



Centro di Musicoterapia studi e ricerche

2006/2007

**L'esperienza di tirocinio come occasione per costruire la propria identità di
musicoterapista attraverso l'incontro con l'altro**

Tesi di: Pascal Marino - pascmar@tiscali.it - 347/0406480 - Milano

Relatrice: Dr.ssa Maria Cugurullo Fois

Ringraziamenti

Il primo ringraziamento va a Roberta, la mia futura moglie, che mi ha sostenuto fin dall'inizio nel mio percorso di formazione e di cambiamento: per me è stata una preziosa alleata soprattutto nei momenti di difficoltà che non sono mancati.

Un grazie sentito alla D.ssa Cugurullo per avermi fatto da relatrice in questo lavoro e per il tempo che mi ha dedicato.

Inoltre ringrazio:

- Il Cmt e tutti i suoi insegnanti per avermi accompagnato lungo questi tre anni di percorso formativo;
- La D.ssa Mirella Atza per avermi dato fiducia indirizzandomi verso le associazioni e le istituzioni dove ho potuto fare esperienza in qualità di tirocinante;
- Angelo Colletti per la grande disponibilità e per avermi accolto nel setting di terapia come osservatore per quasi due anni;
- L'associazione Hara yoga per il fondamentale contributo alla mia crescita personale;
- Il Dr. Carlo Riva che insieme all'associazione l'abilità onlus mi hanno permesso di realizzare dei progetti importanti;
- Mondial Assistance Italia per il sostegno economico di questi ultimi due anni;
- Il centro Teresa Gabrieli di Milano per avere dato spazio al mio progetto di musicoterapia per i propri ospiti.

Premessa	4
Sviluppo	9
<i>Premessa alla parte centrale</i>	9
<i>Il perché della terapia</i>	11
<i>I pregiudizi</i>	15
<i>Musicoterapia o terapia con musica?</i>	20
<i>L'attesa e l'azione: l'importanza dell'ascolto</i>	23
<i>Il setting di terapia: strategie per mantenerne i confini spaziali</i>	28
<i>Riconoscere le strategie difensive</i>	32
Conclusione	39
<i>Riepilogo del lavoro svolto e conclusioni</i>	39

Premessa

Avere a che fare con una persona affetta da una patologia, sia essa psichica, fisica o entrambe le cose, vuol dire entrare in contatto con una diversa maniera di vivere. L'espressione e la manifestazione dell'individuo viene riadattata secondo i parametri della condizione che egli vive, e purtroppo spesso egli non trova il modo efficace per poter utilizzare la sua diversa abilità. Credo che l'ostacolo più grosso per queste persone non risieda principalmente in essi ma che si trovi al di fuori di essi: mi riferisco all'ambiente circostante, alle persone che hanno intorno, al mondo della normalità. Questi individui, siano essi bambini, adulti o anziani, hanno innanzitutto bisogno che li si ascolti e che li si comprenda. Per poter fare questo, le persone che li vogliono aiutare, devono affacciarsi, sporgersi fuori dalla finestra della propria condizione di normalità e cercare di entrare nel mondo della diversità. Questo non significa abbandonare tutto ciò che è il nostro sistema di vita in favore di un altro completamente nuovo, quanto piuttosto di allargare, allentare i nostri confini e disporsi in un atteggiamento di ricezione e di ascolto. Quando il paziente sentirà di essere ascoltato sarà anche più propenso a raccontarsi, a svelare il suo mondo interiore, a cercare un aiuto nel terapeuta (dal greco Therapon: servo, scudiero). E il terapeuta intanto che cosa fa? Credo che leggendo il passo seguente, tratto dal libro "Momo" di Michael Ende, se ne possa avere una risposta:

" Quello che la piccola Momo sapeva fare come nessun altro era ascoltare. Non è niente di straordinario, dirà più di un lettore, chiunque sa ascoltare. Ebbene, è un errore. Ben poche persone sanno davvero ascoltare. E come sapeva ascoltare Momo era una maniera assolutamente unica. Ella sapeva ascoltare in tal modo che ai tonti, di botto, si affacciavano alla mente idee molto intelligenti. Non perché dicesse o domandasse qualunque cosa atta a portare gli altri verso queste idee, no; lei stava soltanto lì e ascoltava con grande attenzione e vivo interesse.

Mentre teneva fissi i suoi vividi grandi occhi scuri sull'altro, questi sentiva con sorpresa emergere pensieri – riposti dove e quando? – che mai aveva sospettato di possedere. Oppure i pavidetti si sentivano, a un tratto, liberi e pieni di coraggio. Gli infelici e i depressi diventavano fiduciosi e allegri.

E se qualcuno credeva che la sua vita fosse sbagliata o insignificante, se credeva di essere soltanto una nullità fra milioni di persone, uno che non conta e che può essere sostituito – come si fa con una brocca rotta – e andava lì...e raccontava le proprie angustie alla piccola Momo, ecco che, in modo inspiegabile, mentre parlava, gli si chiariva l'errore; perché lui, proprio lui così com'era, era unico al mondo, per la sua peculiare maniera di essere, individuo importantissimo per il mondo. Così sapeva ascoltare Momo!"

C'è da dire che ascoltare, nel senso di sentire con tutto se stessi, richiede uno sforzo, perché si tratta di un movimento verso l'altro, quindi di una attività che dall'esterno potrebbe essere scambiata per inerzia. E poi dopo l'ascolto c'è il lavoro di elaborazione, traduzione e restituzione, che avvengono in un tempo ed un luogo diversi da quello dell'ascolto. Tutto questo processo porta il terapeuta alla comprensione non solo nel senso intellettuale ma più ampiamente nella "capacità di considerare con indulgenza opinioni e azioni altrui". Accettare e comprendere l'altro per ciò che egli è agisce sul paziente rimandando al terapeuta il proprio atteggiamento: può così instaurarsi un dialogo, o meglio, una comunicazione. Si sono così aperte le porte perché avvenga uno scambio tra i due. Ma chiaramente non sempre le porte sono aperte, anzi il fatto di tenerle chiuse dà una sensazione di sicurezza e questo lo fanno bene i pazienti come il musicoterapeuta. Aprirsi è la parola chiave che ti fa incontrare l'altro, ma se non conosci molto bene chi hai di fronte ecco che si presentano una serie di pericoli. Il rischio è che escano da te delle cose che non vorresti fossero viste e che non vorresti neanche tu stesso vedere. Oppure potrebbero entrare dentro di te delle cose che non ti aspetti e che ti portano a galla delle tue questioni interne che non hai ancora sondato, che non conosci ancora bene. Incontrare l'altro porta con sé l'incognita dell'incontrare una parte diversa di se stessi.

Per esempio se la persona che hai di fronte sta passando attraverso un'esperienza che riguarda il dolore, sia esso fisico piuttosto che psichico, ti troverai di fronte alla tua esperienza del dolore. Se non hai mai affrontato con coscienza il tema del tuo dolore, sarà difficile che tu riesca ad entrare nell'esperienza del dolore che sta provando l'altro e di conseguenza la sintonizzazione con questa persona ti risulterà molto difficile.

E' probabile che in quel momento farai di tutto per non vivere questo momento per ciò che è, deviando i tuoi pensieri in altre direzioni e chiudendo la porta alle tue emozioni. Sulla base di questo esempio si può dedurre come il fare della terapia comporti una bidirezionalità: da una parte c'è il terapeuta che opera verso il cliente e dall'altra c'è quest'ultimo che fornisce degli input, degli stimoli alla crescita interiore del terapeuta. A questo proposito mi ricordo ciò che il Dr. Benenzon ci aveva detto in una lezione: "Ricordatevi che le vostre zone d'ombra, cioè le vostre parti interiori che vi sono poco chiare, si riflettono allo stesso modo nel paziente che avete di fronte". Da ciò nasce l'esigenza per il terapeuta di analizzare i protocolli delle sedute alla ricerca dei movimenti transferali e controtransferali cercando di distinguere quelli del paziente dai propri. Da questo lavoro di analisi si viene necessariamente a trovarsi di fronte, non solo a ciò che riguarda il paziente, ma anche a ciò che ci riguarda personalmente. Credo che già il fatto di prendere coscienza, nel senso di venire a conoscenza, di una parte nostra che fino a poco tempo prima ci era oscura, implica l'opportunità di poterla elaborare verso il suo riconoscimento e la sua accettazione. E d'altra parte sarebbe decisamente inopportuno fare finta di nulla e voltarsi da un'altra parte perché come ha detto Jung: "I demoni scacciati dalla porta di casa propria rientrano dalle finestre". A questa citazione aggiungerei che non solo i demoni rientrano dalla finestra, ma sono pure maggiormente aggressivi e pericolosi perché arrabbiati di non essere stati accolti e riconosciuti. Nel suo libro "il codice dell'anima" Hillman ci parla del Daimon, lo descrive e ci mostra come riconoscerlo e farlo emergere nella sua forma benigna. Imparando a dialogare con il nostro daimon saremo portati a fare altrettanto con il daimon degli altri.

Il termine dialogo, che deriva dalla composizione delle parole greche dia (tra) e logos (discorso), indica l'alternanza di due fasi di cui la prima è l'ascolto e la seconda è la replica verbale, oltre al fatto implicito che ci devono essere almeno due soggetti. Allora dal momento in cui mi pongo in fase di ascolto riconosco che ho davanti a me un soggetto che mi invia un messaggio, gli conferisco una identità, una unicità sua propria: lo accetto per come si sta presentando.

In questo modo l'ascolto non è limitato solo all'apparato uditivo ma acquisisce un significato molto più ampio coinvolgendo tutta la persona ricevente sia sul piano fisico che su quello psichico. Percepire l'altra persona con tutto se stessi vuol dire potergli rimandare un'immagine completa. In questo atto di riconoscimento vi è già un feedback che fa parte di quella seconda fase del dialogo sopra accennato. Sentire che qualcuno la sta ascoltando dona alla persona una immagine e una identità: gli conferisce il diritto all'esistenza. Con questa ultima affermazione non faccio solo riferimento all'esistere in termini fisici, cioè respirare, mangiare, dormire, ma soprattutto all'esistere dal punto di vista psichico, emozionale, affettivo, nella sua unicità di soggetto. Anche l'altra persona mi manderà un feedback simile conferendomi una identità e dandomi così la possibilità di ampliare l'immagine e l'idea che ho di me stesso. Il lavoro che presento in questa tesi ha come focus centrale proprio l'evoluzione e la costruzione della mia identità di musicoterapista e di essere umano, sulla base delle esperienze di tirocinio che ho avuto in questi ultimi due anni. La mia intenzione è di cogliere tra le molte pagine di protocolli e di supervisioni, quelle tematiche che più mi hanno coinvolto e che hanno alcuni temi in comune con quanti operano nel contesto della terapia. Anche se in alcuni casi le riflessioni sull'argomento che di volta in volta ho affrontato mi hanno portato a delle conclusioni, sono convinto che in futuro avrò ancora occasione di rivedere certe mie posizioni grazie ai nuovi incontri e alle nuove esperienze che farò. La vita è un processo di trasformazione continua che si manifesta sui vari piani dell'esistenza di ciascuno di noi.

Vivere nel senso più autentico e ampio del termine significa saper cogliere quei segnali e quei messaggi che accompagnano questo processo e fluire insieme ad esso.

Di seguito inizierò facendo un breve riassunto delle mie esperienze di tirocinio dalle quali ho attinto il materiale per scrivere i capitoli della tesi.

Sviluppo

Premessa alla parte centrale

Questa parte della tesi è stata sviluppata partendo dalla rilettura dei protocolli di osservazione che ho redatto nel corso delle esperienze di tirocinio. Ho colto l'occasione per rivedere anche la documentazione delle supervisioni che ho effettuato. Tenuto conto che le ore di tirocinio svolte sono state più di duecento e che per ogni seduta effettuata ho stilato un protocollo di osservazione si può facilmente dedurre la quantità di materiale che ho avuto a disposizione e dal quale ho attinto gli spunti per questa tesi. Inoltre il contenuto dei protocolli è molto eterogeneo poiché in esso si possono trovare la descrizione del setting, dei pazienti, delle attività svolte, delle mie sensazioni, delle mie riflessioni, dei pensieri dei pazienti come dei miei, del materiale sonoro-musicale portato dai pazienti, delle modalità di conduzione della seduta del musicoterapista e altro ancora. Per poter evidenziare i punti salienti che mostrano in che modo la relazione terapeutica ha influenzato e modificato la mia persona, ho proceduto seguendo due metodi opposti e complementari. Da un lato ho individuato, analizzando i singoli protocolli, le tematiche più ricorrenti sulle quali fondare i sottocapitoli. Da un altro lato sono partito da un'idea generale che mi era nata nel ripensare all'esperienza nella sua globalità per poi andare a cercarne le tracce all'interno del materiale a disposizione. Il mio lavoro di ricerca si è mosso da due direzioni opposte: dal particolare al generale e dal globale al particolare, incrociando poi i risultati. Ho quindi proceduto a selezionare quelle tematiche che non solo mi hanno più coinvolto nella riflessione, ma che credo facciano parte del percorso di qualunque musicoterapista. Alcuni di questi temi vengono già trattati nel corso degli studi mentre gli altri non possono venire considerati se non in corrispondenza della pratica sul campo. Poiché l'idea principale alla base di questo scritto è la tesi secondo cui la relazione in musicoterapia produce un effetto bidirezionale, è naturale che le tematiche che ho affrontato sono solo una parte delle possibili riflessioni che possono emergere nel musicoterapista.

La formazione sul campo del musicoterapista non procede in linea retta seguendo delle tappe predefinite e le riflessioni che lo coinvolgono dipendono in buona parte dal presente, passato e futuro del chi, del come, del quando e del dove.

Penso quindi che al di là dei contenuti e delle definizioni, l'importante è continuare a porsi delle domande che stimolino la riflessione e che, se necessario, portino anche al cambiamento. Il fatto di poter condividere una piccola parte del mio lavoro spero possa essere utile a quanti hanno deciso di seguire questa splendida professione.

Il perché della terapia

In quasi tutte le esperienze di tirocinio, sia che il mio ruolo fosse di osservatore quanto di musicoterapista, mi sono sempre ritrovato a pensare alla situazione del paziente proiettata nel futuro. D'altronde è abbastanza ovvio che chi deve presentare e realizzare un progetto terapeutico ha bisogno di mettere di continuo a fuoco la situazione del paziente sotto il profilo temporale, cioè nei tre tempi di passato, presente e futuro. Dietro alle considerazioni legate all'ipotetico futuro della persona presa in carico mi sono sempre ritrovato a pormi un altro quesito: "che senso ha fare terapia a questo paziente?". Al di là del fatto oggettivo che il progetto mirava a migliorare o a evitare che peggiorasse lo stato di salute psico-fisica del paziente, mi veniva spontaneo chiedermi se tutto ciò avesse un senso più profondo. La prima volta che mi sono posto questo interrogativo è stato quando mi sono ritrovato ad avere a che fare con Michele, il ragazzo affetto dalla sindrome di Angelman, nel ruolo di osservatore partecipe all'interno delle sedute condotte da Angelo Colletti presso l'anfass. Nell'osservare il ragazzo e nel constatare la gravità della sua disabilità ho subito compreso che egli non sarebbe mai stato autonomo e mi sono chiesto che cosa sarebbe accaduto quando i suoi genitori non avrebbero più potuto accudirlo o quando i servizi sociali non si sarebbero più presi carico di lui. Ho dovuto portare avanti il tirocinio per un anno prima di capire che dietro la mia domanda in realtà c'era la messa in dubbio degli obiettivi e delle finalità del percorso di musicoterapia. Allora ho riformulato le mie perplessità con un'altra domanda, per me di fondamentale importanza, che seguiva questo ragionamento: nelle sedute di musicoterapia con Michele gli obiettivi sono di aiutarlo a contenere la propria ansia, di offrirgli dei canali alternativi per comunicare, di migliorare la sua capacità di attenzione e di concentrazione, e di portarlo ad avere una visione più unitaria e quindi meno frammentata tanto della sua identità quanto del mondo circostante. A fronte di questi obiettivi che in un certo qual modo mi erano abbastanza chiari, non lo erano altrettanto le finalità.

Ipotizzando che il grande lavoro non solo del musicoterapista, ma anche dell'equipe, avesse raggiunto gli obiettivi prefissati, lo stato di salute psico-fisica di Michele sarebbe rimasto comunque grave e il suo bisogno di essere accudito inalterato. E quindi a che pro adoperarsi tanto per una persona se i suoi problemi sarebbero rimasti sostanzialmente gli stessi per tutta la vita? Il mio ruolo di osservatore partecipe, e soprattutto quello di futuro musicoterapista, aveva bisogno di trovare una risposta altrimenti ne avrebbe risentito la qualità della mia esperienza presente e probabilmente anche di quella futura. Per uscire da questa impasse ho dovuto innanzitutto accettare Michele nella sua totalità, con le sue gravi limitazioni, con la sua "inguaribile" patologia e con la sua inesauribile dipendenza dagli altri, e allo stesso tempo ho provato a focalizzare la mia attenzione più su quello che il ragazzo sapeva fare ed esprimere a suo modo anziché su ciò che gli mancava per essere più simile a me in quanto persona sana. La stessa idea che avevo del fare terapia si è ampliata assumendo il significato di prendersi cura dell'altro con lo scopo di aiutarlo nel miglioramento della propria qualità di vita, scalzando così il concetto rigido e stereotipato di guarigione. Michele è divenuto così ai miei occhi un essere umano come tutti gli altri, me compreso, che ha delle sue caratteristiche peculiari che lo rendono un individuo unico e allo stesso tempo che ha delle emozioni, dei desideri e dei sentimenti che lo accomunano a tutto il genere umano. Ecco allora che le finalità stesse del percorso terapeutico in atto acquisivano un diverso orientamento: non si trattava più di intervenire per guarire un malato, ma piuttosto di promuoverne il benessere all'interno della sua diversa abilità.

Un'altra situazione in cui mi si è riproposto lo stesso dubbio è stato in occasione del periodo di tirocinio effettuato presso una residenza sanitaria assistita i cui ospiti erano in prevalenza anziani affetti dal morbo di Alzheimer e dalla demenza senile. In particolare quando uno di questi pazienti presentava un peggioramento del proprio stato di salute venificando tutto il lavoro di recupero e di mantenimento della loro situazione psico-fisica. Magari su un periodo di tempo di qualche mese si era potuto notare il graduale recupero delle funzioni cognitive, a conferma

dell'efficacia del trattamento di musicoterapia, e poi all'improvviso il paziente si presentava alla seduta in uno stato di netto peggioramento al punto da non riconoscere in lui la persona con cui si aveva avuto a che fare nella seduta immediatamente precedente. Oppure, tanto per citare un caso meno eclatante ma altrettanto significativo, il paziente che fino al giorno prima cantava a memoria un brano di colpo non è più in grado di ricordarne il testo. Dopo la prima reazione di stupore mista a preoccupazione, insieme alla musicoterapista ci informavamo presso il medico di riferimento se c'era stata una variazione nella terapia o se era accaduto un episodio significativo al punto da turbare profondamente il paziente. A volte la risposta positiva del medico giustificava il cambiamento repentino, ma più spesso la spiegazione risiedeva nell'andamento della patologia. Sia il morbo di alzheimer che la demenza senile presentano un andamento evolutivo simile: il decadimento delle facoltà intellettive, quali la memoria a breve e a lungo termine e le attività mentali primarie quali il pensiero astratto, la capacità critica, il linguaggio e l'orientamento, formando una curva in graduale discesa che può rallentare con la musicoterapia e la terapia farmacologica venendo così a creare un andamento a scalini. Ma allora perché rimanevo stupito e turbato da questi episodi visto che erano del tutto "naturali"? La prima spiegazione risiedeva nel legame affettivo che avevo instaurato nel tempo con il paziente e quella successiva riguardava il fatto di vedere vanificato il percorso musicoterapeutico effettuato fino a lì. Per rendere chiaro il secondo concetto mi viene a mente la metafora del rematore che svuota con un secchio la propria barca e che di colpo viene investito da un'onda che riempie ancora più di prima lo scafo. Il sentimento di frustrazione aveva bisogno di essere trasformato e sostituito altrimenti ne avrebbe risentito la qualità del mio atteggiamento di osservatore partecipe. Per poter operare un cambiamento in questa direzione dovevo io per primo provare a guardare i fatti in modo diverso, sotto un'altra angolazione. Innanzitutto ho preso come un dato immodificabile il fatto che la patologia da cui erano affetti avrebbe avuto un esito inesorabilmente sfavorevole e che la destinazione finale sarebbe stata la cessazione della vita. Però dalla situazione presente all'evoluzione futura c'era uno spazio di tempo, di

lunghezza molto variabile, che i pazienti avrebbero probabilmente dovuto vivere. Ecco allora affacciarsi una sfumatura del tempo futuro: il futuro prossimo. Con questa nuova aggettivazione potevo finalmente allargare il mio modo di intendere la terapia portandone così gli obiettivi e le finalità più vicini al presente, in un raggio d'azione più corto, fino a rasentare il qui ed ora del presente. Tutto il lavoro musicoterapico sul recupero ed il consolidamento della memoria, del linguaggio e delle facoltà intellettive permetteva ai pazienti di vivere dei momenti di grande intensità emotiva, legate tanto al passato che al presente. I sentimenti più vari dall'amore all'odio, dalla rabbia alla tranquillità, dalla felicità alla tristezza, potevano essere vissuti in un luogo protetto e contenitivo, senza il timore di affogare in essi, di rimanerne sopraffatti. Ma la seduta di musicoterapia era anche un momento speciale nel quale i ritmi interni di tutti i partecipanti si sincronizzavano in un comune tempo vissuto creando così un collegamento e una continuità tra tutti i presenti, restituendogli il senso di vivere. Il motivo da cui ho dedotto quanto sopra scritto è presto detto. La residenza sanitaria assistita è infatti, per quanto ho potuto vedere di persona, una struttura che si prende in carico il paziente sotto il profilo medico e dell'accudimento e che, una volta espletate queste competenze, sistema i suoi ospiti in camere o in spazi comuni in attesa del successivo accudimento. Il singolo ospite viene quindi tenuto in vita sotto il profilo fisico ed in parte anche psichico, ma credo che ciò non sia sufficiente da poter affermare che egli stia vivendo nel senso più ampio del termine. Ecco allora che ho compreso, a mio modo, il senso della musicoterapia verso gli anziani ospitati in casa di cura. Grazie a questo lavoro sul senso del fare terapia ho trovato anche la motivazione per la presa in carico di altre tipologie di pazienti, come i bambini disabili, gli adulti psicotici, i malati di aids. Tutti questi pazienti vivono in situazioni a volte estremamente precarie sotto il profilo fisico, psichico, ma anche rispetto alle loro situazioni familiari, alle loro amicizie, al mondo che li circonda. Ma queste motivazioni non sono sufficienti a togliere loro la possibilità di ricevere un aiuto per poter vivere una vita qualitativamente migliore e per poter contribuire a loro volta, con il solo e semplice fatto di esistere, alla vita nel mondo "normale".

I pregiudizi

Il pregiudizio è un'idea od opinione errata, anteriore alla conoscenza diretta di fatti o persone, basata su convincimenti tradizionali e comuni, che impedisce di dare un giudizio spassionato. Questa definizione, derivata dal dizionario, mette in rilievo il fatto che il pregiudizio è paragonabile ad una sostanza inquinante che altera la genuinità dell'esperienza diretta. Visto in questo modo e portato all'estremo possiamo dedurre che esso è una barriera che ostacola l'incontro con le persone poiché ne definisce alcune caratteristiche prima ancora di averle conosciute in forma diretta. Il vantaggio che si ricava nell'adottare un pregiudizio si trova nella sensazione rassicurante di familiarità che ci preserva dall'incontrare l'ignoto e dal mettere in discussione la nostra identità, la nostra persona. Se da un lato adottando questa barriera salvaguardiamo la nostra interiorità, dall'altro lato creiamo un ostacolo al suo eventuale arricchimento: il dare ed il ricevere si trovano così inibiti. Da questa premessa si può facilmente intuire come il pregiudizio, nella terapia basata sulla relazione, sia la negazione dell'incontro con il paziente. Nelle mie esperienze di tirocinio ho potuto osservare che i pregiudizi provenivano da due fonti. Il primo luogo di provenienza si trovava dentro di me, nel mio modo non corretto di utilizzare le informazioni in mio possesso e nelle mie credenze, e la seconda fonte era il mondo esterno, rappresentato dalle istituzioni, dall'equipe medica, dai pazienti e dai loro familiari.

Nella stesura del protocollo della prima seduta con Aurora presso l'abilità ecco cosa scrivo:

“Di fianco a me ho appoggiato la scatola con gli strumenti e per prima cosa tiro fuori il metallofono a piastre scomposte. Su consiglio di Isacco descrivo verbalmente ad Aurora ciò che sto facendo, lo strumento che sto prendendo e la invito a provarlo. Aurora non ha timori nell'allungare la mano non appena le porgo uno strumento e non ha neanche timore di avere un contatto fisico con la mia mano o il mio braccio. Non mi aspettavo questa interazione dato che siamo al primo incontro e che la bambina ha dei tratti autistici” (Vedi allegato n°2 - Aurora n°1).

Rileggendo il protocollo in una fase successiva mi sono reso conto che ben due idee preconcelte avevano influenzato il mio atteggiamento verso Aurora. Un'idea riguardava il fatto che essendo al primo incontro, e quindi non avendo ancora confidenza reciproca, pensavo che la bambina avrebbe avuto qualche timore nel prendere gli strumenti che le porgevo e ancora di più nell'avere un contatto fisico con me. Avevo "dimenticato" che Aurora era ipovedente e che di conseguenza per esplorare il mondo circostante utilizzava il tatto. L'altra idea preconcelta era incentrata sulla mia concezione dell'autismo che vedeva il soggetto autistico come una persona che ha un atteggiamento prevalentemente di chiusura alla relazione con l'altro. Anche in questo caso mi ero "dimenticato" che l'autismo presenta una infinita serie di sfumature e che i tratti autistici non sono necessariamente presenti in tutte le situazioni di relazione.

Da queste poche righe ho compreso che dentro di me vi era un'immagine un po' stereotipata della persona dai tratti autistici e che quel "timore" non riscontrato nella bambina, era in realtà un mio atteggiamento verso quest'ultima. Questo piccolo esempio mi ha portato a dedurre che avrei incontrato altri pregiudizi nella prosecuzione del tirocinio e il solo fatto di averne la consapevolezza mi ha aiutato a prestarvi particolare attenzione negli incontri successivi.

Forse uno dei pregiudizi più grandi che mi ha in qualche modo ostacolato nell'incontro con l'altro è stato quello riguardante l'idea di "conduzione di una seduta di musicoterapia". Prima di scoprire che era un pregiudizio, la mia idea di conduzione era incentrata sul fare, cioè sul mio agire verso il paziente, che si esplicitava tenendolo occupato in qualche attività in modo da potergli somministrare la cura. In occasione della prima supervisione sul caso del bambino affetto da sindrome di down che stavo trattando mi veniva fatto presente, da parte del gruppo, come il mio intervento fosse eccessivamente strutturato e direttivo, e di come questo mio atteggiamento impedisse al bambino di esprimersi liberamente. Avevo ommesso di riservare degli spazi all'ascolto del paziente.

Nella seduta successiva alla supervisione ho “allentato” un po’ le redini, lasciando più spazio al paziente e ho scoperto così un nuovo modo di condurre gli incontri.

Invece per ciò che riguarda i pregiudizi che provengono dall’esterno quello che ho incontrato più spesso, e che continuo ad incontrare, riguarda proprio l’idea che si ha della musicoterapia. Il fatto che la musica abbia un certo potere benefico viene dato per scontato da quasi la totalità delle persone che ho incontrato. Questa credenza viene anche messa in evidenza da molti testi di musicoterapia. Siamo qui in presenza di un’arma a doppio taglio: da un lato biglietto da visita che apre tutte le porte e dall’altro etichetta che toglie professionalità al musicoterapista. L’abilità per non cadere in questa trappola è, una volta che la porta è stata aperta e che siamo entrati, quella di dare una precisa informazione su quello che facciamo e di porre delle condizioni minime per poter svolgere l’attività di musicoterapia. La poca chiarezza e i troppi compromessi portano ad una inevitabile dequalifica del musicoterapista, equiparandolo ad un insegnante di musica o ad un animatore. Per fare un esempio chiarificativo nella Rsa dove ho fatto il tirocinio la musicoterapeuta era inquadrata nell’equipe di animazione ed era esclusa dalle riunioni dello staff medico in conseguenza dei troppi compromessi che aveva accettato fin dall’inizio della sua attività.

Il mondo della medicina ufficiale, almeno in Italia, ha poi molte riserve riguardo al fatto che si possa fare della terapia utilizzando la musica. Credo che questo sia causato da vari fattori. In primo luogo la musicoterapia, nonostante venga utilizzata in ambito medico ottenendo dei risultati, non è stata ancora ufficialmente riconosciuta a livello nazionale. Da questo ne consegue che il musicoterapista ha una identità fluttuante, per non dire inesistente, e quindi c’è l’assenza di un’informazione univoca su chi egli sia e che cosa faccia. In secondo luogo, secondo me, c’è troppa rigidità intorno al concetto di terapia: questo termine viene utilizzato per indicare la cura di una malattia i cui principali delegati sono i medici.

Mi sembra che in questa concezione si ometta il fatto incontestabile che la malattia è l'epilogo di una serie di malesseri sia endogeni che esogeni, e che la prevenzione e il benessere dell'individuo siano fondamentali alla sua salute psico-fisica. Non si tratta quindi di fare rientrare i musicoterapisti nella categoria dei medici, ma di ridare al concetto di terapia il suo senso originario di servizio e cura dell'individuo nella sua globalità. La terza causa di questo pregiudizio proviene dalla diffusione sull'onda della new age di tante forme di terapia alternative che hanno reso difficile la distinzione tra professionisti e ciarlatani. La musica è stata oltretutto utilizzata in tutti i modi possibili con evidenti scopi commerciali. Questo ha creato una cortina fumogena che non fa altro che disorientare ulteriormente i nostri bravi medici, oltre che naturalmente la gente in generale, la quale vede il musicoterapista come uno che somministra della musica benefica al pari di una medicina.

Per ciò che riguarda i pregiudizi dei familiari dei pazienti mi sono spesso trovato a dover deludere le aspettative dei genitori di bambini disabili circa un miglioramento nelle competenze musicali del loro bambino. Nonostante nel colloquio preliminare li avessi informati circa l'attività di musicoterapia che avrei svolto con il figlio e circa i possibili obiettivi terapeutici, questi genitori hanno ancora la tendenza a identificarmi come un maestro di musica o come un educatore musicale. Infatti nei colloqui periodici essi mi chiedono sempre se il figlio ha suonato bene, se è migliorato nel tempo, etc... E' molto probabile che anche io debba ancora imparare a comunicare nel modo giusto ed efficace il risultato del mio lavoro, però in questo pregiudizio scorgo, ancora una volta, la scarsa informazione. Potrei andare avanti a fare degli ulteriori esempi ma sarebbe come "sparare sulla croce rossa". Non credo che nel lavoro del musicoterapista i pregiudizi potranno mai essere completamente eliminati e per questo motivo vanno tenuti in conto quali fonti di disturbo al processo terapeutico. Si può però lavorare affinché essi diminuiscano.

I pregiudizi provenienti dall'esterno possono essere attenuati attraverso una corretta informazione e una deontologia professionale ferma sui suoi punti cardine ma sensibile alle richieste del presente. La parte dei pregiudizi provenienti dal musicoterapista sono invece più difficili da individuare ed è quindi importante adottare gli strumenti dell'analisi dei protocolli e della supervisione come filtri per una relazione terapeutica consapevole.

Si tratta in ultima analisi di provvedere affinché ci sia non solo una corretta informazione ma anche che questa venga recepita e utilizzata in modo appropriato.

Musicoterapia o terapia con musica?

Nelle sedute di musicoterapia una delle cose che più mi ha colpito è la varietà delle attività non prettamente musicali che vi si possono svolgere. Soprattutto con i pazienti più gravi accade spesso che l'utilizzo dello strumentario e la conseguente produzione sonoro-musicale costituiscono una minima parte della relazione terapeutica. Questo dato di fatto suscita delle domande legittime nel musicoterapista proprio dovute all'assenza dell'elemento che dà la connotazione a questo genere di terapia: il suono e la musica. E' forse per questo motivo che nella settima seduta con Michele scrivo:

“Dopo aver suonichiato la pianola utilizzando un unico dito, Michele si volta verso un grosso tamburo e gli dà dei colpi. Angelo risponde imitandolo. Incomincia così quello che ho vissuto come il cuore della seduta, in cui paziente e terapeuta hanno avuto un dialogo sonoro con i tamburi che è durato parecchio: è accaduto qualcosa che ho studiato a scuola!” (Vedi allegato n°3 - Michele n°7).

Oppure è sempre per lo stesso motivo che nella diciannovesima seduta con Gianpaolo scrivo:

“Dopo qualche minuto il bambino mi indica una scatola alle mie spalle che probabilmente contiene dei giocattoli. Gli rispondo che per me va bene, che può prenderla e insieme la posiamo sul tappeto tra noi due. Gianpaolo solleva il coperchio e per un momento rimaniamo a guardare con curiosità mista a stupore i pezzi di lego che vi sono dentro. Si tratta di pezzi molto grossi, di tre colori diversi e alcuni di loro hanno le ruote mentre altri sono dei personaggi. Gianpaolo prende un pezzo alla volta e me lo porge: pian piano tira fuori quasi tutti i pezzi e me li passa così che io li dispongo davanti a me. Poi il bambino rovescia i pezzi restanti sul tappeto e mette da parte la scatola. Mi immedesimo nel gioco e inizio a prendere i pezzi singolarmente per esplorarli e Gianpaolo fa lo stesso. Dopo qualche minuto ci ritroviamo a giocare alle automobili che viaggiano facendo Vuuuumm e ogni tanto si incrociano.

Intanto mi pongo il quesito se questa è una seduta di musicoterapia o cos'altro. L'elemento sonoro è rappresentato dai rumori delle nostre macchinine però ci sono tutta una serie di oggetti non musicali con i quali interagiamo. Mi viene il dubbio che forse avrei dovuto dirigere l'attenzione di Gianpaolo sullo strumentario anziché sui giocattoli." (Vedi allegato n°4 - Gianpaolo n°19)

Da queste righe si può vedere come nel mio immaginario l'attività del dialogo sonoro-musicale rappresentasse il fulcro della relazione in musicoterapia, relegando in secondo piano le altre modalità relazionali. Quasi un anno più tardi, grazie anche agli studi sulle teorie di Daniel Stern, il mio punto di vista si è ampliato dandomi la possibilità di rispondere al dubbio iniziale. Ecco quello che descrivo nel ventottesimo protocollo di osservazione partecipe:

"Riprendo ad osservare la scena davanti a me e intanto Angelo si è alzato per prendere due battenti con i quali indicare le figure a Michele. Un battente viene consegnato a Michele per facilitargli il compito. Mi viene da chiedermi: ma questa è musicoterapia? Dov'è l'elemento musicale? Non sarebbe più corretto definirla terapia relazionale basata sulla sintonizzazione? Poco dopo mi giunge una possibile risposta poiché Angelo sta dando una cadenza ritmica al modo di indicare le figure di Michele. E' difficile da spiegare con le parole ma per semplificare si può dire che Angelo mette degli accenti nella sua gestualità e nella propria voce che provocano in Michele un adeguamento nel passaggio da un oggetto all'altro." (Seduta n° 28 del 12/05/06 c/o Anffas di Via Bazzi).

Ciò che ho appena riportato rappresenta molto bene quello che D.Stern ha definito "sintonizzazione degli affetti", intesa come un'esperienza intersoggettiva molto forte in cui il bambino trasmette il suo contenuto psichico al genitore attraverso sguardi, vocalizzi, segni di indicazione e in cui il genitore risponde al comportamento del bambino non imitandolo ma sintonizzandosi sul suo stato d'animo a sua volta con sguardi, vocalizzi e gesti. Questa corrispondenza avviene secondo le proprietà amodali, quindi viene tradotta in una qualunque modalità sensoriale.

Le proprietà amodali si riferiscono alle qualità globali dell'esperienza che sono rappresentate dalla forma, dall'intensità e dagli schemi temporali. Un esempio chiarificativo lo si può ritrovare nel protocollo della trentesima seduta dove scrivo:

“Michele si volta verso di me e mi raggiunge: ha voglia di giocare con i quadrati colorati e infatti ne prende alcuni pezzi che mi consegna. Quindi Michele mi prende per un polso e attraverso la mia mano va ad indicare la mia giacca e quella di Angelo che sono dietro di me su di un attaccapanni. In risposta a questa azione dico a Michele: questa è la mia giacca e questa è quella di Angelo. Il ragazzo mi guarda e ride quindi ripete questa azione tante volte, con la stessa sequenza e con lo stesso ritmo binario.” (Seduta n° 30 del 26/05/06 c/o Anffas di Via Bazzi).

In questo caso Michele si relaziona con me attraverso la forma del gesto e il ritmo alternato, mantenendoli costanti e regolari. Io lo supporto utilizzando la mia voce che si adegua alle sue azioni nel ritmo e nell'intensità. La funzione di questi elementi, che sono anche peculiari della musica, è di fare da contenitore all'espressione del paziente, oltre che da linguaggio comune nella nostra relazione.

Per ritornare alle considerazioni fatte all'inizio del capitolo, ho voluto, con questi esempi, mostrare un possibile utilizzo delle attività non prettamente musicali in un contesto di musicoterapia. Voglio ricordare che uno dei fondamenti della musicoterapia è la relazione con il paziente e nel caso di utenti bambini è la relazione in forma di gioco. Rimane indubbia l'importanza di avere degli strumenti musicali a disposizione e di incentivare il loro utilizzo attraverso delle proposte non invasive. La possibilità di attingere alle proprietà amodali dell'esperienza è, secondo me, un ulteriore prezioso strumento a nostra disposizione per facilitare la relazione con il paziente e per veicolare con efficacia le nostre proposte terapeutiche. Ogni paziente ha delle peculiarità sue proprie che lo indirizzano verso certi giochi e certe attività, a cui è utile saper dare una interpretazione e saper rispondere per interagire in modo proficuo.

L'attesa e l'azione: l'importanza dell'ascolto.

“Quando la chitarra è messa via Gianpaolo si siede di nuovo sul tappeto e aspetta. In questi momenti sono chiaramente combattuto tra fargli una proposta e attendere che sia lui a fare qualcosa.” (Seduta n° 9 del 7/02/06 c/o L'abilità).

Mi è capitato spesso e ovviamente mi accade tutt'ora di rimanere in bilico tra il fare una proposta e l'attendere che il paziente riveli qualche intenzione. I momenti di attesa ricettiva del musicoterapista, che spesso sono rappresentati da lunghi silenzi, generano un aumento della tensione emotiva all'interno del setting, tanto per il paziente che per il terapeuta. L'ansia che ne deriva a volte viene stemperata con l'azione del musicoterapista come nell'esempio seguente:

“Dopo esserci accomodati e aver ascoltato la musica iniziale, ho informato gli utenti delle nuove canzoni che avremmo affrontato. Poi gli ho chiesto di suggerire la canzone con la quale iniziare: nessuno risponde. Dopo qualche istante di silenzio decido io la canzone dalla quale iniziare e forse avrei dovuto attendere che qualcuno facesse il primo passo..... Per il prossimo incontro cercherò di dare maggior spazio ai momenti di silenzio e così di rispettare i tempi degli utenti.” (Seduta n° 9 del 10/02/06 c/o Centro Gabrieli).

Nella stesura del protocollo di questa seduta ho fatto una piccola riflessione sul mio comportamento e ho compreso che con esso avevo probabilmente anticipato un'eventuale intervento da parte degli utenti del gruppo. Infatti nell'incontro successivo ecco ciò che annotavo nel protocollo:

“Nell'incontro di oggi ho cercato di essere meno direttivo e di avere la pazienza di attendere le risposte degli utenti. Questa strategia ha creato dei momenti di verbalizzazione dei singoli alternati a dei momenti di scambio di battute in un clima di partecipazione e di condivisione. In particolare Riccardo ha espresso la sua preferenza per la canzone dei Tiromancino rispetto a Rose rosse perché in questo momento della sua vita lo rappresenta di più. E poco dopo ha condiviso con il gruppo il ricordo di un momento difficile che aveva avuto con la donna che all'epoca era sua moglie.” (Vedi allegato n°5 - Gabrieli n°10)

In questo caso il mio atteggiamento ricettivo si è rivelato essere la giusta strategia per una parte delle finalità del mio intervento. Riccardo ha così avuto la possibilità di condividere con gli altri un ricordo intimo, appartenente al suo passato e che è stato accolto in un contesto ricettivo e contenitivo. Dare spazio al paziente, soprattutto quando si tratta di un gruppo di persone, non significa però lasciare le redini della conduzione dell'incontro. Ci sono dei momenti nei quali l'intervento del musicoterapista ha la funzione di contenere e di reindirizzare il materiale proposto dal paziente verso gli obiettivi della seduta. E' importante a tal fine essere pronti ad agire e non rimanere in uno stato passivo di paralisi emotiva.

Altre volte capita che si senta la necessità di agire per stimolare e supportare il paziente in direzione di un cambiamento rispetto ad un suo atteggiamento poco funzionale ai fini della terapia. Questo è accaduto ad esempio quando ero a metà del progetto con il gruppo Gabrieli:

“Devo dire che nell'incontro di oggi mi sento particolarmente energico e padrone della situazione, il mio modo di condurre è quindi più direttivo del solito nel senso che oltre ad ascoltare quello che canta il gruppo cerco anche di mettere un po' più di verve e di convinzione nelle canzoni. Forse sono arrivato in una fase degli incontri in cui non mi basta più essere in ascolto e adeguarmi al livello di energia del gruppo, ma sento che devo anche stimolare il gruppo a dare un po' di più. Al momento non so se questo mio atteggiamento darà un risultato consolidato nel tempo, però ho bisogno di provare a vedere se gli utenti sono capaci di innestare una marcia in più e di mantenerla. Ovviamente sono sempre attento a quello che ognuno fa e propone, dando spazio alle singole persone nel momento in cui lo chiedono.” (Seduta n° 14 del 24/03/06 c/o Centro Gabrieli).

In questa parte del protocollo descrivo il bisogno di intervenire in maniera più incisiva per cambiare l'atteggiamento di passività e di arrendevolezza che caratterizza il gruppo, e che potrebbe compromettere una parte degli obiettivi del progetto d'intervento.

Adottando questa diversa strategia sono riuscito a promuovere un po' più di entusiasmo nei partecipanti e ad aumentare il loro livello di partecipazione agli incontri successivi.

Un'altra occasione in cui mi sono ritrovato ad utilizzare di più l'azione rispetto all'attesa ricettiva è stato nel primo incontro che ho avuto con Luca, un bambino autistico. Di seguito riporto una parte del protocollo di osservazione di questa prima seduta che è avvenuta in presenza del suo educatore:

"Luca vaga per stanza mentre gioca con un cane pupazzo che ha attaccato al collo un campanellino. Rimango seduto qualche minuto in attesa che il bambino mi dia un input ad interagire con lui. Purtroppo devo constatare che per Luca è come se non fossi presente. Prendo allora la chitarra e lentamente faccio sentire a Luca il rumore che fa quando apro la zip della custodia. Lui si ferma ad osservarmi attento e forse con un filo di preoccupazione. Estratta la chitarra mi siedo a terra e passo il dito sulle corde a vuoto. Vedo che Luca riprende a giocare con il cane ma sono certo che ascolta anche quello che faccio. Inizio a suonare qualche accordo, a fare la scala di do maggiore. Luca alterna dei momenti in cui mi osserva a dei momenti in cui gioca con il cane di pezza. Dopo qualche minuto, mentre sto suonando, Luca inizia a percuotere il pupazzo con un ritmo regolare. Sento che siamo in una fase di aggancio e continuo a rispecchiare con la chitarra il ritmo di Luca. Dopo un po' Luca viene vicino a me e mi prende il plettro per metterlo nella buca della chitarra. Io continuo comunque a suonare. Dopo poco tiro fuori il plettro dalla buca facendolo cadere a terra. Luca lo raccoglie e io gli porgo la mano per cui mi consegna il plettro e ricomincio a suonare con esso. Questo gioco del plettro si ripeterà alcune volte di seguito." (Protocollo del 1° Giugno 2005, seduta c/o L'abilità).

In questa descrizione dell'incontro si può vedere chiaramente che la mia semplice presenza fisica sembra non suscitare alcun interesse nel bambino, anzi ho addirittura la sensazione di non esistere per lui. Inoltre il bambino è iperattivo, non smette mai di muoversi per la stanza ed è chiuso nel suo gioco con il pupazzo che tiene tra le mani e che non lascerà mai per tutta la seduta, tranne nei rari momenti di interazione con la chitarra.

Per poter “agganciare” l’attenzione del bambino mi devo adeguare al suo livello di attività creando una sorta di disturbo fatto di suoni e di movimento. Se Luca ha difficoltà nel vedermi, non sembra averne nell’ascoltarmi. Il gioco del plettro nella buca della chitarra è la prima testimonianza dell’inizio di una possibile relazione con il bambino.

Ci sono delle situazioni in cui il paziente presenta una forte scarica emotiva veicolandola attraverso un agire violento, rabbioso e caotico. In questi frangenti è davvero difficile decidere tra un’azione contenitiva e l’atteggiamento ricettivo di condivisione, perché si ha il timore di adottare la strategia sbagliata e di dover vivere il proprio fallimento. Ecco ciò che accade in una delle sedute con Gianpaolo al diciannovesimo incontro:

“Ad un tratto Gianpaolo spazza violentemente i lego sul tappeto allontanandoli in tutte le direzioni. E’ un gesto forte, pieno di rabbia accompagnato da una ahhh gutturale, quasi un ringhio. Osservo Gianpaolo e mi chiedo se intervenire e in quale modo. Questo bambino sta esprimendo in modo distruttivo un disagio e forse dovrei aiutarlo a fare qualcosa di costruttivo, o no? Poi Gianpaolo si toglie le calzine e le butta a terra per poi guardarmi con un sorriso birichino. Prendo un pezzo di lego lo appoggio su un altro pezzo: Gianpaolo con una manata mi distrugge quello che ho appena costruito. Poco dopo si ripete la stessa scena. E io che cosa faccio? Mi limito a dirgli: ma che cosa fai? Mi hai rotto la costruzione. Nel mio tono non c’è rimprovero ma solo il richiamo ad osservare il risultato. Poi prendo un pezzo di lego e glielo metto sull’alluce del piede. Gianpaolo osserva e poi muovendo il piede lo fa cadere. Quindi prendo un altro pezzo e glielo appoggio sulla testa dicendogli: guarda che bel cappello. Gianpaolo vuole fare la stessa cosa a me e prendendo un pezzo di lego si alza in piedi e lo appoggia sulla mia testa, però non lo lascia cadere. Inizia così un gioco molto intenso nel quale io sono fermo seduto e Gianpaolo mi alliscia i capelli con un pezzo di lego. Ogni tanto va a depositarlo nella scatola e ne prende uno di un altro colore. Sono dal barbiere e mi sto facendo pettinare. Gianpaolo è molto attento e cauto in ciò che fa ed è anche molto concentrato. Stiamo vivendo un momento di grande quiete dopo una tempesta furiosa.” (Seduta n° 19 del 9/05/06 c/o L’abilità).

Gianpaolo ha espresso un momento di rabbia molto intensa che in un primo momento mi ha come paralizzato. La mia prima risposta a questo suo forte disagio è stata la condivisione, attraverso l'attesa, del suo caos interiore. Successivamente ho agito facendogli delle proposte per ristabilire l'equilibrio appena perduto. Il procedere per tentativi è stato utile a farci ritrovare uno spazio di gioco nel quale ristabilire una relazione armoniosa. L'alternanza di stimolo e di attesa era probabilmente la migliore soluzione per riparare alla rottura delle regole condivise del gioco e per evitarmi la frustrazione del fallimento come terapeuta.

Da questi brevi esempi credo che non si possano trarre delle regole di comportamento fisse in favore della strategia di ascolto piuttosto che in quella dell'azione. L'attesa ricettiva è di sicuro un momento fondamentale nell'incontro di musicoterapia e con esso si crea quello spazio necessario ad accogliere il paziente. Allo stesso modo è importante essere presenti e vigili per poter rispondere adeguatamente, anche attraverso l'azione, ai messaggi più o meno espliciti che ci invia il paziente durante la seduta. Per poter decidere qual è il modo migliore per intervenire, è determinante la capacità di ascolto, inteso in senso lato, che il musicoterapista ha maturato nel tempo attraverso l'esperienza diretta.

Il setting di terapia: strategie per mantenerne i confini spaziali

Il setting di terapia con i suoi confini spazio-temporali ha una importante funzione di contenimento e di protezione nella relazione. I manuali di musicoterapia danno delle precise indicazioni su come deve essere strutturato il setting e sull'importanza di mantenerlo costante nei suoi elementi costitutivi. Ho dovuto però constatare di persona che raramente si riesce a mantenere quella asetticità che lo preserverebbe da eventuali disturbi nella relazione terapeutica. Ad esempio per ciò che riguarda l'insonorizzazione della stanza, per evitare che suoni o rumori entrino o escano dal setting, mi è capitato solo in una occasione di poterne beneficiare quando conducevo le sedute in un'ala riservata del Cps del Sacco. In tutte le altre esperienze che ho vissuto, i rumori e i suoni provenienti dall'esterno facevano parte inevitabilmente del setting, così come i rumori e i suoni prodotti nella seduta venivano uditi al di fuori della stanza. Diciamo però che il discorso dell'insonorizzazione è per così dire il minore dei mali di fronte a problemi molto più importanti che riguardano i confini spaziali del setting terapeutico.

Come primo esempio ho preso il caso limite in cui il setting previsto per la seduta di musicoterapia viene sostituito momentaneamente da uno spazio diverso e quindi non attrezzato:

“Al mio arrivo all'abilità Aurora si trova nella stanza grande dove gioca a palla con delle educatrici tirocinanti. Isacco mi spiega che ha terminato da poco la sua attività con Aurora e che la bambina si sta prendendo un momento di svago. Dopo aver salutato aurora e avere atteso qualche minuto mi avvicino alla bambina per chiederle se vuole venire con me a fare della musica nella stanza. Aurora smette di giocare con la palla e poi si rannicchia sul tappeto nascondendo il volto tra le mani. Capisco subito che la bambina non ha molta intenzione di venire con me e che preferisce continuare a giocare con la palla. Rimango vicino a lei e giochiamo un po' a passarci la palla. Aurora mi sembra un po' nervosa e lo deduco dal suo modo di lanciare la palla lontano da lei con molta forza.

Dopo qualche minuto riprovo ad invitarla a venire con me e le suggerisco di darmi la mano: Aurora ripete la sequenza di prima e si rannicchia di nuovo. Che cosa devo fare, mi chiedo. Prendere la bambina con la forza mi sembra decisamente fuori luogo perché sento che sarebbe una violenza e ciò connoterebbe negativamente l'incontro di musicoterapia. Voglio che Aurora conservi un ricordo positivo dei nostri incontri. Le tirocinanti mi sostengono incitando Aurora a venire con me a giocare con la musica, ma non funziona neanche questa iniziativa. Se aurora non va verso la musica, sarà la musica a venire a cercare aurora. Prendo la chitarra e mi avvicino alla bambina dicendole di provare a toccare lo strumento che le ho portato. Aurora tocca la chitarra, ne fa risuonare le corde, la percuote leggermente. Rimaniamo alcuni minuti a giocare con la chitarra e poi invito Aurora a venire con me nella stanza di musicoterapia: finalmente la bambina mi porge le mani e insieme ci avviamo nella stanza." (Seduta n° 8 di Martedì 28/03/2006 c/o L'abilità onlus).

Aurora, come si può vedere, non ha proprio voglia di seguirmi nella stanza di musicoterapia, probabilmente perché si sta divertendo a giocare a palla. Da parte mia ho intenzione di non traumatizzare la bambina con un'azione coercitiva. Provo allora ad allargare i confini spaziali del setting tramite l'utilizzo della chitarra e così facendo riesco a convincere la bambina a spostarsi nella stanza con me. Quando entriamo nella stanza e chiudo la porta, il setting riprende la sua forma spaziale originaria: adesso Aurora sa di trovarsi in quel territorio particolare dove sono avvenuti gli incontri precedenti. E' importante per la bambina avere ben chiari i confini entro i quali avviene la nostra relazione affinché ne senta la familiarità e il senso di sicurezza. Le sedute successive avverranno sempre nella stanza di musicoterapia a testimonianza del fatto che Aurora ha acquisito familiarità con il setting. Purtroppo l'allargamento dei confini spaziali del setting è una strategia che richiede un impiego di energia notevole, come nel caso dell'ottava seduta con Iacopo:

"...Poi di punto in bianco il ragazzo mi chiede di uscire. Sono passati nemmeno 10 minuti e già vuole uscire dalla stanza? Come mai? Cerco di vedere quanto questo suo desiderio sia urgente e inappellabile per cui gli dico: non vuoi stare qui con me a giocare

con gli strumenti musicali? Iacopo mi risponde che non vuole più giocare con me e mi ripete che deve uscire. Gli chiedo se posso uscire insieme a lui e Iacopo mi risponde di sì. Usciamo dalla stanza ed entriamo nella grande sala dei giochi dove c'è un bambino che piange disperato perché non vuole rimanere lì, ma vuole tornare a casa con la mamma. Iacopo rovista in un cesto con dei giochi e ogni tanto guarda in direzione dell'altro bambino che piange sempre di più. Sento che l'atmosfera è carica di tensione, che non c'è posto per la serenità e la tranquillità. Decido di stare vicino a Iacopo, di seguirlo per la stanza e di cercare dei momenti di contatto e di scambio con lui. Quando Iacopo prende in mano un giocattolo interagisco verbalmente, e provando a fargli sentire la mia presenza non solo fisicamente ma anche con le parole. Iacopo trova finalmente un giocattolo che lo interessa: si tratta di un girasole di plastica in un vaso che se azionato inizia a cantare e a muoversi su se stesso. Iacopo mi chiede di accenderlo ed io lo accontento perché credo che sia ciò di cui ha bisogno per trovare un rifugio alla propria ansia. Ogni volta che si tocca il giocattolo in un certo modo il girasole attacca la musica per una decina di secondi poi si arresta. Iacopo è contento, sorride, si diverte a far cantare il girasole. Dopo qualche minuto si alza con il giocattolo in mano e va nella stanza di musicoterapia: molto bene, mi dico, per fortuna che ci è rientrato da solo....dopo qualche minuto passato a giocare con il girasole, Iacopo si volta e mi annuncia di nuovo che vuole uscire. Lo seguo e ritorniamo nella stanza dei giochi dove intanto è giunto anche Gianpaolo con la sua educatrice. Qui le cose per me si complicano perché Gianpaolo mi viene incontro e mi chiede di andare nella stanza di musicoterapia, per cui gli spiego velocemente che ora sto giocando con Iacopo e che tra poco andremo insieme nella stanza. Raggiungo Iacopo che intanto sta osservando una piccola cucina che funziona a pile. Mi siedo con Iacopo di fronte agli elettrodomestici in miniatura e insieme cerchiamo di farli funzionare pigiandone i tasti. Sono fuori dal setting e sto giocando con dei piccoli elettrodomestici: sono in balia di Iacopo e l'unica cosa che faccio è quella di non lasciarlo mai da solo. Non ho neanche idea dell'ora che è perché ho dimenticato l'orologio a casa. Ci spostiamo verso un cesto contenente dei pupazzetti di stoffa. Iacopo cerca quelli che potrebbero fare un rumore o una musica: li prende, li sprema e poi passa al successivo. Gli chiedo di dirmi il nome dei pupazzi mano a mano che li prende tra le mani e lui mi risponde. Sono stanco e sto pensando che dopo devo anche incontrare Gianpaolo. Mi alzo un attimo per chiedere l'ora: è passata quasi un'ora dall'inizio della seduta!! Mi sento sfinito". (Seduta n° 8 del 14/11/06 c/o L'abilità).

La frase che conclude il protocollo evidenzia molto bene il risultato finale a cui sono giunto per avere tenuto i confini del setting troppo elastici e mobili. Iacopo rompe, destruttura il setting a più riprese togliendomi il prezioso supporto contenitivo dei confini spaziali. Questo mi obbliga, dal momento in cui decido di portare avanti la seduta, a diventare io stesso il setting che ora è composto dalla mia fisicità, dalla mia voce e dalla mia totale concentrazione sulla ricerca dell'interazione con il bambino. Sono talmente impegnato in questa attività che non ho più la libertà di cogliere le parti essenziali della nostra relazione. Il fatto che il bambino entra ed esca dalla stanza di musicoterapia a proprio piacimento fa sì che io mi trovi in sua balia e che verso la fine della seduta non ho neanche più i riferimenti temporali. A questo punto dell'incontro mi ritrovo ad interagire nel setting di Iacopo fatto di confini molto labili e di una temporalità indefinita. L'incontro con il bambino si conclude in modo sfumato, sfilacciato, con dei puntini di sospensione al posto di un punto e a capo. Agendo in questo modo ho sopravvalutato le mie capacità contenitive e ho sottovalutato l'importanza del setting. Inoltre la destrutturazione del setting ha avuto ripercussioni sugli incontri successivi poiché il bambino ha preso l'abitudine di voler uscire dalla stanza obbligandomi a dover fare uno sforzo ulteriore affinché non si ripetesse lo stesso episodio. Alla fine, visto che il bambino comprende bene il linguaggio verbale, ho introdotto all'inizio della seduta la consegna che non si può uscire dalla stanza finché non è terminato l'incontro. Fino a questo momento Iacopo non ha più chiesto di uscire dalla stanza.

Queste che ho appena illustrato sono due possibili modi per ripristinare lo spazio sacro che il setting rappresenta. La violazione dei suoi confini da parte del paziente è un evento tutto sommato comprensibile quando avviene durante le prime sedute. L'impegno del musicoterapista a mantenerne stabili i confini ha come scopo principale quello di garantire al paziente di sentirsi al sicuro e protetto, mentre ha come scopo secondario, ma non meno importante, quello di evitare al terapeuta di disperdere le proprie energie.

In ogni caso vale sempre la regola del tenere conto della particolarità ed unicità di ogni paziente e di ogni seduta, cercando di evitare l'inflessibilità ad ogni costo.

Riconoscere le strategie difensive

Uno degli aspetti più importanti ed interessanti che emergono durante le sedute di musicoterapia è rappresentato dalle strategie difensive che vengono adottate tanto dal paziente, quanto dal musicoterapista o dall'osservatore. In questo capitolo focalizzerò l'attenzione sulle strategie difensive che io stesso ho adottato tanto in qualità di terapeuta che in qualità di osservatore. La messa in opera di una modalità difensiva è un fatto assolutamente comune e naturale nel momento in cui si entra in relazione con un'altra persona. La difesa del proprio territorio, sia esso fisico, psichico o emotivo, interviene nel momento in cui si sente un pericolo per la sua identità. Una delle strategie che ho spesso adottato è rappresentata dalla fuga dal momento presente come si può notare dal resoconto di questa seduta con Michele:

“Ci sono dei momenti in cui Michele è molto vicino a me, ma mi rendo conto che in quel momento egli è tutto concentrato a giocare con Angelo e che io rappresento per lui una parte dell'arredamento, un oggetto qualunque. Sono un po' dispiaciuto di non ricevere abbastanza attenzione da Michele, vorrei che mi guardasse, che mi toccasse, che mi coinvolgesse nei suoi giochi. Quando Michele si allontana da me seguito da Angelo e tutti e due si fermano di nuovo davanti ad un quadretto i miei pensieri fuggono dalla situazione presente per concentrarsi sul mio passato e sul mio futuro: dopo alcuni minuti ritorno alla seduta in corso e mi rendo conto di essermi assentato. Ho la sensazione di aver fatto uno switch che mi ha permesso di distogliermi un attimo dalla situazione presente, come farebbe un apneista nel momento in cui riemerge dall'acqua per riprendere fiato.” (Seduta n° 18 del 13/01/06 c/o Anffas di Via Bazzi).

In questa seduta Michele ed Angelo stanno vivendo una relazione intima e profonda dalla quale mi sento totalmente escluso. Il desiderio che provo nel voler essere coinvolto potrebbe essere visto come una mia necessità di agire per poter evitare di dover vivere un'emozione o un sentimento che probabilmente mi provoca un disagio.

Ma poiché non posso esprimere il mio disagio con una azione fisica, adotto la strategia di fuga dal presente che mi permette di assentarmi dal dover vivere quella situazione di disagio. Mi rendo però conto quasi subito della mia fuga e ritorno a concentrarmi sulla situazione presente. Nell'ultima frase traduco ciò che ho provato con l'immagine dell'apneista che riemerge per prendere fiato, a testimonianza del sentimento di oppressione e di mancanza d'ossigeno che stavo vivendo in quel momento.

La difesa attraverso la fuga o l'evitamento per mezzo del pensiero non dà sempre il risultato desiderato innescando così una strategia meno controllabile ma dall'indubbia efficacia, come mi è accaduto nella seconda seduta presso l'Anffas:

“...A questo punto della seduta la mia attenzione con i miei pensieri vanno alle prossime sedute in altri ambiti alle quali parteciperò, e in questa distrazione perderò un parte di ciò che avviene nella seduta. Devo dire che la musica e il testo della canzone mi distraggono. Dopo un po' sento il battito del mio cuore rimbombarmi nel petto con un ritmo regolare: tum, tum, tum. Questo fenomeno mi provoca un po' di ansia, temo di non star bene, le mani iniziano a sudarmi, ho una vaga sensazione di straniamento. Non riesco a spiegarmene il motivo e per uscire da questa preoccupazione decido di riportare l'attenzione e la concentrazione sulla seduta. Sento la necessità di muovermi e quindi chino il busto in avanti finchè non sento più il rimbombo del mio cuore.”

(Vedi allegato n°6 - Michele n°2)

In questa seduta inizialmente provo ad adottare la tecnica della fuga con il pensiero, ma evidentemente ciò non si rivela sufficiente, per cui interviene una strategia difensiva abbastanza estrema che consiste in un black out fisico, molto simile a quella adottata da alcuni animali che fingono di essere morti quando si trovano di fronte ad un grande pericolo. Mi è accaduto anche in altre sedute, con pazienti differenti, di provare delle sensazioni fisiche intense quali per esempio la tachicardia, la sudorazione abbondante, i giramenti di testa, le vampate di calore, il mal di testa, le tensioni muscolari.

Chiaramente non tutti i segnali fisici sono imputabili ad una difesa, perché vanno sempre inquadrati nel contesto della seduta che si è vissuto. Credo che un buon metodo per saperli distinguere sia quello di verificare quanto essi siano riusciti a distogliermi dal vivere il momento presente della seduta.

Un'altra strategia difensiva molto comune, non solo all'interno di un setting di musicoterapia, è quella di focalizzare l'attenzione sulla memorizzazione dei fatti accaduti nella loro esatta sequenza temporale come mi è accaduto nei primi tre mesi di osservazione all'anffas:

“Intanto la seduta prosegue fino ad arrivare alla sua conclusione con Michele che mi saluta abbracciandosi e sorridendomi. Ho notato che faccio molta più fatica a ricordare l'esatta sequenza temporale della seduta rispetto alle prime volte. Il mio atteggiamento nella seduta è meno concentrato e sono più rilassato rispetto a prima. Cerco così di lasciare che le cose accadano dentro e fuori di me per poi osservarle e trascriverle. Però è molto più faticoso.” (Vedi allegato n°7 - Michele n°13)

In questa parte finale del protocollo di osservazione si capisce chiaramente che il mio atteggiamento nella seduta ha subito un cambiamento. Nella constatazione che faccio è implicito dedurre che nelle sedute precedenti la mia attenzione era molto focalizzata sulla registrazione precisa degli accadimenti nel loro ordine cronologico e di come questo mi evitasse di vivere la seduta ad un livello di coinvolgimento emotivo più profondo. Infatti l'altra considerazione che faccio riguarda proprio la qualità del mio vissuto all'interno della seduta, che ora sembra essere più incline a lasciare che le cose accadano affinché le possa vivere più pienamente. Il controllo durante l'osservazione della seduta attraverso la registrazione scrupolosa degli eventi, nel momento in cui assorbe tutta l'attenzione percettiva, si rivela così un ottimo strumento per occultare i substrati di cui è costituita l'esperienza nella seduta di musicoterapia.

Sempre a proposito della strategia difensiva del controllo, quando mi trovavo nel ruolo di osservatore, è interessante notare come essa possa attuarsi per mezzo di comportamenti apparentemente giustificati come nel seguente esempio:

“Ho con me un orologio che ho comperato apposta per potermi orientare temporalmente nelle sedute. Lo terrò d’occhio a più riprese con lo scopo di individuare i momenti salienti della seduta e la loro durata.” (vedi allegato n°8 – Michele n°3)

Quando si vive l’esperienza all’interno del setting di musicoterapia è importante avere dei punti di riferimento spazio-temporali che delimitino i confini della relazione. In questo caso però c’è già Angelo, il musicoterapista, che controlla il passare del tempo attraverso il proprio orologio. Quindi la mia necessità di orientarmi temporalmente è in realtà un modo per tenermi ancorato al di fuori della seduta di musicoterapia. Anche in questo caso il controllo del tempo diventa una delle mie principali occupazioni che mi distoglie dal vivere il presente.

Ho illustrato fino ad ora delle possibili modalità difensive che si attuano attraverso l’arroccamento all’interno dei propri confini, quindi ad una sorta di chiusura.

Esiste anche una modalità difensiva che si esprime in maniera opposta e cioè attraverso l’azione. La maniera in cui si attua questa strategia cambia a seconda che si abbia il ruolo di osservatore o di conduttore. In riferimento al primo caso ecco di seguito un esempio:

“Devo dire che la parte di semplice spettatore osservante inizia a starmi stretta perché quando non sono coinvolto direttamente ho la tendenza a farmi assorbire da pensieri miei che non hanno attinenza diretta con il contesto (almeno credo). Mi piacerebbe poter condurre in parte la seduta e interagire in maniera più diretta con Michele.”

(Vedi allegato n°9 – Michele n°32)

In questo caso il desiderio di passare all’azione cambiando il mio ruolo all’interno del setting trova una possibile spiegazione nel resoconto della supervisione, fatta con Angelo, qualche settimana più tardi. Di seguito riporto una parte della rielaborazione degli appunti presi in quell’occasione:

“Angelo mi ha ricordato che il mio ruolo nel setting è quello di osservatore partecipe che io non avevo compreso appieno. Infatti negli ultimi incontri avevo sentito il bisogno di partecipare in modo attivo, cioè attraverso l’azione, perché il rimanere fermo come semplice spettatore iniziava ad annoiarmi e a suscitarmi delle domande rispetto al senso della mia presenza nel setting. Angelo mi ha chiesto di prestare attenzione a questa mia necessità in quanto il passaggio all’azione è molto probabilmente un diversivo che mi eviterebbe di rimanere in contatto con i sentimenti e le sensazioni che provo nel ruolo di osservatore. Agire per non sentire, o comunque per non dover prendere coscienza di alcune mie parti interne che risuonano durante l’osservazione delle sedute con Michele. Il ruolo di osservatore partecipe normalmente non prevede l’interazione diretta con il paziente proprio per poter mantenere quel distacco necessario per osservarsi e il mio coinvolgimento tramite l’azione con Michele è un evento fuori dal mio ruolo che in alcuni casi è stato permesso da Angelo. Quindi devo prestare attenzione a mantenere il mio ruolo e cercare di capire se sto cercando di evitare di provare alcune sensazioni.” (Incontro di supervisione del 17/7/06 con Angelo sul caso di Michele.)

Il passaggio all’azione sarebbe quindi un modo per evitare di rimanere in contatto con me stesso e con i miei sentimenti.

La strategia difensiva attraverso l’azione quando si ricopre il ruolo di conduttore dell’incontro ha invece un obiettivo diverso come si può vedere da questo altro esempio:

“Nell’incontro di oggi abbiamo cantato parecchie canzoni quasi senza interruzioni e me ne rendo conto solo adesso mentre scrivo la relazione della seduta. Penso che questo fatto possa essere imputato ad un mio stato di ansia che non riesco a contenere in maniera adeguata, per cui il fare necessariamente qualcosa è un mio modo di rispondere alla generale passività del gruppo.” (Seduta n° 9 del 10/02/06 c/o Centro Gabrieli).

Ecco un classico esempio di strategia difensiva attraverso l’agire continuo, senza dare la possibilità che si creino quegli spazi dentro i quali accogliere eventuali commenti o suggerimenti dei membri del gruppo.

L'ansia a cui faccio riferimento nel protocollo deriva probabilmente dal mio timore di dover mettermi in gioco nel ruolo di terapeuta di fronte al gruppo. La strategia difensiva dell'azione può manifestarsi anche attraverso la variante della direttività come è emerso nell'incontro di supervisione, tenuto dal Dr. Benenzon, nel quale ho portato il caso di Gianpaolo e di cui riporto una parte delle conclusioni:

“Inoltre la mia conduzione degli incontri è molto strutturata e direttiva, cosa che non mi permette di verificare effettivamente le peculiarità del paziente, le sue caratteristiche comportamentali reali. Questo fatto mi ha permesso di riflettere sul fatto che i timori verso un comportamento inadeguato e debordante di Gianpaolo corrispondono in realtà ad un mio timore di non riuscire a contenermi a mia volta, di temere il confronto con me stesso, poiché in realtà Gianpaolo è anche uno specchio per me. Allora il consiglio è stato quello di dare la possibilità al bambino di esprimersi liberamente, osservandolo e vivendo insieme a lui la seduta.... Un suggerimento pratico consiste nel lasciare che Gianpaolo abbia la sua scarica aggressiva e di osservare successivamente come egli si riorganizza. Un esempio può essere di vedere che cosa egli farà dopo che avrà rovesciato il contenitore degli strumenti in terra.” (supervisione del 16/02/06 sul caso di Gianpaolo).

In queste righe viene evidenziato come l'atteggiamento direttivo e strutturato nella conduzione della seduta sia da considerare controproducente per la terapia, poiché non dà la possibilità al paziente di rivelarsi nella sua intima natura e quindi di esprimersi per come egli è realmente.

La strutturazione dell'intervento a priori e la direttività possono essere delle strategie d'intervento terapeutico in alcune situazioni e solo quando si hanno ben chiari gli obiettivi e le finalità delle sedute. Nel mio caso specifico si sono rivelate un mezzo di difesa.

Come si è potuto vedere le strategie di difesa messe in campo dal musicoterapeuta o dall'osservatore sono varie. Queste le ho distinte in strategie di arroccamento o di chiusura e strategie di azione o di attacco.

Entrambe hanno lo scopo di occultare una parte di ciò che avviene nella seduta e il più delle volte si tratta di sentimenti ed emozioni che appartengono al terapeuta o all'osservatore. La rilevazione di una strategia difensiva non è sufficiente a far comprendere ciò da cui ci si sta difendendo, e d'altronde la supervisione esiste anche per questo motivo, però già il solo fatto di prendere consapevolezza che in quel punto c'è qualcosa di poco chiaro è un primo passo importante. Non bisogna dimenticare, a mio parere, che la difesa dei propri confini e della propria individualità, quando non viene applicata in modo sistematico e senza criteri, è un segno di equilibrio psico-fisico.

Conclusione

Riepilogo del lavoro svolto e conclusioni

Sono davvero contento di avere avuto l'opportunità di realizzare questo scritto in quanto mi ha dato l'occasione per fare maggior chiarezza sulla direzione che sta prendendo il mio percorso di formazione. Quando, quattro anni fa, decisi di iniziare gli studi di musicoterapia avevo giusto una vaga idea del cammino che avrei dovuto intraprendere e le uniche certezze erano che desideravo mettermi al servizio delle persone per curarle con la musica. Questo desiderio era pregno dell'idea romantica del potere benefico insito nella musica. Mano a mano che procedevo negli studi scoprivo lentamente che il suono e la musica non erano di per sé terapeutici ma che dovevano essere utilizzati in maniera consapevole e adattati al singolo paziente. Dal momento in cui ho iniziato a condurre le mie esperienze di tirocinio l'utilizzo dell'elemento sonoro-musicale è stato affiancato da altri preziosi alleati quali ad esempio il setting, la prossemica, la mimica, il gioco. Il quadro iniziale da cui ero partito stava cambiando, ampliandosi e definendosi sempre di più. Parallelamente mi sono ritrovato a pormi delle domande e a fare delle riflessioni su me stesso, su chi fossi, sul mio ruolo, sul mio ipotetico futuro professionale. Ho così constatato che diventare un musicoterapista non si limita all'acquisizione di teorie, di tecniche e di metodi, ma che una parte importante del percorso riguarda la trasformazione interiore della persona stessa. Il cambiamento ha quindi coinvolto la mia stessa identità poiché se volevo incontrare l'altro dovevo, in quel frangente, necessariamente abbassare o eliminare le barriere che mi separavano da lui, per poi riadattarmi per favorire la relazione. Ma prima di poter allentare o lasciare cadere le mie certezze, ho avuto bisogno innanzitutto di esplorare e scoprire quali potevano essere i miei punti di riferimento interiori che mi avrebbero sostenuto e protetto nelle sedute. Attraverso i tirocini, la stesura dei protocolli e i momenti di supervisione sono emerse gradualmente alcune delle mie parti interiori che conoscevo meno o che credevo di conoscere ed è stata l'occasione per prenderne consapevolezza.

In questo modo ho avviato il processo, che è appena all'inizio e che non cesserà mai, di costruzione della mia identità di musicoterapista. Con l'allargamento della conoscenza del mio territorio interno sto disegnando una mappa grazie alla quale posso gestire l'accesso o meno a certe zone e decidere quali barriere abbassare o quali confini mantenere. Ogni seduta, ogni supervisione, ogni stesura di un protocollo può essere il momento favorevole per esplorare una nuova porzione di territorio e per definirne meglio le caratteristiche. A volte il fatto di avere un'idea più chiara rispetto ad una mia limitazione mi ha permesso di oltrepassarla, mentre in altre occasioni ho preferito mantenerla inalterata, mettendoci sopra però una bandierina rossa come promemoria per il futuro. La mia figura di musicoterapista prende forma anzitutto per mezzo dell'esperienza diretta, senza la quale non potrebbero esserci i protocolli e la supervisione. In questo senso la relazione con il paziente è una sorta di grande specchio dentro cui mi posso osservare e cogliere il mio riflesso nelle sue sfumature di tonalità e nei suoi aspetti dinamici. Ovviamente la stessa cosa vale per il paziente con la sostanziale differenza che egli non ne è consapevole, però lo vive attraverso l'agito. La relazione vissuta attraverso questo gioco di riflessi e di rimandi ha quindi una valenza bidirezionale, cioè non produce un effetto solo sul paziente ma anche sul musicoterapista. Non sto parlando di un automatismo, però quando nella relazione emerge una tematica, proposta dal paziente, che riguarda anche il terapeuta, per poterla affrontare e risolvere nel modo appropriato sarà quasi d'obbligo che quest'ultimo la elabori per primo. Una volta che il musicoterapista ha fatto chiarezza su quella che chiamerei "zona d'ombra", il paziente avrà a sua volta la possibilità di vederne il riflesso. L'effetto terapeutico che ne può conseguire dipende quindi in buona parte da ciò che è stato elaborato dal terapeuta. Il tirocinio in musicoterapia è una esperienza fondamentale e necessaria, insieme allo studio teorico e alla supervisione, come momento unico per porsi delle domande alle quali trovare delle risposte che aiutino a fare chiarezza sulla propria identità di futuro musicoterapista. E penso che anche dopo questo periodo di formazione sul campo continuerò a pormi delle domande, ad affrontare

delle tematiche che mi riguardano, perché se voglio realmente incontrare l'altro la mia identità deve rimanere flessibile per poterlo accogliere.