crisi le conoscenze sul modo in cui il bambino percepisce la realtà intorno a sé. Cito qui l’esperimento di Meltzoff e Borton (1979) perché è veramente esemplare da questo punto di vista. Alcuni bambini di tre settimane furono bendati e furono dati loro da succhiare diversi succhiotti: uno di questi aveva un capezzolo di forma sferica liscia, mentre l’altro aveva delle protuberanze in vari punti della superficie. Dopo aver permesso al bambino di familiarizzarsi con il capezzolo “sentendolo” solo con la bocca, i ricercatori gli toglievano il capezzolo e lo ponevano accanto a quello di altro tipo. Le bende, a questo punto, venivano tolte. I bambini, dopo un breve confronto visivo, guardavano più a lungo il capezzolo che avevano appena succhiato.

Per comprendere l’importanza di questa scoperta dobbiamo pensare che secondo il pensiero di Piaget il bambino non sarebbe stato in grado di fare un’esperienza come questa: secondo Piaget il bambino deve infatti prima fare un’esperienza visiva e poi

tattile dell'oggetto e solo a questo punto le può collegare. Evidentemente però deve esistere una capacità innata nel bambino che gli consente di effettuare un trasferimento transmodale (cioè da una modalità sensoriale ad un'altra) dell'informazione e che gli permette di riconoscere una corrispondenza tra tatto e vista. Questo trasferimento di esperienze non avviene grazie all'apprendimento ma per una capacità innata del sistema percettivo.

Stern quindi ritiene che i bambini possiedono una capacità generale innata, detta *percezione amodale*, di ricevere l'informazione in una modalità sensoriale e tradurla in qualche modo in un'altra modalità sensoriale. Come esattamente questo avvenga non lo sappiamo, ma è certo che i bambini sperimentano il mondo come un'unità percettiva.

Alcuni studiosi (Bower, 1974; Moore e Meltzoff, 1978) sono giunti alla conclusione che il bambino, sin dai primi giorni di vita, elabora rappresentazioni astratte di qualità percettive e agisce di conseguenza. Queste rappresentazioni astratte sperimentate dal bambino sono forme, intensità e schemi temporali, cioè le qualità "globali" dell'esperienza. Questo bisogno e questa capacità del bambino di formarsi rappresentazioni astratte delle qualità primarie della percezione, e quindi di agire di conseguenza, sono innati. Prendiamo il bambino che fa l'esperienza del seno della madre: secondo Stern (1985), proprio grazie alla percezione amodale (in questo caso percezione transmodale tatto-vista), il bambino fa immediatamente esperienza del seno come di una realtà integrata; i bambini non avrebbero dunque bisogno di fare esperienze ripetute per cominciare a formare alcuni elementi del Sé e dell'altro emergenti.

Successivamente, la percezione diviene "modale", cioè tipica di quella determinata modalità sensoriale coinvolta nel processo percettivo. Le percezioni modali possono tuttavia diffondersi lungo le vie di conduzione di altri analizzatori, secondo quanto consentito dall'immaturità del sistema nervoso, e confluire in qualità percettive di natura sinestesica, cioè in trasferimenti di percezione tra un senso e l'altro (ad esempio "sentire il colore di un suono").

Inoltre Stern ritiene che, a livello preverbale e pertanto al di fuori di ogni consapevolezza, l'esperienza di riscontrare una coincidenza fra modalità diverse (specialmente per la prima volta) produce la sensazione che l'esperienza attuale corrisponde a qualcosa di precedente e familiare o ne viene impregnata. L'esperienza attuale verrebbe in qualche modo messa in relazione con un'esperienza già fatta in una forma primitiva di déjà vu.

La capacità di trasferire in modo sinestesico da una modalità sensoriale a un'altra informa, secondo Stern, il rapporto empatico che si sviluppa tra madre e bambino: per

esempio, quando risponde con una carezza al vocalizzo del bambino, la madre opera un trasferimento trasmodale tra linguaggio e tatto.

2.2.4. *Gli affetti vitali*

Una qualità dell'esperienza che scaturisce direttamente dall'incontro con l'Altro, fondamentale per comprendere su quali basi si organizza e si sviluppa il Sé del bambino, si esprime in forme che Stern chiama "affetti vitali".

Per comprendere meglio di cosa si tratta, è necessario distinguere tra "affetti vitali" e "affetti categoriali". In genere tutti noi, quando facciamo riferimento ai sentimenti, pensiamo a categorie affettive discrete – felicità, tristezza, rabbia, paura, disgusto, sorpresa, interesse e forse vergogna – . Si tratta cioè di quelle che gli psicologi chiamano "emozioni fondamentali". E' stato merito di Darwin (1872) avere ipotizzato per primo che ad ognuno di questi affetti corrisponda una specifica espressione del volto innata e una altrettanto specifica qualità di affetto; queste qualità espressive innate avrebbero avuto una grande importanza in senso evolutivo, in quanto rappresentano segnali sociali con cui i membri della specie (umana, ma anche animale) possono comunicare tra loro e aumentare le loro probabilità di sopravvivenza. Secondo Darwin, ad ogni categoria affettiva¹¹ corrispondono due dimensioni: l'*attivazione* e il *tono edonico*. Per attivazione si intende il grado di intensità o di impatto di un sentimento (ad esempio posso dire: "sono felicissimo", oppure "sono abbastanza felice"), mentre il tono edonico è il grado di piacere o dispiacere legato al sentimento provato¹².

Secondo Stern, esistono molte qualità di sentimenti che non trovano posto nella terminologia usata per definire gli "affetti categoriali". Si tratta di sentimenti dalle caratteristiche sfuggenti, per descrivere i quali è necessario ricorrere a termini dinamici e cinetici come "fluttuare", "svanire", "trascorrere", "esplodere", ecc. La filosofa Suzanne Langer (1967) li definisce "forme del sentire" che hanno un impatto quasi continuo sull'organismo.

¹¹ In questa sede non interessa distinguere tra affetto, emozione e sentimento, e li userò, come fa Stern, quali termini fondamentalmente sinonimi, utilizzando per tutti la parola affetto.

¹² Apparentemente alcuni sentimenti sono piacevoli o spiacevoli, come la tristezza che si direbbe sempre spiacevole o la felicità che è considerata sempre spiacevole. Tuttavia a guardar meglio le cose si fanno più sfumate, soprattutto riguardo ad altri affetti come la sorpresa o la rabbia. Ad esempio una sorpresa può essere piacevole o spiacevole, la rabbia a volte la si può vivere con soddisfazione quando attraverso di essa si riesce ad esprimere una parte di sé a lungo repressa, addirittura la stessa tristezza può essere soggettivamente vissuta come una piacevole (stati esistenziali spesso descritti attraverso il linguaggio poetico come una "dolce" tristezza).

Stern indica come esempi dell'espressività degli affetti vitali la musica e la danza. Quando il musicoterapista instaura un rapporto interpersonale tramite la musica con un paziente (soprattutto se è un bambino) si trova appunto nella situazione di chi comunica una quantità di affetti vitali al di là delle sue intenzioni di esprimere dei sentimenti di tipo tradizionale.

2.2.5. La sintonizzazione affettiva

Secondo Stern (1985), la comunicazione madre-bambino sostiene quest'ultimo nel suo sviluppo grazie alla sintonizzazione affettiva, che si realizza quando la madre è in grado di cogliere e riprodurre l'affetto vitale che il bambino, in un dato momento, sta provando.

Naturalmente, perché vi sia compartecipazione degli affetti, la madre deve andare oltre l'imitazione delle espressioni del suo bambino. Una ricerca di straordinario interesse, in particolare per chi si occupa di musicoterapia, è quella svolta dai Papousek (Papousek, Papousek, 1981). Questi due studiosi hanno descritto con precisione dal punto di vista vocale, ma più in generale musicale, le sequenze di comportamenti che i bambini piccoli stabiliscono con coloro che se ne prendono cura e che nei primi nove mesi di vita costituiscono i dialoghi sociali. Una cosa in particolare colpisce nella loro descrizione ed è il fatto che la madre si esprime sempre nella stessa modalità del bambino: se il bambino vocalizza, anche la madre vocalizza, se il bambino fa una smorfia, la madre la riproduce. Il dialogo, tuttavia, non è una sequenza stereotipata e noiosa di ripetizioni e di scambi meccanici, perché la madre introduce costantemente delle varianti seguendo uno schema del tipo "tema con variazioni".

Soprattutto quando il bambino ha circa nove mesi, il comportamento della madre trascende la semplice imitazione per espandersi in una nuova categoria comportamentale che Stern definisce "sintonizzazione degli affetti". Ecco alcuni esempi tratti dal lavoro di Stern (1985, pag. 149):

Un bambino di nove mesi sbatte per terra un giocattolo di pezza prima con rabbia e poi, gradualmente con piacere, esuberanza e allegria, mantenendo un ritmo costante. La madre si inserisce nel ritmo e dice: kaaa-bùm, kaaa-bùm, ove il bum corrisponde al colpo inferto dal bambino, e il kaa alla fase in cui il bambino alza il braccio e lo tiene sospeso in attesa di vibrare il colpo. Un bambino di otto mesi e mezzo cerca di afferrare un giocattolo che si trova appena al di fuori della sua portata. Si protende silenziosamente in quella direzione e allunga al massimo le braccia e le dita. Non riuscendo a raggiungerlo, si spinge avanti per coprire la breve distanza che lo separa

dal giocattolo. In questo momento la madre dice uuuuh! uuuuh! in un crescendo dello sforzo vocale e respiratorio che va di pari passo con l'accelerazione dello sforzo fisico del bambino.

Stern conclude questa descrizione delle caratteristiche delle sintonizzazioni affettive con una riflessione interessante:

Sembra che abbiamo a che fare con il comportamento come espressione piuttosto che come segno o simbolo, e veicoli del trasferimento sarebbero la metafora e l'analogia (Stern, 1985, pag. 150)

Si tratta di termini molto interessanti per il musicoterapista perché appartengono all'espressione musicale e indicano quanto profondo sia il legame tra il modo con cui si svolge la relazione intersoggettiva basata sugli affetti tra madre e bambino e la relazione che si può instaurare tra il terapeuta e il paziente.

Postacchini e i suoi collaboratori affermano:

La relazione tipo a cui facciamo riferimento è quella primaria madre-bambino; essa costituisce il modello per la relazione terapeutica, attraverso la quale può essere compiuto l'intero lavoro di sintonizzazione (Postacchini 2001, pag 107).

Gli autori sottolineano che è proprio nella relazione primaria fra madre e bambino che convivono, nella maggior parte dei casi, una tecnica (della quale la madre è in gran parte inconsapevole) e la naturale amorevolezza e predisposizione alla cura (nel senso ricordato di saper "far crescere"). Se il modello principe a cui si dovrebbe ispirare la relazione terapeutica in musicoterapia è il rapporto madre-bambino, allora comprendere il concetto di affetto vitale e come opera all'interno del rapporto interpersonale è per il musicoterapista un'acquisizione che gli consente di cogliere gli aspetti più profondi e non verbali (e per certi aspetti misteriosi) del rapporto che lo lega al paziente in una diade che è più della somma di due individui.

Soprattutto per quanto riguarda il "tema con variazioni", si coglie l'origine musicale ed è anche la tecnica utilizzata nella musicoterapia improvvisativa; la tecnica e il concetto del "tema con variazioni" è il cuore della relazione che il musicoterapista instaura durante una sessione di musicoterapia improvvisativa: quando il musicoterapista e un bambino sono l'uno di fronte all'altro, si instaura una relazione che ha molto in comune

sia con quella che esiste tra la madre e il suo bambino sia con quella che si crea tra due jazzisti impegnati in una libera improvvisazione.

A proposito dell'interazione madre-bambino, Stern individua una regola interessante, che può essere mutuata per il rapporto musicoterapista-paziente:

Quanto più a lungo la madre è in grado di introdurre una quantità ottimale di novità ad ogni nuova esecuzione del gioco, tanto più a lungo il bambino ne rimarrà incantato (Stern, 1985, pag. 87)

Ciò significa che il comportamento della madre deve cambiare perché possa rimanere invariato l'interesse del bambino. Ma perché utilizzare il metodo del "tema con variazioni", perché non fare ogni volta qualcosa di completamente diverso? Perché una delle tendenze fondamentali della mente è quella di ordinare il mondo attraverso la ricerca di costanti (Stern, 1985). Ed è proprio per entrare in sintonia con questa tendenza innata della mente del bambino, una "tecnica" ideale consiste nell'introdurre varianti che siano nello stesso tempo familiari e nuove, ovvero che contengano un elemento ripetuto, noto, e un elemento nuovo. Tale "tecnica" non solo consente al bambino di identificare costanti all'interno della variabilità, ma anche di promuovere la regolazione del livello di arousal ed eccitazione del bambino, mantenendolo entro limiti accettabili.

Ogni bambino ha un proprio livello ottimale di eccitazione piacevole, oltre il quale l'esperienza diventa spiacevole e al di sotto del quale perde ogni attrattiva. Una madre sensibile è in grado di adattare il livello dei propri comportamenti al livello di eccitazione del bambino.

In sintesi possiamo dire, con Stern, che la sintonizzazione degli affetti consiste nell'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso senza tuttavia imitarne l'esatta espressione comportamentale. Si può dire, semplificando, che l'imitazione comunica la forma e la sintonizzazione i sentimenti; si tratta di due processi che si situano agli estremi di uno spettro. La sintonizzazione infine non deve essere confusa con l'empatia¹³: questa richiede la mediazione di processi cognitivi mentre le sintonizzazioni vengono effettuate in larga misura al di fuori di ogni consapevolezza e quasi automaticamente. Entrambe le esperienze hanno però in comune, all'origine, quella che Stern chiama "risonanza emotiva".

¹³ Empatia: capacità di immedesimarsi in un'altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d'animo.

Perché la sintonizzazione funzioni, è necessario che diverse espressioni comportamentali che si presentano in forme e modalità sensoriali diverse siano in qualche modo intercambiabili. Ad esempio, se ad un gesto della madre corrisponde un certo tipo di esclamazione vocale del bambino, le due espressioni devono avere in comune “qualcosa” che permetta di trasferirle da una modalità o forma in un’altra: questo “qualcosa” sono le proprietà amodali.

In sintesi, per ciò che interessa il mio lavoro, si può dire che la capacità di identificare le equivalenze transmodali che ci consentono di formarci una visione percettualmente unificata del mondo sono le stesse che permettono alla madre e al bambino di praticare la sintonizzazione degli affetti per conseguire l’intersoggettività.

La sintonizzazione si realizza con gli affetti vitali, che comprendono le qualità amodali di intensità e di tempo e che sono insiti praticamente in ogni comportamento possibile. Ad esempio, ci si può sintonizzare con il modo in cui un bambino afferra un giocattolo, tiene un cubo, dà un calcio o ascolta un suono. Sintonizzarsi con gli affetti vitali permette ad un essere umano di “essere con” un altro, condividendo esperienze interiori simili. Questo non è possibile con gli affetti categoriali perché essi non sono sempre presenti e continui (la gioia non ha caratteri di continuità e così la tristezza, e perché due persone si sintonizzino l’uno con la gioia dell’altro è necessario che ambedue provino in contemporanea tale affetto).

La sintonizzazione, afferma Stern, riplasma i comportamenti attraverso l’uso di metafore non verbali e dell’analogia. In una progressione evolutiva che va dall’imitazione al simbolo e in cui la metafora e l’analogia sono la tappa intermedia, l’esperienza dell’analogia attraverso le sintonizzazioni è un passo essenziale verso l’uso dei simboli e quindi del linguaggio.

E’ chiaro che questa conclusione è suscettibile di importanti ricadute sul piano riabilitativo, ma prima di affrontare questo aspetto devo ritornare per un momento sui miei passi ponendomi una domanda e cioè: come possiamo “entrare dentro” l’esperienza soggettiva degli altri e comunicarlo, come si spiega il fenomeno delle sintonizzazioni affettive?

A questa domanda ha risposto la teoria dei neuroni specchio.

3.2. Musica e autismo

3.2.1. *La musicalità autistica*

La “musicalità” autistica può essere intesa come una modalità espressiva con cui i pazienti autistici si relazionano nel setting musicoterapico, ma non solo. Questa modalità si riscontra, infatti, anche nella quotidianità e ciò sembra ricondurci all’idea di un universo sonoro-musicale intimamente appartenente al modo autistico.

Con queste premesse il musicoterapista cerca di addentrarsi in tale mondo utilizzando la sua “musicalità” e cercando un punto di incontro risultante da un “sentire” comune.

Pensando alla patologia in esame e all’intervento musicoterapico è fondamentale fare ancora una volta riferimento alla teoria psicologica di Daniel Stern (cfr. cap. 2). L’autore, quando fa riferimento alle prime fasi di sviluppo, individua alcune modalità tramite cui il Sé preverbale si organizza; si ricordano in particolare le modalità di organizzazione percettiva basate sul trasferimento trasmodale e sugli affetti vitali. Ci si riferisce ad un “universo affettivo primario” in cui l’elaborazione delle sensazioni e delle percezioni avviene per via “amodale” (cioè secondo uno stile percettivo arcaico che comporta “incroci sensoriali” per cui ogni sensazione tende a globalizzarsi, coinvolgendo più settori nel corpo), attraverso “sinestesie” (quando due sensi distinti vengono attivati da una stimolazione che riguarda uno solo di essi) e attraverso gli “affetti vitali” (quelle qualità dinamiche e cinetiche dei sentimenti quali crescere, decrescere, fluttuare, svanire).

In musicoterapia il suono e la musica, in quanto componenti essenziali di quell’“universo affettivo primario” ed elementi che si pongono all’origine del processo comunicativo-relazionale, facilitano il determinarsi delle modalità elaborative sopra menzionate nonché di “sintonizzazioni affettive”.

Stern pone le “sintonizzazioni affettive” a fondamento dello sviluppo della “relazione intersoggettiva” riconoscendole anche come momenti riparatori delle funzioni del Sé.

Un altro riferimento essenziale è la teoria di Benenzon, sviluppata attorno ai concetti di “ISO” (Identità Sonora) e di “oggetto intermediario” (cfr. par. 1.2.3).

L’esperienza musicoterapica con soggetti autistici riconduce a molteplici situazioni relazionali e sonoro-musicali, tra queste, le più evidenti sono:

- a) isolamento, rifiuto;
- b) non interazione/produzione spontanea;
- c) stereotipie sonoro-musicali e/o motorie;
- d) comunicazione/relazione attraverso l’elemento sonoro.

Nelle condizioni a) e b) il musicoterapista attua generalmente un lavoro di contenimento; l'attenzione e l'ascolto sono rivolti alla persona con lo scopo di cogliere potenziali stimoli o segnali di apertura che possano attivare la proposta sonoro-musicale del musicoterapista

Nella situazione c) l'obiettivo è fondamentalmente quello di favorire, nel paziente, una maggiore presa di coscienza dell'altro: vi è un'oscillazione continua fra dentro e fuori la realtà; il tentativo di aumentare il livello di consapevolezza avviene cercando di modificare le stereotipie, introducendo variazioni sonoro-musicali che in parte riproducono la stereotipia stessa e in parte se ne discostano.

La situazione d) coincide con il dialogo sonoro: il suono viene utilizzato come "oggetto intermediario" e favorisce lo sviluppo della relazione intersoggettiva nei suoi aspetti di compartecipazione dell'attenzione, delle intenzioni e degli stati affettivi.

Propongo ora alcuni esempi musicali tratti da sedute di musicoterapia:

A) Produzione spontanea di un soggetto autistico; questa produzione viene effettuata utilizzando la sillaba *gu* (intensità, altezza e frequenze medie): il ritmo prodotto è costituito da una successione di croma, semiminima e croma e crea un effetto sincopato. Tale effetto caratterizza l'identità sonoro-musicale del paziente (vocale e non) divenendo un elemento fondamentale utilizzato dal psicoterapista al fine di instaurare una relazione.

B) La produzione sonora in questo caso è il risultato di un movimento di dondolamento che una ragazza autistica produce facendo entrare il proprio corpo appoggiandosi alla porta di ingresso della stanza di musicoterapia; il musicoterapista riprende aritmicamente al metallofono tale movimento suscitando curiosità nella paziente la cui stereotipia si trasforma gradualmente in un profondo contatto empatico che implica attese e proposte (anche variate), in sintonia con l'andamento della relazione. Persino il respiro della paziente (perfettamente udibile nella sequenza sonora) è sintonizzato con l'andamento ritmico prodotto.

C) Un paziente, che non entra in contatto con gli strumenti musicali, produce con la voce, in modo onomatopeico, un suono che dal punto di vista timbrico è perfettamente sovrapponibile a quello prodotto dal musicoterapista con un tubo sonoro; lo stile delle produzioni è dialogico, l'intensità della relazione elevata.

D) Il musicoterapista propone una melodia ternaria¹⁴ allo xilofono; il paziente si inserisce nella produzione, sullo stesso strumento, adeguandosi all'andamento ritmico;

¹⁴ Melodia ternaria significa una melodia composta su di un ritmo base di tre tempi di durata uguale, con l'accento sul primo.

al termine della proposta del musicoterapista il paziente introduce alcune variazioni sonoro-musicali modificando l'agogica, la dinamica¹⁵ e anche la produzione ritmica che diviene più complessa e articolata.

Paziente e musicoterapista seguono lo stesso “profilo di intensità”, la relazione è molto coinvolgente dal punto di vista emotivo ma anche corporeo; il dialogo sonoro diventa intenso; il suono e gli strumenti musicali assumono la funzione di “oggetti intermediari” favorendo la relazione intersoggettiva.

Il concetto di “terapia” implica quello di “cambiamento” e quest'ultimo si riflette anche sul piano sonoro-musicale:

- da un punto di vista “formale”, quindi esteriore, le produzioni si arricchiscono, variano;

- da un punto di vista “qualitativo”, quindi più interiore, cambia la modalità di produrre, si modificano la qualità del suono e lo stato d'animo da cui questo scaturisce. Il suono si riveste di un significato affettivo favorendo i processi di sintonizzazione.

Nel primo caso varia la produzione sonora ma non necessariamente l'intensità della relazione si modifica; nel secondo caso il cambiamento della relazione può riguardare anche uno solo dei parametri musicali e ciò non lo rende sempre immediatamente evidente, se non fosse per una risonanza emotiva che si sviluppa tra il musicoterapista e il paziente. Tale risonanza comprova l'avvenuta sintonizzazione sulla base di un “sentire” comune e di un punto di incontro tra due identità sonoro-musicali.

Nel trattamento musicoterapico di persone autistiche il cambiamento, espresso anche musicalmente, si riflette sulla qualità del suono, relativamente a “come” più che a “cosa” viene prodotto.

Il soggetto autistico, spesso con deficit sul piano cognitivo, agisce il suono più che elaborarlo e ciò ci rimanda a quei parametri “qualitativi” del suono che caratterizzano l'ambito arcaico degli “affetti vitali” prima menzionati.

Quanto affermato introduce un'idea centrale rispetto al musicale in musicoterapia: la musicoterapia considera il nesso suono-relazione e non considera l'evento sonoro-musicale sganciato dal contesto relazionale.

Per questa ragione la “dimensione estetica” deriva, in questo ambito, dalla sinergia tra componente musicale e componente relazionale e non esclusivamente dalla componente musicale.

¹⁵ L'agogica è il termine musicale per indicare l'insieme delle piccole oscillazioni di tempo nel discorso musicale richieste dall'espressione e dall'interpretazione. Si chiamano indicazioni agogiche le indicazioni di andamento: allegro, adagio ecc. La dinamica è quell'aspetto del discorso musicale che riguarda l'intensità del suono: ad esempio piano (*p*), forte (*f*) fortissimo (*ff*)

In sintesi si potrebbe dire che la qualità della relazione cambia il modo di sentire e fare musica così come il modo di sentire e fare musica incide sulla qualità della relazione.

Frequentemente, nei casi di autismo (e soprattutto in soggetti adulti), il punto di partenza dell'intervento musicoterapico è costituito da una situazione di isolamento e di assenza di comunicazione, in cui il setting musicoterapeutico gradualmente facilita la prima presa di contatto del paziente con la realtà.

In un secondo momento si può assistere alla nascita di una relazione tra il paziente e l'oggetto sonoro consistente in una fase preliminare, in cui le produzioni (spesso stereotipate) hanno una valenza essenzialmente esplorativa, non comunicativa.

Questo momento costituisce comunque un'importante tappa che conduce alla relazione con l'oggetto sonoro con finalità comunicative; in tale contesto si creano momenti di dialogo sonoro che esprimono condotte stereotipate e imitative (ecolalie, ecoprassie) tipiche dell'autismo, ma che possono anche evolvere positivamente assumendo i tratti di una comunicazione/espressione varia, creativa, con rilevanti sfumature e modulazioni emotive.

Se e quando le capacità espressive e comunicativo-relazionali si ripercuotono anche nel mondo sociale di appartenenza, quindi non solo nel setting musicoterapico, lo stesso paziente invia al musicoterapista segnali che spingono quest'ultimo a porre fine all'intervento.

Ciò presuppone che siano stati raggiunti, almeno in parte, gli obiettivi legati allo sviluppo del Sé e allo sviluppo e al mantenimento delle capacità affettivo-comunicativo-relazionali a cui corrispondono significative modificazioni sul piano comportamentale e dell'interazione sociale.

Seguono alcune considerazioni effettuate in alcuni anni di ricerca, relative agli aspetti relazionali e sonoro musicali riscontrati nelle sedute di musicoterapia con soggetti autistici tratti dalla letteratura (Raglio, 2000):

- il suono ha avuto potenzialità attivanti indipendentemente dal processo musicoterapico;
- le sedute di musicoterapia hanno favorito il determinarsi di un maggior numero di momenti con valenza relazionale, sia riguardanti la relazione diretta con il terapeuta che quella mediante gli strumenti. Questi momenti sono stati per lo più determinati da stimoli sonoro-musicali;
- l'elemento sonoro-musicale facilita la relazione intersoggettiva e favorisce i momenti di sintonizzazione;
- la "musicalità" di alcuni pazienti e la positività del transfer si rivelano elementi determinanti nella relazione terapeutica;

- nelle produzioni emerse vi è stata una prevalenza dell'elemento ritmico;
- l'"intensità"¹⁶ ha costituito il parametro sonoro che ha maggiormente facilitato le sintonizzazioni;
- nei pazienti si è riscontrato un uso elevato dell'elemento corpo/voce, che è parso essere lo strumento più significativo per l'espressione e la comunicazione;
- nei pazienti vi è stato un rapporto di diretta proporzionalità tra movimento e relazione; non è sembrata esistere distinzione tra avvicinamenti e allontanamenti (entrambe le situazioni hanno assunto un paritetico significato comunicativo-relazionale);
- si è constatata la particolare rilevanza, relazionale e sonoro musicale, di un "setting" costituito da strumenti a corde;
- i vari "setting" non hanno sostanzialmente modificato l'identità sonora di ciascun individuo, ma piuttosto sono stati più o meno stimolanti o induttivi di creatività;
- i momenti di silenzio hanno suggerito significativi impulsi creativi;
- le sedute con soggetti autistici sono state quelle in cui si è avuta una prevalenza di stati d'animo positivi provati sia dal musicoterapista che dall'osservatore.

Tali considerazioni, che si presterebbero ad ulteriori approfondimenti, possono costituire importanti spunti di riflessione sull'applicazione della musicoterapia nell'autismo.

Ci si può chiedere: le difficoltà (non le modalità) di comunicazione e di relazione non possono forse accomunare la persona autistica e la persona sana?

Basti pensare, ad esempio, alle stereotipie sonore che si riscontrano negli autistici accostate all'analoga valenza non comunicativa che spesso caratterizza le produzioni di gruppi (di persone sane) che convergono su un ritmo binario mantenuto per lungo tempo.

Come riflessione finale c'è da chiedersi se molte delle considerazioni relative all'applicazione della musicoterapia nella patologia qui considerata non si potrebbero applicare anche in un contesto più ampio.

3.2.2. La musicoterapia per la riabilitazione del bambino autistico

¹⁶ Per intensità si intende il volume del suono prodotto: dipende principalmente dall'ampiezza delle vibrazioni ma è influenzata anche dall'altezza e dal timbro. In acustica è misurata in decibel (dB).

Tra gli studiosi che si occupano di autismo c'è una relativa concordanza nel ritenere che un elemento comune a tutti i ragazzi autistici è la loro reazione alla musica (Benenzon R., 1997, 2000, Alvin J., 1981). Inoltre, gli stessi studiosi sostengono che, con una terapia musicale nel lungo periodo, se applicata con abilità, pazienza, comprensione e affetto e senza pretese o ambizioni eccessive, si possono ottenere risultati positivi. L'autismo impedisce di realizzare relazioni emotive e sociali, o d'inserirsi nell'ambiente, o, perfino, di porre in relazione tra loro parti del corpo. Il soggetto autistico sembra impossibilitato ad afferrare un processo, sebbene riesca, entro certi limiti, a comprendere le cause e gli effetti di una situazione concreta. La musica è di aiuto in tale situazione poiché può essere goduta ad un livello concreto senza che il soggetto debba necessariamente avvalersi di processi cognitivi coscienti.

Il musicoterapista cerca di usare la musica come forza integrante, coinvolgendo in un'unica operazione fattori mentali, emotivi, fisici e sociali, interessando il ragazzo al suo livello di tolleranza intellettuale ed emotiva. Le tecniche usate dovrebbero, alla fine, avere come risultato l'integrazione del soggetto; riuscire ad armonizzare (equilibrare) le componenti emotive, motorie e mentali della persona a livello globale e dovrebbero metterlo in condizione di progredire secondo il proprio ritmo. L'attenzione del ragazzo alla musica può essere attribuita al fatto che egli si sente pienamente coinvolto e più realizzato in un ambiente musicale.

Secondo Benenzon (1998) la musica può svolgere il ruolo di oggetto mediatore tra il bambino e la realtà esterna, cioè rappresenta uno strumento comunicativo a valenza terapeutica che non suscita angoscia nel paziente. In questo senso la musica assolverebbe le funzioni tipiche dell'oggetto transizionale (Winnicott, 1971)

I suoni più utili alla comunicazione sono di due tipi: il suono che ripropone i segnali acustici compresi nei corso dei primi mesi di vita prenatale del bambino (battito cardiaco, rumori intestinali, respirazione, tensione delle parole materne etc.) e la voce umana, che può essere utilizzata anche in funzione dell'emissione dei semplici rumori (fischiare, digrignare i denti, schioccare la lingua etc.). Successivamente, questi momenti sonori possono essere messi in relazione con altre tecniche e mezzi, quali ad esempio la psicomotricità. Benenzon (1998) ritiene che sia utile abbinare lo stimolo sonoro ad uno o più movimenti, fino a che non si giunga alla coordinazione tra l'uno o gli altri. Quando ciò avviene, significa che il soggetto sta rispondendo positivamente alle stimolazioni, che esiste un rapporto tra il bambino e il mondo esterno e che il messaggio dall'esterno ha penetrato la "barriera" che avvolge il bambino.

Ogni bambino autistico è però un caso a sé: una terapia valida per uno può essere inutile per un altro. Bisogna quindi svolgere un lungo lavoro di sperimentazione e di prove per riuscire a trovare quel peculiare messaggio sonoro a cui quel bambino è sensibile.

Al fine di ottenere un'attività fondata scientificamente e di verificare l'efficacia di alcuni messaggi sonori sulla capacità di ricezione del soggetto, è utile registrare una serie di rumori che richiamino quelli apparsi nei primi mesi di vita prenatale, come i già citati battiti cardiaci, rumori intestinali, vibrazioni della voce materna ed i rumori dell'esterno filtrati dal liquido amniotico. L'ascolto di questi rumori provoca una serie di reazioni e risposte che vanno annotate in modo preciso per ricostruire così, fin dove possibile, il vissuto del ragazzo autistico e avvicinarsi, analizzando il suo comportamento a seguito dell'ascolto di questi suoni, alle cause del suo profondo disadattamento.

Secondo Benenzon (1998) è anche utile, prima di procedere all'ascolto, compiere un'indagine che ci permetta di reperire i dati clinici più interessanti del paziente, ad esempio attraverso l'utilizzo di una scheda compilata con la collaborazione della madre. È importante annotare la funzione dell'ambiente musicale nella prima formazione del bambino (dal periodo prenatale fino ai primi giorni dopo la nascita). Le onde sonore possono infatti aver provocato in lui traumi o paure, oppure, al contrario, possono aver influito positivamente sulla sua formazione psicofisica. Particolare attenzione va prestata all'ambiente in cui ha vissuto la madre durante la gestazione; se era troppo rumoroso è utile tenerne conto e cercare d'identificare il tipo di rumore prevalente per poi riprodurlo con lo scopo di osservare il conseguente comportamento del soggetto. Il suono ha la capacità di riportare in superficie situazioni inconsciamente vissute proprio mediante la ricostruzione di quell'ambiente sonoro che produceva esperienze di carattere negativo. Anche un ambiente particolarmente silenzioso può comunque procurare al nascituro forme di disadattamento. Così l'impatto tra il silenzio del ventre materno e l'esterno può essere causa di traumi; quest'ultimi possono, infine, venire provocati anche dal momento della nascita che dovrebbe preferibilmente avvenire in un ambiente silenzioso.

3.3 L'applicazione della musicoterapia in casi di autismo infantile

3.3.1 L'uso della musica durante il trattamento

Juliette Alvin (1981) ritiene che ogni studio di lungo termine su un soggetto autistico si possa suddividere in tre periodi principali, che consentono anche il raffronto con lo

sviluppo del ragazzo in altri campi; si nota infatti che ai periodi di regressione personale corrisponde una regressione anche nel campo musicale.

Durante la prima fase la musica scavalca, per qualche tempo, il processo cognitivo e raggiunge direttamente il disturbo emotivo e della personalità. Gli aspetti concreti e percettivi di un'esperienza musicale prescindono dal significato simbolico del linguaggio verbale e soddisfano così l'esigenza che il soggetto affetto da autismo ha di esprimere in modo non verbale la propria personalità. Durante la fase seguente nel soggetto aumentano la consapevolezza della relazione umana e musicale contenuta nell'esperienza. Nel terzo periodo, infine, si delinea in modo preciso una direzione verso un'area specifica, in cui la persona può trovare un valido mezzo di espressione di sé, una fonte di soddisfazione e di conquista in grado di persistere per molti anni. Il terapeuta deve comunque valutare i bisogni e le possibilità musicali del soggetto come pure la sua capacità di stabilire relazioni con l'adulto o la sua capacità di non opporsi a quanto si esige da lui. I tre stadi di sviluppo procedono più velocemente con quei ragazzi che posseggono ovviamente maggiori capacità di apprendimento; la cosa importante, però, è che il ragazzo apprenda qualcosa che faccia impressione su di lui e duri finché gli può tornare utile. E' fondamentale che i genitori, il terapeuta o gli insegnanti non si facciano prendere dalla tentazione di accelerare i tempi e inserire il fanciullo in un gruppo che fa musica quando non è ancora pronto.

Le tecniche musicali operano soprattutto sui processi percettivi e cognitivi e si propongono di ottenere risultati psicologici importanti per il soggetto. L'uso terapeutico della musica ha scopi umani, specie quello di creare una comunicazione umana attiva con un ragazzo incapace di stabilire relazioni attraverso i normali canali dell'affetto e dell'intelligenza. La terapia musicale mira ad aggirare o rimuovere gli ostacoli emotivi o intellettivi che si frappongono tra lui e l'ambiente, e a migliorare il comportamento nel suo rapporto sia con chi lo circonda sia con se stesso. A tal fine ha una grande influenza la relazione che il soggetto autistico instaura con il terapeuta, in quanto si basa sulla comprensione che egli trova in lui, dei suoi problemi e dell'applicazione di abilità capaci di infondere fiducia.

Ancora, Alvin (1981) afferma che la musica può cambiare l'umore del soggetto autistico e il suo comportamento, ma può anche diventare un mezzo per evadere dalla realtà, una forma di isolamento con funzione regressiva.

La scelta della musica per il trattamento di un soggetto autistico è molto difficile. Sono stati fatti molti studi e la maggior parte sembrano indicare una preferenza per la musica di Mozart, Schubert, Chopin. Alcuni ragazzi sembrano preferire la musica eseguita direttamente dal terapeuta e si divertono sia a guardare che ad ascoltare; altri, invece,

preferiscono la musica di un giradischi o di un registratore, magari tenendolo sulle ginocchia e controllando il volume, l'arresto o l'avvio. In questo modo il ragazzo partecipa attivamente all'esercizio.

3.4.3 Il caso di S.

Questa esperienza si è svolta all'interno di una scuola materna e nel corso dell'attività di musicoterapia sono stato affiancato dalla maestra d'asilo, Paola, che seguiva da tempo S.

- a) Anamnesi: S. è un bambino autistico di 5 anni che presenta tutte le caratteristiche principali di questo disturbo: grave compromissione del linguaggio (non parla, emette soltanto grida e suoni, normalmente piuttosto acuti), tendenza all'isolamento e anaffettività, sguardo perso nel vuoto, autoaggressività, eteroaggressività, iperattività
- b) Bilancio psicomusicale: appena giunti nell'aula predisposta per la musicoterapia i bimbi ci assaltano letteralmente irresistibilmente attratti dal richiamo degli strumenti e della musica. Questa situazione ovviamente crea un certo caos, ma già in altre occasioni abbiamo notato che per iniziare un'attività nuova con S era proficuo coinvolgere il gruppo, anche se tale scelta apparentemente discorda col fatto che questi bambini sono estremamente sensibili ai rumori e al disordine. Cercando di contenere l'entusiasmo dei bambini ma senza ovviamente spegnerlo, abbiamo lasciato che cominciassero ad esplorare gli strumenti e produrre suoni. Mentre ci si aspetterebbe che in un caso di autismo il bambino si allontani da una situazione così caotica, qui invece dopo un fase preliminare di pochi minuti, in cui solo il gruppo era coinvolto nell'attività sonoro-musicale, S, spontaneamente si avvicinava a noi, e con una certa determinazione si impadroniva letteralmente di una delle maracas o di uno dei mallets e cominciava ad utilizzarli in modo percussivo sul tamburo più grande. Il modo con cui percuoteva il tamburo, usando pertanto in modo improprio la maracas, ci trasmetteva un senso di grande aggressività che si accompagnava, come spesso capita, con l'iperattività. S. non interagiva con gli altri ma produceva una serie di suoni molto intensi, in rapida successione. Dal punto di vista fonosimbolico (cfr. par 1.3.), si tratta di suoni grandi, che ricordano sensazioni legate alla pesantezza e all'oscurità (fonosimbolismo sinestesico), e ad emozioni come la paura (simbolismo fisiognomico). Dopo aver prodotto questa serie di suoni, quasi si trattasse di una serie di tuoni che irrompono durante una giornata serena, S. si allontanava di nuovo e riprendeva il suo movimento incessante nella stanza, fermandosi ogni tanto in qualche angolo e restando immobile a guardare in qualche punto indefinito. Io mi staccavo dal gruppo e cercavo di avvicinare S in modo dolce e discreto: usando il flauto di canna come un pifferaio magico provavo ad attrarne l'attenzione. Il tentativo risultava fallimentare perché S. appariva infastidito dal suono acuto e povero di armonici del flauto. Ritornavo così nel gruppo e lascavo S,

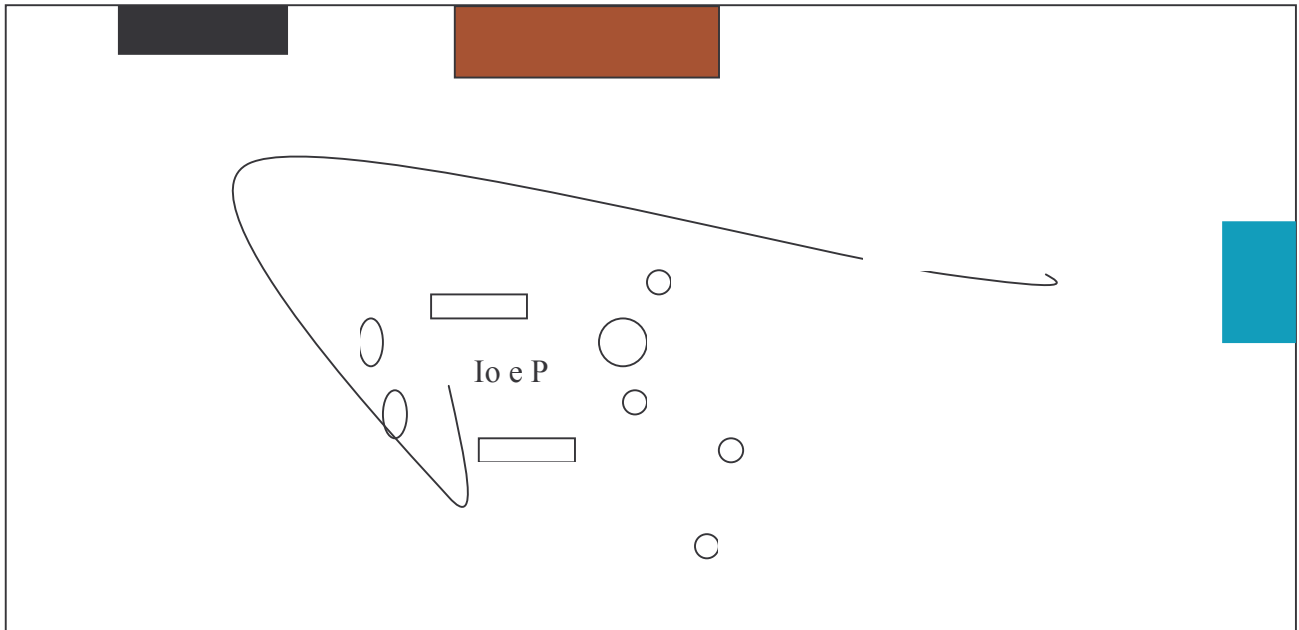
in pace. Ad un certo punto iniziavo ad usare il bastone della pioggia (si tratta di un lungo tubo di legno, perlopiù una grossa canna di bambù ripiena di piccole pietre o palline di metallo, in modo che voltandola e rivoltandola la caduta degli oggetti produce un suono che ricorda quello della pioggia). Tutti i bambini sono estremamente attratti da questa nuova e curiosa sonorità. Cominciano ad usarlo a turno. Ad un certo punto S. si avvicina di nuovo con la solita irruenza e se ne impadronisce. La capacità di imitazione del bambino è buona in quanto capisce immediatamente come va usato. Usa lo strumento correttamente (a differenza delle maracas che usava percuotendole e non agitandole) e in modo calmo. Già in precedenza avevo osservato che S. era estremamente attratto dagli oggetti che cadono: in particolare oggetti piccoli come pezzi di carta e sabbia. Una delle sue attività preferite è quella di raccogliere questi piccoli oggetti nella coppa formata dalle mani, poi alzare le mani e lasciare cadere gli oggetti. Quando è concentrato in questo tipo di attività S. è calmo. Mentre lascia cadere gli oggetti, ad esempio pezzi di carta, soffia, oppure produce piccoli suoni acuti, come squittii. Sono certo che il bastone della pioggia gli ha ricordato questo atto del cadere, un affetto vitale direbbe Stern, che è comune a diversi atti e situazioni. Direi che in termini di affetti vitali si può parlare di azioni e situazioni, e meglio, di “forme del sentire, come li definisce Suzanne Langer, descrivibili come “fluttuare”, “svanire”, “trascorrere”. Questo tipo di affetti vitali si contrappone nettamente a quelli espressi quando S. suona il tamburo: in quel caso gli affetti vitali sono piuttosto “l’esplosione” e il “crescendo”. Direi da queste osservazioni che la vita psichica di S. si muove alternandosi tra i due estremi del “fluttuare” e dell’”esplosione”, quasi senza una via di mezzo. Durante queste attività di gruppo abbiamo osservato, non senza soddisfazione, come S., dopo alcuni tentativi di avvicinamento ed esplorazione degli strumenti interrotti da brusche fughe iperattive, si sedeva dolcemente e tranquillamente vicino ad altri bambini, senza manifestare alcun comportamento-problema ma rimanendo concentrato per qualche istante nell’attività collettiva. In questi istanti, benché mai si sia osservato una vera e propria interazione con i compagni, vedendolo seduto con loro attento e tranquillo abbiamo realmente avuto la sensazione che S. fosse parte di un gruppo, che il suo isolamento almeno per quel tempo venisse meno, che, per dirla con Bettelheim, le mura della sua fortezza crollassero come quelle di Gerico sgretolate dal suono degli strumenti dell’esercito degli Israeliti.

c) Indicazioni al trattamento:

- Desiderio di esplorare gli strumenti musicali, seppure in modo incostante e per breve tempo (un minuto o poco più).

- Manifestazione di competenze imitative sonoro-musicali.
 - Presenza di segni di competenze specifiche ritmico-musicali.
- d) Obiettivi:
- Cercare di sviluppare per mezzo della musica le seppur embrionali capacità comunicativo- relazionali di S.
 - Contenimento dell'iperattività e dell'aggressività.
 - Coinvolgimento in attività di gruppo.
- e) Modalità di intervento:
- Ascolto di musica preregistrata.
 - Ricerca di sincronizzazione ritmica.
 - Variazione strutturale e formale.
- f) Struttura del setting: la stanza di musicoterapia ha una struttura diversa dai casi precedenti in quanto sfrutta un ambiente naturale: uno spazio di un'aula della scuola materna che abbiamo ricavato usando delle pareti di cartone. Siccome abbiamo osservato più volte che S. non si avvicinava naturalmente agli strumenti ma continuava a muoversi per l'aula in modo iperattivo, abbiamo preferito coinvolgere altri bambini per attrarre la sua attenzione (avevamo già osservato che S. in altri casi si avvicinava, anche se per poco tempo, quando il gruppo era occupato in un'attività collettiva). In questo caso pertanto sono presenti altri tre o quattro bambini oltre a S. Abbiamo utilizzato i seguenti strumenti: un tamburo grande (Djembè), un tamburo piccolo, due maracas, un flauto traverso di canna, un flauto dolce, due mallets, una chitarra, un bastone della pioggia, lettore cd. Gli strumenti sono disposti in cerchio intorno a me e a P., tranne il lettore cd che si trova su una mensola all'entrata dello "spazio" riservato a S. Ci rendiamo conto che una disposizione del genere tradisce un desiderio di controllo della situazione e nello stesso tempo un tentativo di difenderci dai bambini stessi e dalla loro irresistibile emotività. Tuttavia abbiamo preferito, per questi primi incontri, mantenere questa disposizione diciamo più contenitiva.

Setting:



3.4.4. Il caso di H.

- a) Anamnesi: H. è una bimba marocchina di 4 anni che frequenta la scuola materna a cui è stata diagnosticata la sindrome del Cri-du-chat (sindrome del pianto del gatto). Si tratta di una sindrome di origine genetica (perdita di una parte del braccio corto del cromosoma 5) scoperta nel 1963 e con un'incidenza piuttosto bassa (1:50.000). Benché non si tratti di un caso di autismo è tuttavia un esempio di handicap neuropsichico con assenza del linguaggio verbale e ritardo mentale grave, che presenta molte analogie con il trattamento del bambino autistico. L'elemento caratteristico di questa sindrome, oltre al dimorfismo facciale, è rappresentato da un pianto acuto e flebile, simile ad un miagolio, che ha dato il nome alla sindrome. La perdita di una parte del patrimonio genetico coinvolge purtroppo anche lo sviluppo cerebrale con conseguente microcefalia e ritardo dello sviluppo psicomotorio. Vi può essere ipotonia a associarsi malformazione cardiache e renali che possono portare alla morte nel primo anno di vita. Superato questo periodo, la sopravvivenza è prolungata e diversi soggetti hanno raggiunto i 50 anni di età. Questi bambini, allevati in famiglia e sottoposti a interventi educativi e riabilitativi precoci possono, anche se più lentamente rispetto agli altri bambini, raggiungere le normali tappe dello sviluppo psicomotorio e progredire nelle acquisizioni del comportamento sociale e del linguaggio.
- b) Bilancio psicomusicale: quando arriviamo a scuola H. è in un'aula da sola con due insegnanti. E' una bambina minuta e dallo sguardo dolcissimo che si aggrappa continuamente all'insegnante chiedendo di essere presa in braccio. Piange spesso con quel pianto acuto e flebile simile ad un miagolio che ha appunto dato il nome alla

sindrome. E' attratta dagli oggetti che mette sempre in bocca e ama buttare giù le scatole o gli oggetti che sono impilati negli armadi o sul tavolo. Quando cammina lo fa in modo piuttosto scoordinato e senza riuscire a mantenere una direzione precisa. E' molto sensibile ai rumori che la disturbano moltissimo e la spingono ad un pianto inconsolabile. Proprio per questo occorre creare un angolo silenzioso nel quale lavorare e l'ingresso nella classe deve essere fatto col massimo silenzio. Ci recavamo in coppia da H. una volta ogni 15 giorni. Dopo un periodo iniziale di osservazione ho proposto anche per H. l'utilizzo della musica dopo averlo concordato con l'educatrice e lo psicologo del Servizio di Neuropsichiatria Infantile. Lo strumentario utilizzato è stato identico a quello utilizzato con S. La bambina, seduta sul tappettino ha cominciato ad esplorare gli strumenti mettendoli spesso in bocca o appoggiandoli sul corpo o sul capo. Soprattutto la attraevano le maracas e il bastone della pioggia. Di solito utilizzava gli strumenti per un po', manipolandoli, leccandoli, suonandoli in vario modo e poi li gettava lontano da sé, li riprendeva nuovamente e riproduceva la sequenza. Durante queste sessioni, con l'uso della musica H. ha senz'altro pianto di meno, anzi ci è decisamente parsa più tranquilla e felice. Anche in questo caso sarebbe necessario poter proseguire il lavoro il prossimo anno scolastico per sviluppare i buoni risultati ottenuti.

c) Indicazioni al trattamento:

- Presenza di atteggiamenti esplorativi rivolti agli strumenti.
- Manifestazioni di competenze imitative sonore musicali.
- Presenza di atteggiamenti di condivisione del dialogo sonoro-strumentale con l'adulto.

d) Obiettivi:

- Ottenere con l'utilizzo del materiale sonoro-musicale interruzioni più o meno lunghe delle crisi di pianto della bambina.
- Incrementare le embrionali competenze comunicative.
- Migliorare la motricità complessiva usando gli strumenti musicali come stimolo al movimento.

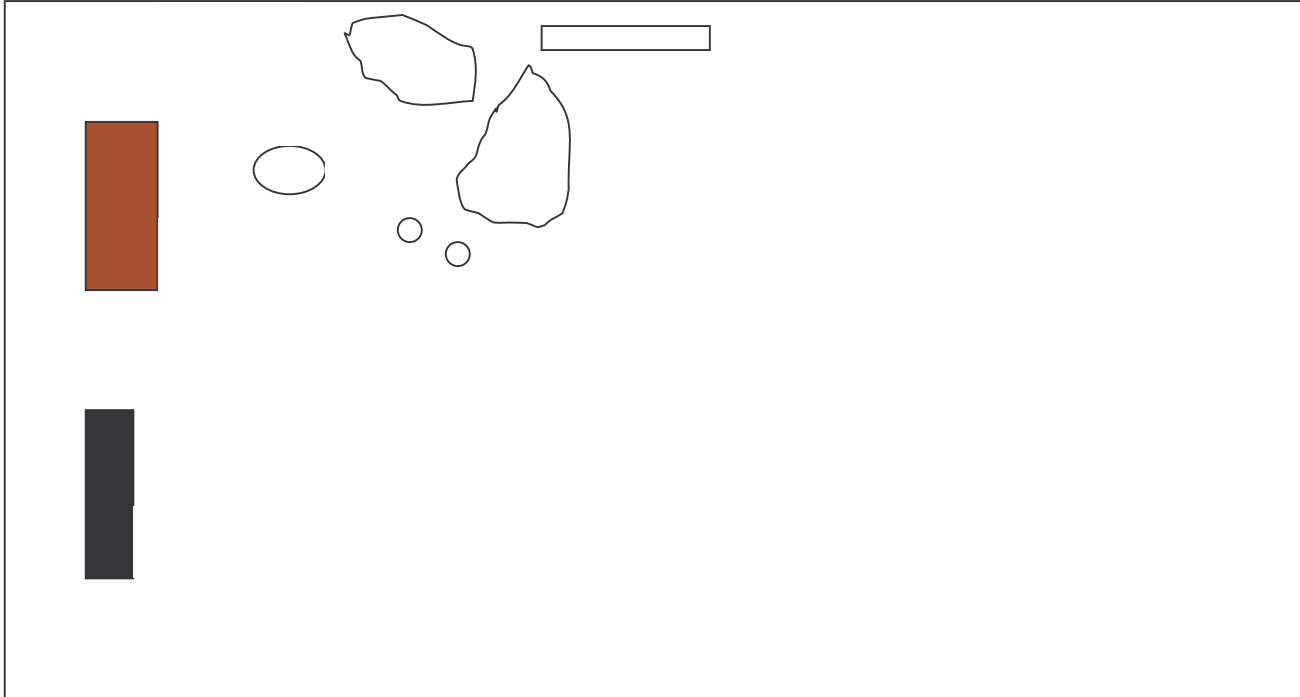
e) Modalità di intervento:

- Ricerca di sincronizzazione ritmica.
- Stimolo a scoprire nuove sonorità usando gli strumenti in modo non ortodosso.
- Variazione strutturale e formale.

f) Struttura del Setting: il setting è stato costruito per contenere al massimo le ansie della bambina e le sue crisi di pianto. H. siede su dei teli circondata dai suoi giocattoli e dagli strumenti che le abbiamo messo a disposizione: maracas, tamburi, flauti, sonagli, e

bastone della pioggia. Una delle due maestre a cui H. è più legata le si avvicinava ogni tanto nei momenti di pianto mentre io e l'altra maestra ci tenevamo in disparte. Io intervenivo a sollecitare l'esplorazione degli strumenti il minimo necessario.

Setting:



3.4.5. *Il caso di A.*

- a) Diagnosi: la diagnosi è di ritardo psicomotorio di grado medio dovuto a sofferenza perinatale. Il settore maggiormente compromesso, anche se in costante evoluzione, è quello della comunicazione. Al momento delle prime osservazioni, A., dopo un periodo di assenza pressoché totale di linguaggio, presenta iperverbalizzazione. Dimostra di avere una notevole fantasia ma spesso completamente slegata dal contesto. Ha difficoltà nel rapporto coi coetanei nel senso che quando è in gruppo si comporta come fosse solo, non ha relazioni importanti coi compagni, cerca di attrarre l'attenzione soprattutto dell'adulto (educatore, maestra, familiare) che in quel momento rappresenta il punto di riferimento principale. Vi è difficoltà nel comprendere le consegne e i concetti astratti. Con A. abbiamo condotto un lavoro mirato alla comprensione delle regole, inserimento nel gruppo di coetanei, acquisizione dei concetti temporali – inizio, fine -, rispetto dei turni di conversazione, sviluppo del pensiero simbolico, miglioramento delle competenze comunicative.
- b) Bilancio psicomusicale: abbiamo svolto alcuni laboratori musicali a cui in un primo momento A. ha partecipato da solo, e poi, su suggerimento delle maestre, insieme a un gruppo di bambini extracomunitari. Il laboratorio si è svolto in questo modo:

abbiamo preso spunto da una storia che A. stava scrivendo al computer e gli abbiamo chiesto di svilupparla; su questa storia, la storia di Pallino, ho suggerito di caratterizzare ogni personaggio con uno strumento musicale ed un motivo musicale particolare. Così man mano abbiamo completato il racconto.

c) Indicazioni al trattamento:

- Grande interesse manifestato per la musica e gli strumenti musicali.
- Presenza di competenze specifiche ritmico-musicali.
- Desiderio manifestato dal bambino di inventare storie.

d) Obiettivi:

- Miglioramento degli aspetti comunicativo-relazionali.
- Sviluppo del pensiero simbolico.

e) Modalità di intervento:

- Invenzione e drammatizzazione di una fiaba musicale.

f) Struttura del “setting”: il laboratorio si svolgeva con cadenza settimanale per circa un’ora in un’aula scolastica appositamente predisposta. L’educatrice ed io svolgevamo rispettivamente il ruolo di co-conduttrice e di conduttore. Il ruolo interpretato da A. era quello del protagonista ed era al centro del gruppo, mentre gli altri bambini avevano una funzione possiamo dire di “coro”, sottolineando alcune scene ed interpretando altri personaggi della favola, oppure, agendo come “rumoristi”, producevano i suoni degli eventi atmosferici od altri rumori utili alla realizzazione della scena.

Setting:



- g) Intervento e commenti: abbiamo prima letto la favola agli altri bambini sino a dove era stata sviluppata. Poi abbiamo chiesto ad A. di fornirci degli spunti per continuarla. A. ha inventato altri personaggi fantastici che si dividevano poi fondamentalmente in amici e nemici di Pallino, una rappresentazione simbolica del bene e del male. Anche gli altri bambini hanno fornito il loro contributo con invenzione di scene e soluzioni drammatiche. La co-conduttrice ed io abbiamo moderato lo svolgersi della situazione cercando però di lasciare massima libertà ai bambini. Un lavoro molto importante sul quale abbiamo insistito è stato quello relativo all'alternanza dei turni di parola e di azione, quindi al rispetto dell'altro. Io ho cercato di stimolare i bambini, con esempi, ad usare gli strumenti anche in modo non ortodosso: ad esempio, percuotere la chitarra o soffiare dalla parte cava del tamburo, questo al fine di ottenere effetti per la scena ma soprattutto per insegnare ai bambini come qualsiasi oggetto può prestarsi ad usi differenti a seconda di come lo si osserva e manipola, cioè possa essere osservato da diversi punti di vista. Abbiamo prima costruito la storia dividendola in varie fasi, come gli atti di una rappresentazione teatrale, affinché tutti sapessero molto bene la parte che dovevano rappresentare. Poi io raccontavo la storia e man mano che nominavo i personaggi o determinate scene (ad esempio il temporale o una battaglia), i bambini le animavano suonando e danzando. Alla fine abbiamo lasciato al gruppo la piena libertà di rappresentare la "prima" della "Storia di Pallino". Si è trattato di un'esperienza giudicata positivamente sia dai bambini che dalle maestre, che hanno

richiesto di poterla ripetere e sviluppare il prossimo anno. In particolare, A. ha dimostrato un notevole miglioramento delle sue capacità espressive e comunicative, anche se c'è ancora molto da fare sul versante dell'apprendimento delle regole di comportamento in gruppo. Ottimi i risultati per quanto riguarda l'integrazione dei ragazzi extracomunitari con l'uso della musica.

3.5. Un progetto di musicoterapia per l'autismo in ambito scolastico

Poporrò qui di seguito una mio progetto di applicazione della musicoterapia ad un caso di autismo. Tale progetto è stato elaborato sulla scorta della mia esperienza di tirocinio presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile della Asl 16 Mondovì-Ceva. Durante questa esperienza ho potuto lavorare tutte le settimane (tre ore circa la settimana per circa quattro mesi) con un bambino autistico (S.) che frequenta la scuola materna della mia città, e il cui caso è stato presentato nel paragrafo 3.4.3)

Innanzitutto abbiamo predisposto per lui un luogo adatto dove poter svolgere in modo strutturato delle attività seguendo appunto le indicazioni della metodologia TEACCH (vedi descrizione del setting, par.1.4.1). Un tavolino contro il muro di fondo, il muro a sinistra, a destra una fila di cartoni e infine l'agenda. L'agenda consiste in una striscia di cartone a cui sono attaccate, usando il velcro, fotografie che ritraggono in sequenza le attività da svolgere durante il giorno e l'ultima è la foto del papà che segnala che l'orario scolastico è terminato e che i genitori vengono a prenderlo. E' molto importante con un bambino autistico seguire questo tipo di strutturazione: qualsiasi variazione a questa sequenza, un intoppo, un oggetto che non si trova, può far scattare in lui una crisi anche molto violenta sia auto che etero aggressiva. Può sbattere il capo violentemente contro il muro o prenderti a pugni o a testate, piangere in modo inconsolabile anche per diversi minuti prima che si riesca a calmarlo. L'attività deve sempre avere un inizio ed una fine chiari. L'inizio era segnalato da un cd attaccato all'agenda che segnalava che occorreva mettere il cd nel registratore, pigiare certi bottoni ed ascoltare la musica. S. sa fare queste cose in quasi assoluta autonomia ma come ho detto, tutto deve svolgersi senza intoppi altrimenti per lui è come si verificasse una vera e propria catastrofe. Tuttavia il verificarsi di crisi non è sempre da stigmatizzare: anche per un bambino autistico, come per una persona normale, i problemi sono fondamentali per crescere. L'importante è essere consapevoli delle sue difficoltà e delle sue capacità. Siccome sono musicista e frequento una scuola di musicoterapia ho proposto dopo il periodo di osservazione di utilizzare anche con S. non solo la musica ascoltata ma anche alcuni strumenti musicali veri e propri.

Abbiamo scattato una foto allo strumentario e l'abbiamo inserita nell'agenda in modo da compromettere questa nuova attività nell'educazione strutturata. Lo strumentario era composto da: un bastone della pioggia, una chitarra acustica, maracas, un djembè grande e uno piccolo, due flauti. Sottolineo innanzitutto come non sia quasi mai stato

possibile utilizzare il materiale soltanto singolarmente con S. Questo è stato dovuto al fatto che tutti gli altri bambini quando arrivavo mi saltavano letteralmente in testa tanto erano attratti dagli strumenti. Quindi l'attività che pensavamo di svolgere soltanto singolarmente con lui si è trasformata in attività di gruppo che variava di volta in volta e doveva essere flessibile ed adattarsi agli imprevisti che creavano i bambini. Questo, che agli inizi ci parve un inconveniente, comprendemmo presto che si trattava invece di un'opportunità. Lasciando che le cose andassero avanti spontaneamente man mano S. si è avvicinato sempre di più agli altri bambini e siamo riusciti a portare avanti alcune improvvisazioni musicali della durata di qualche minuto. Si è trattata di una vera e propria svolta nel comportamento del bambino che prima non svolgeva attività con gli altri che avessero uno scopo comune. Ovviamente c'è ancora moltissimo da fare su questa strada soprattutto sul versante dell'attenzione e dell'aggressività. Pensiamo di riuscire a coinvolgere il bambino in un'improvvisazione collettiva di maggior durata e in futuro di lavorare con lui in coppia al fine di cercare di instaurare un dialogo di tipo musicale sulla base di proposte ritmico melodiche. Raggiungere questo rappresenterebbe davvero un risultato molto importante per il miglioramento delle sue capacità relazionali, comportamentali e cognitive.

Proposta di un progetto di intervento musicoterapico in ambito scolastico

Scuola materna di D.

Anno scolastico 2007/08

Premessa

L'idea di questo progetto è nata durante il periodo di tirocinio da me svolto presso la struttura di Neuropsichiatria Infantile dell'Asl 16 di Mondovì.

L'intervento realizzato con S., in collaborazione con la maestra, si è articolato in una prima fase osservativa e in una seconda fase in cui ho cercato di utilizzare la musica come strumento per instaurare con il bambino un qualche tipo di comunicazione e di relazione empatica e secondariamente con l'obiettivo di favorire l'integrazione con il resto della classe.

L'interesse di S. per la musica, la sua curiosità per gli strumenti musicali, soprattutto quelli a percussione, la sua partecipazione ad attività musicali di gruppo ci ha spinto ad elaborare un progetto con un respiro più ampio in cui poter sviluppare ulteriormente il lavoro svolto lo scorso anno scolastico.

Quest'anno quindi, abbiamo deciso di dividere l'intervento in due progetti distinti: un progetto di integrazione scolastica ("Spaziare con la musica") che si rivolge a tutti gli alunni indistintamente e un altro progetto, il presente, mirato esclusivamente a S., con obiettivi riabilitativi ed educativi. Ovviamente, nella valutazione finale, i risultati dei due progetti dovranno essere confrontati e analizzati complessivamente.

Teniamo a sottolineare che il progetto dovrà integrarsi con il lavoro svolto da logopedisti, educatori e psicologi della struttura di Neuropsichiatria Infantile in un'ottica di intervento di rete.

Situazione di partenza

S. è un bambino di 5 anni con diagnosi di autismo. Il linguaggio verbale è assente: allo stato attuale non abbiamo rilevato la presenza di ecolalie. Non si osservano neppure le caratteristiche stereotipie motorie tipiche dell'autismo: sfregarsi le mani, camminare in punta di piedi ecc. Sono invece presenti deficit di attenzione e iperattività accompagnati da crisi, spesso piuttosto intense, di auto ed eteroaggressività (batte la testa contro il muro o contro la persona che tenta di consolarlo), in seguito a crisi di ansia sia spontanee che scatenate da frustrazioni anche minime o da modificazioni dell'ambiente. Non si osservano relazioni empatiche con gli altri compagni, lo sguardo è spesso nel

vuoto, S. rifiuta normalmente il contatto fisico: la relazione più significativa in ambito scolastico è con la maestra P. a cui chiede a volte di essere preso sulla schiena. Tuttavia non si avverte mai l'instaurarsi di alcun tipo di relazione significativa e il riconoscimento delle emozioni. Si è invece osservato un particolare feeling di S. con gli animali, in particolare i cani, che accarezza e abbraccia a lungo. S. ama giocare in particolare con la sabbia, la farina, i sassolini, l'acqua: raccoglie le cose con le mani su cui se le fa scivolare lentamente e poi le lascia cadere producendo suoni acuti e nasali che, come melodie a picco, scendono verso toni più gravi (iiiiiooooouuuuuu). Sembra dunque esserci una spontanea associazione tra il gesto del cadere o del far cadere e l'espressione sonora emessa (un abbozzo di linguaggio?).

Messo di fronte agli strumenti musicali, S., dopo un'iniziale indifferenza è stato attratto in particolare dal Djembè (tamburo) e dalle maracas. Mentre gli altri bambini stavano suonando, si è improvvisamente inserito nell'improvvisazione collettiva, cominciando a percuotere con una certa violenza la pelle del tamburo, usando in particolare le maracas, non nel loro modo consueto, ma al posto dei battenti. Questo inserirsi nell'improvvisazione degli altri bambini si è verificata quasi in ogni occasione di lavoro di gruppo: S. si avvicinava, suonava per pochi minuti, e poi si allontanava di nuovo.

Un altro strumento che lo ha interessato molto è stato il bastone della pioggia: pensiamo che S. vanga attratto anche in questo caso dai suoni "piccoli" delle pietruzze che cadono: ha imitato immediatamente il modo corretto di utilizzare lo strumento, anche qui però per un tempo molto breve.

Uno strumento verso il quale ha manifestato invece insofferenza è il flauto: ho provato a suonarlo standogli vicino ma si allontanava sempre, mi sembra proprio infastidito dal suono (troppo acuto?),

Dalle osservazioni precedenti sono emersi alcuni aspetti del comportamento di S. sui quali è possibile intervenire con un lavoro riabilitativo di tipo musicoterapico.

Questi aspetti possono così essere così riassunti:

- Interesse di S. per la musica: in particolare canzoni per bambini del tipo "ci son due cocodrilli..." ascoltate in modo "ritualistico".
- Interesse per gli strumenti a percussione su cui agisce scaricando aggressività.
- Interesse per strumenti come il bastone della pioggia che provocano cadute di oggetti.
- Associazione tra un gesto (far cadere un oggetto) e un suono emesso con la bocca (dall'acuto al grave) che ci fa pensare possa avere, non sappiamo quanto intenzionalmente, un valore espressivo.

Setting

Per la realizzazione del progetto è necessario poter disporre di un locale separato dal resto della scuola materna e in cui si possa lavorare solo con S. (l'esperienza dell'anno scorso ci ha insegnato che non è possibile sviluppare un progetto come questo se si è continuamente interrotti dagli altri bambini). L'ideale sarebbe un locale insonorizzato, magari dotato di specchio unidirezionale, con moquette o tappeti sul pavimento e dove sia possibile disporre gli strumenti in un ordine regolare: questo è un punto importante proprio per il bisogno di prevedibilità e di ritualità del bambino autistico. Il progetto si articolerà in una serie di incontri di 45 min circa, una volta la settimana, indicativamente dall'inizio alla fine del secondo semestre scolastico (la frequenza potrà essere incrementata, in accordo con la direzione scolastica, qualora se ne ravvisassero le necessità e l'opportunità).

Alle sedute parteciperanno il musicoterapeuta e l'educatrice in qualità di osservatrice partecipe.

Materiale

Gli strumenti musicali e la musica preregistrata verranno messi a disposizione dal terapeuta mentre altro materiale, come il registratore, i tappetini, sedie, supporti ecc. verrà messo a disposizione dalla scuola.

Strumentario

Gli strumenti musicali utilizzati saranno: diversi tipi di Djembè, bastone della pioggia, maracas, Wood Block (scatola sonora), xilofono, chitarra, clessidre con acqua. Utilizzeremo anche materiale preregistrato (cd).

Obiettivi

Dati gli aspetti rilevanti della personalità di S. emersi dall'osservazione precedente indichiamo qui di seguito gli obiettivi che ci poniamo nella realizzazione dell'intervento. Nell'individuazione di tali obiettivi e delle strategie operative abbiamo seguito il quadro teorico offerto dal P.L. Postacchini (2001) e G. Moretti (1976) per quanto riguarda il concetto di armonizzazione dell'handicap e ci siamo ispirati in parte al modello musicoterapico di R. Benenzon (2000).

Pertanto in linea generale l'intervento si fonda sull'utilizzo delle sintonizzazioni affettive per mezzo del materiale sonoro per arrivare ad un obiettivo a breve termine di maggiore armonizzazione dell'handicap, tenendo sempre presente che l'obiettivo strategico consiste nell'integrazione del soggetto (Postacchini, 2001).

Gli obiettivi che ci prefiggiamo sono i seguenti:

- **Integrazione spazio-temporale:** tramite l'interesse manifestato da S. per il suono e la musica ci prefiggiamo di aumentare, anche se di poco, il suo grado di capacità di attenzione e riduzione dell'iperattività.
- **Espressività:** basandoci su una minima associazione tra gesto e suono mostrata da S. cercheremo di valorizzare e sviluppare questa capacità espressiva: cercheremo in particolare di capire se in essa vi è un embrionale intenzionalità comunicative e in tal caso tenteremo di svilupparla.
- **Modificazione della comunicazione stereotipata:** tramite la tecnica del dialogo sonoro e del tema con variazioni cercheremo di ridurre le stereotipie motorie di S. e di giungere ad un seppur minimo grado di condivisione dell'attenzione.

Abbiamo volutamente escluso dai nostri obiettivi la compartecipazione degli affetti, cioè il raggiungimento di un vero e proprio coinvolgimento emotivo e affettivo che, allo stato attuale, ci pare nettamente fuori portata del bambino.

Valutazione in itinere

Al termine di ogni incontro il musicoterpista e la maestra redigeranno un protocollo di osservazione. Saranno programmate riunioni di equipe con l'educatrice e lo psicologo del Servizio di Neuropsichiatria Infantile. La famiglia verrà informata periodicamente (ogni 4-5 sedute), attraverso colloqui e/o relazioni scritte.

Valutazione finale del progetto

Il progetto verrà valutato in una riunione finale con i rappresentanti dell'istituzione scolastica e lo psicologo del Servizio di Neuropsichiatria Infantile. Verrà prodotta una relazione finale da parte del musicoterapista e dell'educatrice. Considereremo il progetto realizzato se si raggiungeranno almeno due degli obiettivi che ci siamo posti.

CONCLUSIONE

Suonavano la sonata a Kreutzer di Beethoven, - egli continuò. – Conoscete il primo presto? Lo conoscete? Uh! Uh! E' una cosa terribile quella sonata. E appunto quella parte.(1) ***E la musica in genere è una cosa terribile! Che cosa fa? E come mai fa quello che fa?*** *Dicono che la musica agisca in modo da elevare l'anima: sono sciocchezze, non è vero. Agisce, agisce terribilmente, parlo di me stesso, ma nient'affatto in modo da elevare l'anima; non agisce in modo né da elevare, né da abbassare l'anima.*(2) ***ma in modo da eccitare l'anima. Come dirvi?***(3) ***La musica mi costringe a dimenticarmi di me, della mia vera situazione, mi trasporta in una situazione nuova, e che non è la mia; sotto l'influsso della musica mi pare di sentire quello che in realtà non provo, di capire quello che non capisco, di potere quello che non posso.***(4) ***Io lo spiego dicendo che la musica ha la stessa azione dello sbadiglio, del riso: non ho sonno, ma sbadiglio, guardando della gente che sbadiglia; non c'è ragione di ridere, ma rido, sentendo della gente che ride. Essa, la musica, mi trasporta di un colpo, immediatamente, nello stato d'animo in cui si trovava colui che ha scritto la musica.*** (5) ***Mi fondo spiritualmente con lui e insieme a lui passo da uno stato d'animo all'altro. Ma perché lo faccio, non so. Perché colui che ha scritto, per esempio, la sonata a Kreutzer, Beethoven, lo sapeva bene come mai si trovava in quello stato d'animo: quello stato d'animo l'aveva indotto a determinate azioni, e perciò quello stato d'animo per lui aveva un senso, per me invece non ne ha nessuno. Ed è perciò che la musica eccita soltanto, non conclude. Magari suonano una marcia marziale, i soldati passano al suono di questa marcia, e la musica ha raggiunto il suo scopo; magari hanno cantato una messa, io mi sono comunicato, e anche stavolta la musica ha raggiunto il suo scopo; se no non c'è che l'irritazione, e quello che bisogna fare in questa irritazione non c'è. Ed è per questo che la musica a volte ha un'azione così terribile, così orrenda.*** (6) ***In Cina la musica è un affare di Stato. E così dev'essere. Si può forse ammettere che chiunque vuole ipnotizzi un'altra o molte persone e poi ne faccia quello che vuole? E, soprattutto, che questo ipnotizzatore sia la prima persona immorale che capita?***

*Se no un mezzo terribile rimane nelle mani di chiunque capiti. Prendiamo come esempio magari questa sonata a Kreutzer, il primo presto: si può forse suonarlo in un salotto, in mezzo alle signore scollate, questo presto? Suonarlo e poi applaudire e poi mangiare un gelato e parlare dell'ultimo pettegolezzo? **Queste cose si possono suonare in determinate circostanze importanti, ragguardevoli e quando si devono compiere determinati atti importanti, conformi a questa musica. Suonare e fare ciò a cui ci ha***

predisposto questa musica. (7) Se no l'evocazione fuori tempo e fuori luogo di un'energia sentimentale che non riesce a manifestarsi in nessun modo non può non avere un'azione deleteria.

Su di me, almeno, questo pezzo ebbe un'azione tremenda (8) fu come se mi scoprissero dei sentimenti che mi sembravano nuovi, delle nuove possibilità che fino allora non conoscevo. "Sì, ecco com'è, tutto diverso da come pensavo e vivevo prima, ecco invece com'è", era come se dicesse una voce nell'animo mio. Che cosa fossero queste novità che avevo imparato a conoscere, non potevo rendermene conto, ma la coscienza di questo nuovo stato era molto gioiosa. Tutte quelle persone, e nel loro novero anche mia moglie e lui, mi apparvero in una luce completamente diversa.

E mia moglie non l'avevo mai veduta come era quella sera. Quegli occhi scintillanti, quella severità e importanza nell'espressione mentre suonava, e quell'assoluto liquefarsi e un debole, pietoso e beato sorriso dopo che ebbe finito. Io vedevo tutto, ma non vi attribuivo nessun altro significato tranne questo: (9) che lei aveva le mie stesse esperienze, che anche a lei come a me si scoprivano, ed era come se ritornassero alla memoria, nuovi sentimenti non mai provati.

(L. Tolstoj, La sonata a Kreutzer, cap. XXIII, pag. 97-101)

Questo brano, che ho ritenuto necessario riportare per intero, è tratto da un racconto straordinario di L. Tolstoj, *La sonata a Kreutzer*. Mi è capitato fra le mani quasi per caso, gironzolando in biblioteca. Quando, leggendolo, sono arrivato al brano dell'esecuzione della sonata, ne sono stato profondamente colpito e mi sono subito reso conto che conteneva alcuni riferimenti importanti al lavoro che stavo portando a termine sulla musicoterapia. Ovviamente, per comprendere pienamente la forza che evoca, è necessario leggerlo tutto (cosa che tra l'altro si fa tranquillamente in una serata); tuttavia rammento che quella riportata è una delle scene decisive nello svolgimento della storia: in essa il marito, gelosissimo delle moglie (che alla fine ucciderà), assiste ad un concerto in casa in cui la stessa moglie, al pianoforte, e il suo amante, al violino, eseguono la sonata Kreutzer. Questa sonata è forse la più giustamente nota delle sonate per violino e pianoforte di Beethoven: il tempo che nel racconto viene messo in rilievo è il famosissimo, intenso, incisivo, trascinate e drammatico *presto* (questo pezzo bisognerebbe davvero ascoltarlo, è indimenticabile!). Quella che propongo qui, a conclusione del mio lavoro, è una lettura in senso musicoterapico del brano di Tolstoj, senza alcuna pretesa di verità ovviamente, ma soltanto come proposta a chi legge di seguire il mio stesso percorso: in musicoterapia non esistono verità assolute (se mai esistono da qualche parte!) ma soltanto proposte di esperienze e comunanza di

sensibilità. Per comodità e per una lettura più analitica del testo ho sottolineato le parti più salienti e le ho suddivise in punti, tuttavia solo una lettura complessiva può renderne il significato. Consiglio pertanto di leggere tutto il brano ascoltando il *presto*, soffermarsi in un secondo tempo sui punti che ho evidenziato ed infine rileggere il brano ascoltando nuovamente il *presto*.

1. Qui il marito, che è il narratore in prima persona della storia, ci comunica la capacità della musica, di suscitare in chi l'ascolta intense emozioni. Egli esprime questa constatazione ed esperienza con un termine estremamente vivido: *la musica è una cosa terribile*. Su queste parole si potrebbero scrivere pagine su pagine ma mi limito a constatare che il concetto di intense emozioni in musica è in fondo la ragione principale dell'utilizzo della musica come strumento terapeutico sin dai tempi più remoti dell'umanità; sia nel significato che ad essa già in particolare davano i greci (cfr. par. 1.1.2) sia nel significato più moderno di musicoterapia in senso riabilitativo (cfr. par. 1.5). Per quanto riguarda l'aggettivo *terribile*, rimando ai miti e alle cerimonie legate a Dioniso e alla nascita della tragedia greca, oppure alle ricerche di De Martino sul tarantismo e sul concetto di musica e trance (De Martino, 1961).
2. Chi racconta si chiede: *come fa la musica a produrre tutto questo?* Qual'è la causa degli effetti che produce? La musica eccita l'anima, conclude il narratore: la musica cioè agisce sull'anima in modo analogo (con lo stesso meccanismo) ad esempio del palmo della mano che percuote la pelle del tamburo o del dito che pizzica la corda della chitarra. Su cosa sia l'anima e si intende per anima il discorso è lungo, in questa sede, mi limito ad una visione comportamentista secondo lo schema Stimolo esterno e Risposta delle vie della sensibilità – superficiale e profonda - della persona e della conseguente elaborazione emozionale e cognitiva.
3. In questa riflessione del narratore sul fatto che la musica lo costringe a dimenticarsi di sé mi pare di vedere la forza regressiva della musica (cfr. par. 2.4.3). L'ascoltatore sperimenta una percezione del mondo di tipo molto più globale che nelle condizioni normali di vita: è come se ritornasse, da un punto di vista sensoriale ed esistenziale, alla condizione dell'infante, avvicinandosi ad una percezione di tipo amodale del mondo.
4. A questo punto l'autore offre una spiegazione degli effetti della musica, perfettamente in linea con quanto sostenuto in questo lavoro ed in particolare su quanto esposto al capitolo 2 riguardo le sintonizzazioni affettive e in neuroni specchio: l'imitazione, la comprensione delle emozioni e delle intenzioni avverrebbero in modo automatico senza passare per le vie dell'elaborazione cognitiva soltanto grazie

all'azione combinata dei neuroni-specchio dei soggetti che interagiscono tra loro. In pratica non c'è un soggetto che agisce e uno che subisce l'azione ma sia nell'osservatore (in questo caso nell'ascoltatore) sia nell'attore (in questo caso nell'esecutore) si attivano gli stessi meccanismi profondi (i neuroni specchio per l'appunto) che li rendono entrambi protagonisti attivi di un evento

5. La musica ha la capacità di mettere le persone in uno stato di comunione. E' quanto scrive Stern: *mettersi in comunione significa partecipare alla vita dell'altro senza alcun tentativo di modificare ciò che l'altro fa o crede* (Stern, 1985, pag 156).
6. Qui ci viene ricordato come la musica in certe culture sia addirittura qualcosa da regolare per legge: in particolare era ciò che pensava Platone (Platone, Repubblica e Leggi).
7. Questo punto è secondo me estremamente interessante dal punto di vista musicoterapico. Il narratore ci comunica che la musica non è qualcosa, potremmo dire, da prendere alla leggera: ogni musica necessita di tempi e spazi adatti. Azzardando un paragone con la situazione terapeutica, si può pensare al setting: la necessità cioè di stabilire tempi e spazi adatti a seconda del paziente, della patologia o della situazione-problema che si intende trattare.
8. Ecco qui messo in rilievo poeticamente (ma in modo assai più efficace di qualsiasi trattazione) l'effetto terapeutico della musica. L'obiettivo che il musicoterapista vuole ottenere tramite il suo intervento è uno stato di benessere, un senso di apertura verso l'altro e il mondo nel paziente, un cambiamento, in poche parole quella che Postacchini chiama integrazione (Postacchini, 2001).
9. Ed ecco infine che l'osservatore si rende conto che l'osservato prova le sue stesse esperienze, le sue stesse emozioni: tramite la musica (l'oggetto intermediario per dirla con Benenzon, oppure l'oggetto transizionale come direbbe Winnicott), che, come ci ricorda Stern, è un mezzo ideale per la comunicazione degli affetti vitali, tra il marito e la moglie viene ad instaurarsi una sintonizzazione affettiva.

Ho cercato di raccontare come attraverso l'arte (letteratura, pittura, scultura, musica ecc) l'uomo abbia saputo sintonizzarsi con i suoi simili in modo del tutto naturale e come la condivisione del dolore e delle altre emozioni sia stato qualcosa che l'essere umano ha sempre sentito profondamente dentro di sé. L'arte, ed in particolare la musica, ha sempre rappresentato da una parte un modo di prendersi di cura dell'altro, dall'altra di atterrirlo (pensiamo, ad esempio, alle musiche usate in battaglia): una magia bianca e una magia nera.

Quello che si fa con la musicoterapia non è certo qualcosa di particolarmente nuovo: semplicemente cerchiamo di raccogliere e sintetizzare una lunga tradizione e di avvicinarci umilmente ad essa, di metterla in rapporto con le conoscenze scientifiche che ci vengono in particolare dalle neuroscienze e dalla psicologia, e di costruire un modello terapeutico praticabile e spendibile all'interno della nostra società.

In fondo, anche molti antichi erano persuasi che la terra fosse sferica ma si è dovuto attendere che Cristoforo Colombo attraversasse l'oceano per dimostrarlo. Forse il viaggio dell'uomo non è stato un vero e proprio progresso, ma soltanto un cambiamento (come ci accorgiamo che sono le nostre vite), con perdite e guadagni continui, dove non sempre è facile distinguere ciò che è andato perduto da ciò che si è acquisito. Così capita per la musicoterapia dove, con strumenti nuovi, andiamo a cercare conoscenze antiche o appartenenti a popoli di altre culture che noi abbiamo dimenticato.

Ma tutto questo è un tema molto più vasto e ancor più complesso di quello che ho cercato di affrontare in questo lavoro.

Forse altri canterà con miglior plettro

(Ludovico Ariosto, Orlando Furioso, XXX)

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. *Enciclopedia della musica*, Garzanti, Milano, 1996.

AA.VV. *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, in S. Isaacs, A Freud, D.W. Winnicott et al., *L'osservazione diretta del bambino*, Boringhieri, Torino 1984, pp. 90-5

ALVIN J., *La terapia musicale per il ragazzo autistico*, Armando Armando, Roma 1981.

ALVIN J., *Terapia musicale*, Armando Armando, Roma 1986.

ANZIEU D. (1985), *L'io pelle*, Borla, Roma 1987

ARIOSTO L., *Orlando Furioso*, Rizzoli Editore, Milano 1974.

BARON-COHEN S., *Are autistic children "behaviourist"?* pagg. 12-16, *J. Autism Dev Dis.*, 1995

BARON GUINAZU, *Tecniche musicoterapeutiche in acqua per soggetti handicappati fisici e mentali*, in G. Mutti, *Musicoterapia realtà & futuro: atti del 5° congresso mondiale dimusicoterapia*, Omega, Torino 1985.

BAUDELAIRE C.,(1857) *I fiori del male*, Fabbri, Milano, 1970

- BENENZON R. – HEMSEY DE GAINZA V. – WAGNER G., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma 1997.
- BENENZON R., *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma 1998.
- BENENZON R., *Musicoterapia*, Phoenix, Roma 1999.
- BENENZON R. *Il modello Benenzon nell'approccio al soggetto artistico*, pp. 29 -36 in *Musica et Terapia n°2*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 2000
- BETTELHEIM, *La fortezza vuota*, Garzanti, Milano, 1976
- BION W.R. (1961) *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma 1971
- BONARDI G. *Osservazione e prassi in musicoterapia*. Pag. 9, Dispensa del corso quadriennale di Musicoterapia, Assisi, 2002
- BOWER, T.G.R. *Development in infancy*, Freeman, San Francisco, Cal. 1974
- BURKE C.B., *Some developmental implications of disturbance in responding to complex Environmental stimuli*, pp. 43-50, Am J. On Mental Ret., 1991.
- CATTANEO P., *Musicoterapia nella fascia scolare preadolescenziale*, Franco Angeli, Milano 1996.
- COMBARIEU, J., *La musica e la magia*, Milano, Mondadori, 1982
- DANTE ALIGHIERI, *La divina commedia, Purgatorio*, Le Monnier, Firenze, 2002
- D'ULISSE M.E. – POLCARO F., *Musicoterapia e autismo*, Phoenix, Roma 2000.
- DARWIN C. (1872), *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Boringhieri, Torino, 1972.
- DE MARTINO E., *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano 1961
- DE SAINT-EXUPERY, *Il piccolo principe*, Bombiani, Milano 1985.
- DISOTEO M., *Antropologia della musica per educatori*, Guerini e Associati, Milano 2001.
- DOGANA F., *Suono e senso*, Angeli, Milano, 1984
- EDELMAN G.M., *Il darwinismo neurale*, Einaudi, Torino 1995.
- EZZU. A, MESSAGLIA, R, *Introduzione alla Musicoterapia*, Musica Pratica, Torino 2006
- FONAGY I., *La vive voix, Essays de psycho-phonetique*, Payot, Paris, 1983
- FORNARI F., *Psicoanalisi della musica*, Longanesi, Milano 1984.
- FREUD S. (1920), *Al di là del principio di piacere*. In "Opere", vol. 9, Boringhieri, Torino, 1977
- FREUD S.(1899), *L'interpretazione dei sogni*. In "Opere", vol. 3, Boringhieri, Torino, 1977
- GAITA D., *Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio*, Bompiani, Milano, 1991

- GALIMBERTI U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 1983.
- GALIMBERTI U., *Dizionario di psicologia*, Garzanti, Milano 1999
- HAPPE. FGE., *An advance tests of theory of mind: understanding of story characters thoughts And feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults*, pp. 61-70 *Journal Of Autism and Development Disabilities*, 1994
- HALPERN S. – SAVARY L., *Suoni e salute*, Red, Como 1991.
- HOLMES J., *La teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, 1994.
- IMBERTY M. (1981), *Le scritture del tempo. Semantica psicologica della musica*. Ricordi Unicopli, Milano 1990
- KANDINSKY W., *Lo spirituale nell'arte.*, SE Srl, Milano,1989
- KLEIN M., *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1969.
- LA BIBBIA, Elle Di Ci Leumann, Torino, 1985
- LANGER, S.K., *An essay on humag feeling*, Vol. 1. University Press, Baltimore, 1967
- LANZI G., ZAMBRINO C, *Conoscenze attuali in tema di eziopatogenesi dell'autismo*,pp. 2-14,
in *Musica et Terapia* n° 2, Cosmopolis, Torino, 2000.
- LAPASSADE G., *Stati Modificati e Trance*, Sensibili alla Foglie, Roma, 1993
- LECOURT E., *La musicoterapia*, Cittadella, Assisi, 1999.
- LORENZETTI L.M. – ANTONIETTI A., *La musicoterapia attraverso i suoi scritti*, Franco Angeli, Milano 1985.
- MAHLER M., *Le psicosi infantili*, Boringhieri, Torino, 1972.
- MANAROLO G., *L'angelo della musica: musicoterapia e disturbi psichici*, Omega, Torino 1996.
- MC CLELLAN R., *Musica per guarire: storia, teoria e pratica degli usi terapeutici del suono e della musica*, Muzzio, Padova 1993.
- MELTZER D. (1975), *Esplorazioni sull'autismo*, Boringhieri, Torino, 1977
- MELTZOFF, A.N., and BORTON, W. *Intermodal matching by human neonates*. *Nature*, 282, 403-4. 1979.
- MICHELI E. – ZACCHINI M., *Verso l'autonomia*, Vannini, Padova, 2003
- MOORE, M.K., and MELTZOFF, A.N. *Object permanence, imitation and language development in infancy*. Baltimore, Md, University Park Press, 1978.
- MORETTI G., *Problemi di psicopatologia dell'età evolutiva*, Vita e Pensiero, Milano 1976
- NORDOFF P., *Musicoterapia per bambini handicappati*, Franco Angeli, Milano 1988.
- ORFF G., *Musicoterapia-Orff: un'attiva stimolazione allo sviluppo del bambino*,

Cittadella, Assisi 1993.

PAPOUSEK M. and PAPOUSEK H, *Musical elements in the infant's vocalization: Their significance for communication, cognition and creativity*, In L.P.Lipsitt (Ed.), *Advances in infant Research*, Norwood, N.J, 1981.

PIAGET J., *La formazione del simbolo nel bambino* (1945), La Nuova Italia, Firenze 1972

PIATTI M. (a cura di), *Disturbi del linguaggio e musica*, Quaderni di musica applicata, 5,

Edizioni fonografichee musicali PCC, Assisi 1984

PIERCE K., Social perception in children with autism: an attentional deficit? 103-110 *J. Autism Dev. Dis.*, 1997.

PLATONE, *Repubblica*, In, *Tutti gli scritti*, a cura di Giovanni Reale, Rusconi, Milano, 1997

POSTACCHINI P.L., *Emozione, regressione e simbolo*, pp. 95-101, in *Quaderni di musica applicata* n. 18, Pro Civitate Cristiana, Assisi, 1996

POSTACCHINI P.L., *Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia*, pp. 10-18, in *Musica et Terapia*, 5, Edizioni Cosmopolis Torino 2002.

POSTACCHINI P. L., RICCIOTTI A., BORGHESI M., *Musicoterapia*, Carocci, Roma 2001

POSTACCHINI P. L., RUGGERI G., *Disturbi del linguaggio e musica*, pp. 23-40 *Quaderni di Musica Applicata*, PCC. Assisi, 1984

RAMACHANDRAN VILAJANUR S, OBERMAN LINDSAJ M. *Specchi Infranti*. pp. 63-69

in *Le Scienze*, n 460, dicembre 2006

RAGLIO A., *La musicalità autistica*, pp. 23-28, in *Musica Et Terapia* n° 2, Cosmopolis, Torino, 2000.

RIZZOLATI G. e Al. *Specchi nella mente*, pp. 53-61, in *Le Scienze*, n 460, dicembre 2006

RIZZOLATI G., SINIGAGLIA C., *So quel che fai*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006

ROSSENA R., *Ricicla in musica*, Demetra, Verona, 1995

RUSSO F., *La medicina dei suoni*, Borla, Roma 1998.

RUTTER B., BAILEY A., *Autism and know medical conditions: myth and substance*, pp. 25-30 *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1994

SACHS C., *Le sorgenti della musica*, Boringhieri, Torino 1979

- SHAKESPEARE W. *Macbeth*, Le tragedie, I meridiani, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1976
- SARACENO B. *La cultura della riabilitazione*, pp. 30-45, in, Studio sulla nozione di riabilitazione in psichiatria, CSERDE, Prov. di Milano, 1985
- SCARDOVELLI M., *Il dialogo sonoro*, Nuova Casa Editrice Cappelli, Bologna 1992
- SINGER T., *Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain*. In *Science*, 303, pp. 1157-1162, 2004.
- SPITZ R. A. (1965), *Il primo anno di vita*, Armando, Roma, 1973.
- STERN D.N., *Il mondo interpersonale del bambino* (1985), Boringhieri, Torino 1987.
- SUVINI F., *Forme e strutture musicali in musicoterapia*, pp. 13-19, dispensa del corso quadriennale di musicoterapia, Assisi, 2001
- WATZLAWICK P, BEAVIN J. H., JACKSON D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1971
- TOLSTOJ L. N. , *La sonata a Kreutzer*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1971.
- TUTSIN F., *Autismo e psicosi infantile*, Armando, Roma, 1977
- WINNICOT, D.W., *Gioco e realtà* (1971), Armando, Roma 1979.
- ZUCCHINI G.L., *Animazione musicale e disadattamento. La musica come terapia educativa*, Guaraldi, Firenze 1976.
- ZUCCHINI G.L., *Musica e handicap*, La Scuola, Brescia 1989.
- YEATS W.B. *L'Opera poetica*, Mondadori, I Meridiani, Milano, 2005

SITI INTERNET CONSULTATI

- [http: www.mtonline.it](http://www.mtonline.it)
- [http: www.musicoterapia.it](http://www.musicoterapia.it)
- [http: www.musicoterapisti.it](http://www.musicoterapisti.it)
- [http: www.ontosofia.it](http://www.ontosofia.it)
- [http: www.psiconline.it](http://www.psiconline.it)
- [http: www.psmusic.com](http://www.psmusic.com)
- [http: www.space.tin.it](http://www.space.tin.it)

FILM

SOMMER, Philip Groning

Per informazioni sulla tesi o collaborazioni sul tema trattato puoi contattare:

Alfonso Cappa
Viale Roma, 7
12063 Dogliani
alfonso.cappa@tiscali.it
3391497148