

MUSICOTERAPIA

A cura del Dott. Pier Luigi Postacchini, psichiatra e neuropsichiatra infantile, insegnante nel Corso quadriennale di Musicoterapia della "Pro Civitate Christiana" di Assisi

Che cos'è e cosa si propone

Il concetto di musicoterapia ha implicazioni molto vaste, poiché si riferisce ad ambiti operativi profondamente differenziati che non sempre hanno il concetto di terapia al centro del proprio interesse. Più che fornire una nuova definizione cercheremo pertanto di dare una articolazione operativa a questo ambito di lavoro. Come modello psicologico di riferimento assumeremo il costruito della **regolazione affettiva** attraverso la metodologia della osservazione diretta partecipativa.

Definiremo pertanto la **musicoterapia** come una tecnica mediante la quale è possibile, operando con una ben precisa metodologia di lavoro, facilitare la attuazione di un progetto di **integrazione spaziale, temporale e sociale** della **struttura funzionale dell'handicap** (che è il CHE COSA della nostra definizione), attraverso l'impiego del **parametro musicale**. Tale progetto integrativo è realizzato da varie figure di **operatori** (il CHI della nostra definizione), attivi nel campo della educazione, della riabilitazione e della psicoterapia.

In relazione al parametro musicale dovremo tenere presente molti aspetti pertinenti la **Comunicazione Non Verbale**, al fine di ottenere una **armonizzazione** dell'identità, sia nel rapporto tra mondo interno e mondo esterno, che nello stesso mondo interno della persona. Tale armonizzazione è raggiunta attraverso un lavoro di **sintonizzazioni** affettive (è IL COME della nostra definizione), sintonizzazioni facilitate e rese possibili attraverso strategie specifiche della Comunicazione Non Verbale (Ricci Bitti P.E., Caterina R., 1990).

Su cosa si basa

Ci rendiamo conto della complessità di questa definizione, ma la stessa ci permette di esaminare alcuni fondamentali concetti.

In primo luogo, secondo quanto è riferito da Bruscia (1989), nel campo della musicoterapia è opportuno distinguere la musica **In terapia** rispetto alla musica **Come terapia**.

Nel primo caso, nel contesto di una terapia che sarà definita dal suo modello psicologico di riferimento, (psicoanalitico, rogersiano, di rilassamento, di chiarificazione, comportamentista, di analisi transazionale, di programmazione neurolinguistica ecc.), la musica verrà impiegata come supporto, come ausilio ed aiuto per una facilitazione del lavoro terapeutico.

Nel secondo caso, musica come terapia, viceversa l'impiego della musica assume un ruolo preminente e fondamentale per la costituzione ed attuazione di una relazione terapeutica.

Già questa distinzione sul piano operativo è estremamente importante.

Nel primo caso infatti ci saranno, pur nelle diverse articolazioni, notevoli sovrapposizioni anche con il mondo dell'educazione, e comunque la musica sarà ancella di altri progetti terapeutici.

Nel secondo caso occorrerà avere una metodologia formativa ed un modello operativo articolati e chiaramente definiti.

Inoltre, sempre secondo Bruscia, anche nella musica come terapia è possibile che la diversa provenienza degli operatori, musicisti o terapeuti, consenta di distinguere, nel contesto di un progetto terapeutico, situazioni nelle quali la musica assume un ruolo prioritario e privilegiato, al punto di poter essere considerata di per sé stessa terapeutica: **MUSICO-terapia**, da situazioni nelle quali la musica assume un ruolo importante di facilitazione nel contesto preminente di un lavoro terapeutico: **musico-TERAPIA**.

Occorre inoltre precisare che in ogni lavoro terapeutico attuato attraverso l'arte (la musicoterapia è infatti soltanto un capitolo del più composito campo delle Arti-terapie) dobbiamo distinguere un **processo estetico** da un **processo psicoterapico**. Nel lavoro terapeutico in realtà tali processi possono essere confusi e difficilmente distinguibili tra loro. Mentre però il processo psicoterapico ha finalità ed obiettivi definiti dal contesto generale della terapia; il processo estetico ha sue

modalità inconscie di presentazione che consentono e rendono disponibili gratificazioni di tipo libidico. Questo ultimo non è certo il fine precipuo della attività terapeutica, ma contribuisce a rendere il clima del setting terapeutico particolarmente positivo e stimolante tanto per il terapeuta, quanto per il paziente, svolgendo la funzione ed assumendo i caratteri di una vera e propria “area transizionale” (Winnicott, 1958).

Come viene applicato

Vediamo ora di chiarificare nei singoli punti che la compongono la definizione che abbiamo proposto.

Se la musicoterapia è finalizzata a facilitare un progetto integrativo, tale **integrazione** della identità presuppone una prima chiarificazione tra costituzione del mondo interno e costituzione del mondo esterno, ed è attuata nello spazio, nel tempo e nelle relazioni sociali, secondo quanto definito da Leòn e Rebeca Grimberg (1975).

L'integrazione spaziale “regola le relazioni ed il grado di coesione tra le diverse parti del Sé, incluso il Sé corporeo; consente il confronto con gli oggetti e la possibilità di stabilire differenze; promuove la differenziazione tra il Sé ed il non-Sé”.

L'integrazione temporale “riguarda le varie rappresentazioni del Sé nel tempo e le connessioni che l'individuo tende a stabilire tra esse. La continuità tra tali rappresentazioni forma la base del sentimento di essere se stessi”.

L'integrazione sociale “riguarda la connotazione sociale dell'identità ed è il risultato dei rapporti tra aspetti del Sé e aspetti degli oggetti, rapporti che avvengono attraverso i meccanismi dell'identificazione proiettiva ed introiettiva”.

Questo progetto di integrazione non è genericamente attuato su qualunque persona ma, secondo la nostra definizione, sulle **strutture specifiche dell'handicap** che costituiscono il “**Che Cosa**” della nostra relazione.

L'handicap, pertanto, va distinto dal deficit. **Il deficit (o menomazione)** è un dato quantitativo che indica di quanto una persona si discosta dalla norma ideale. E' misurato, ad es., in decibel per l'udito, in diottrie per l'occhio, in Q.I. per le prestazioni intellettive. Possiamo considerare varie tipologie di deficit: sensoriale, motorio, cognitivo, neuropsicologico, mentale, affettivo e sociale (V. Schema 3).

Su questa base si possono innestare vari livelli di risposte funzionali agli stimoli ed alle richieste ambientali, risposte che nel complesso costituiscono l'**handicap**. L'handicap è caratterizzato da una sua struttura-funzionale-neuropsicologica, da un tipo di apprendimento, da una modalità di relazione oggettuale e da complicità prevedibili e prevenibili, secondo i concetti della prevenzione primaria, secondaria e terziaria. (V. Schema 3).

Noi operiamo sulla struttura funzionale dell'handicap e l'articolazione del lavoro musicoterapico ci consente di caratterizzarla, precisarla, conoscerla e, come vedremo, armonizzarla.

Chi lo pratica, in quali contesti

Dobbiamo vedere allora “**Chi**” sono gli **operatori** che attuano tali progetti integrativi. Possiamo riconoscerli nel campo della educazione, in quello della riabilitazione ed in quello della terapia . I primi saranno quindi insegnanti che non utilizzeranno la musica al fine di educare o istruire i loro bambini o i loro soggetti, quale sarebbe un progetto di educazione musicale fondato sull'apprendimento; viceversa avranno come fine il progetto integrativo.

Compito dei riabilitatori è quello di dare una nuova organizzazione funzionale all'handicap di cui si occupano, stabilendo nuovi equilibri e nuovi livelli di espressione per il corpo e per il linguaggio. Anche costoro possono a tutti gli effetti utilizzare la musica nel loro lavoro.

Nel contesto della psicoterapia vera e propria è poi possibile, utilizzare la musica, **In** terapia o **Come** terapia. Nel primo caso i terapeuti affineranno la loro capacità di facilitare percorsi di coscientizzazione e consapevolezza, impiegando i parametri della musica; mentre nel secondo caso l'uso dei suoni finirà per costituire una modalità dello stesso processo terapeutico, essendo parte integrante della relazione.

Dato che il progetto integrativo é attuato attraverso l'impiego della **musica**, questo vuol dire che saranno applicati i principi della **Comunicazione Non Verbale** ai fondamentali parametri della musica: intensità, ritmo, timbro, intonazione.

Ma per parametri musicali non intendiamo soltanto questi, ma anche strutture costitutive più complesse: per esempio la complessità formale di uno stimolo, l'andamento intonativo, ascendente o discendente, la struttura prosodica, l'agogica, la capacità di compiere analisi musicali su strutture formali semplici o complesse: una frase, un periodo musicale, un intero movimento, così come la possibilità di articolare una comprensione del rapporto tensione/distensione all'interno di una sola battuta musicale, o di un intero brano, ecc.

*Possiamo riferirci al concetto di **Iso-sonoro musicale**, postulato da Benenzon (1981), ed esemplificato da Stefani (1989) come Iso-Gestaltico, Iso-Socioculturale ed Iso-Universale. Con questi termini si indicano risonanze sonoro-affettive che hanno a che fare con risposte caratteristiche di un ben determinato individuo, tipiche della sua costituzione biologica e sociale (Iso-gestaltico); con risposte caratteristiche di un ben preciso gruppo etnico (Iso-socioculturale); o infine con risposte generali di qualunque individuo, ritrovabili in ogni tipo di cultura (Iso-universale)*

All'interno dei parametri é utile anche tenere presenti i concetti proposti da Imberty (1988). La ipotesi di questo A., intermedia tra cognitivismo e psicoanalisi, postula l'esistenza di schemi (in senso Piagetiano) cognitivi ed affettivi attraverso i quali la persona si pone in rapporto alla struttura musicale. Questo A. descrive schemi di tensione-distensione, schemi di iconici e cinetici e infine schemi di integrazione e disintegrazione dell'io.

Cerchiamo ora di considerare come la utilizzazione del parametro musicale consenta di ottenere una **armonizzazione** (Moretti, 1976) della personalità dell'individuo.

A) Per armonizzazione intendiamo una complessa successione di eventi (e qui entriamo già nel "Come" della nostra relazione) che riguardano in primo luogo l'armonizzazione all'interno dei singoli analizzatori sensoriali e motori. Questo comporta l'impiego modulato e coerente di udito, vista, gusto, olfatto, tatto, dell'analizzatore psicomotorio ed altri analizzatori quali possono essere quelli labirintici e posturali, quelli del senso di posizione e vibratorio, quelli della sensazione del dolore, della temperatura e della kinestesia, che costituiscono tutte modalità che devono essere progressivamente integrate nella organizzazione mentale della persona.

B) Per armonizzazione interna intendiamo anche il fluido passaggio tra momenti di percezione sensoriale e momenti di elaborazione mentale, passaggio che risulta centrale per la comprensione del nostro punto di vista sulla costituzione dei processi di simbolizzazione. Infatti é opinione generale della teoria psicoanalitica che il passaggio tra il dato sensoriale, quindi la pura espressione delle emozioni, ed il mentale, quindi l'acquisizione del simbolo e l'articolazione dei processi mentali in apparati di mentalizzazione elaborativa, sia possibile soltanto attraverso una adeguata integrazione e rappresentazione della vita affettiva. Così il corporeo può essere primitivamente percepito in modo del tutto svincolato dai processi mentali, e quindi sentito come scisso e non appartenente alla reale esperienza del soggetto; oppure, secondo una modalità più matura e vantaggiosa, può venire integrato nella mente, facilitando i processi di elaborazione in una progressiva "eclissi del corpo" (Ferrari, 1992). Come esempio può essere ricordata una alternanza tra stati di tensione e distensione muscolare. Essa può rimanere confinata al solo aspetto corporeo e quindi avere solo il valore di un agito o movimento di scarica; oppure acquisire valore di simbolo, di qualcosa che sta per altro, qualora sia integrata con i sentimenti e le emozioni che caratterizzano i differenti momenti di questa percezione ed esperienza. Tale simbolo sarà poi utilizzabile in una relazione e nella vita sociale.

E' evidente come questi concetti, mutuati dalla osservazione-diretta-partecipe, presuppongano, come diremo poi, l'adeguato sviluppo di una relazione che nel nostro caso sarà tanto terapeutica quanto musicale, comprensiva quindi al suo interno della stessa componente estetica.

C) Tutto quello che è stato fin qui esposto non può comunque prescindere da un adeguato sviluppo relazionale. Nel nostro caso tale relazione verrà fortemente influenzata, determinata ed

orientata dall'utilizzo di parametri musicali. Ecco allora che il concetto di armonizzazione può essere contestualizzato ad uno sviluppo relazionale assimilabile alla relazione primaria madre-bambino. Così il lavoro di armonizzazione può avvenire tra mondo interno e mondo esterno, consentendo quelle integrazioni sociali sia di tipo cognitivo che di ordine affettivo, di cui più sopra abbiamo accennato.

Facendo riferimento alla osservazione-diretta-partecipe, nella pratica clinica, nel lavoro formativo degli operatori e nella supervisione dello stesso lavoro terapeutico, possiamo ipotizzare che tanto la relazione terapeutica (fondata sulla interpretazione della fantasia nel contesto di un setting) quanto la relazione musicale (fondata sui parametri non verbali) si possano sviluppare attraverso un lavoro basato su sintonizzazioni di natura affettiva.

Per questo ci riferiamo ai lavori di Stern e alle ipotesi da lui formulate (1985) per spiegare il passaggio da forme primitive di percezione (la percezione amodale indipendente dalla specificità dell'analizzatore sensoriale utilizzato) fino a percezioni tipiche di una determinata modalità sensoriale, uditiva, visiva, gustativa, olfattiva, tattile, (percezione modale), che possono finalmente confluire in qualità percettive di natura sinestesica. Questi scambi tra i vari analizzatori sono costruiti su primitivi accoppiamenti: udito-vista, tatto-udito, tatto-vista, e così via, che sono stati descritti da Stern, risalenti fin dalle primissime fasi della relazione madre-bambino. In tale relazione primitiva si pongono le basi percettive delle future operazioni di tipo simbolico e quindi delle elaborazioni mentali e dei circuiti rappresentativi.

*Stern postula che il rapporto **empatico**, del tutto incoscio, che si viene a sviluppare tra madre e bambino sia fondato non tanto esclusivamente sull'**imitazione esatta** del comportamento del bambino, quanto su **trasferimenti sinestesici** tra una modalità propositiva e un'altra modalità elaborativa. Questi trasferimenti si possono verificare, per esempio, tra la proposita-vocale del bambino e la risposta elaborativa di natura posturale-mimico-motoria della madre, che corrisponde in questo modo alla lallazione infantile, fornendo così il presupposto per trasferimenti transmodali tra linguaggio e tatto. Ma Stern insiste anche sulla qualità **inesatta** del processo imitativo e quindi fa un richiamo alla corrispondente tematica musicale del tema ripetuto con variazioni.*

Secondo questo Autore le sintonizzazioni inesatte sono gli elementi costitutivi che forniscono stimolo e materiale per la elaborazione simbolica dei processi percettivi e sensoriali, consentendo sia lo sviluppo di percezioni modali, a partire da quelle amodali, sia l'elaborazione di Rappresentazioni di Interazioni Generalizzate (RIG), sia la stabilizzazione di successivi apparati sinestesici.

Su tali basi della Comunicazione Non Verbale è possibile studiare tipici parametri musicali come l'intensità, la velocità e la durata di un suono, pertinentizzati a ben definite modalità interattive, appartenenti all'area del **simbolismo fono-simbolico** (Dogana, 1984).

Vale infatti la considerazione che elevate velocità (numero di note per unità di tempo) accoppiate a basse intensità e brevi durate, caratterizzano e definiscono piccoli suoni, così come tutto ciò che è piccolo in generale. In questo caso siamo nel campo del **fonosimbolismo sinestesico**.

Ma è sufficiente che il parametro intensità, da bassa che era, venga elevata ad alta, per trasferirci, non nel campo di suoni grandi o concetti grandi, quanto ad un altro campo fonosimbolico: cioè all'espressione della tematica aggressiva pertinente il **fonosimbolismo fisiognomico**.

Stern si è molto diffuso sulle traduzioni transmodali per caratterizzare il passaggio dal percettivo all'affettivo, a partire dalle percezioni amodali. Egli si è riferito precisamente a qualità musicali per definire rispettivamente i profili dell'intensità, della forma, del tempo, del numero e del movimento. Ha così ipotizzato, su basi sperimentali, la esistenza di distinti, ma anche distinguibili dal bambino, profili di attivazione tipici di stimoli che possono essere tanto di natura uditiva, quanto visiva, quanto tattile, quanto psicomotoria, quanto posturale e così via. Rifacendosi a queste qualità percettive amodali l'Autore giustifica e spiega come nel processo di comunicazione attraverso la sintonizzazione degli affetti, sia possibile tanto su base imitativa cogliere la qualità del comportamento manifesto, la **forma**; quanto sulla base di sintonizzazioni affettive cogliere la transmodalità, cioè la qualità **affettiva** espressa in quella forma. Ricorderemo soltanto per accenno come Stern insista sulla modalità della percezione degli affetti che caratterizza il **Senso di un Sé**

emergente (prima fase della costituzione del Sé, che precede quella del Sé nucleare, del Sé soggettivo e del Sé verbale), cioè del sorgere di una organizzazione, come questo A. la chiama. All'interno di questa chiarificazione l'A. propone di distinguere la **percezione amodale**, di cui si è detto, dagli atteggiamenti percettivi di tipo **costruttivistico**: ad es. la progressiva maturazione delle strategie di esplorazione del volto umano, a partire dalla periferia verso il centro del volto, secondo la tipica periodizzazione della evoluzione del progetto motorio in relazione alle stesse vicende maturative e di sviluppo del neonato. Nel contesto della percezione amodale vanno ancora iscritte: la **percezione fisiognomica**, legata a tratti comuni a suoni, colori, stati di animo, e la **percezione di affetti vitali**, intesi più come modi di essere, che come contenuti. Gli affetti vitali sono descritti come: fluttuare, svanire, trascorrere, esplodere, crescendo, decrescendo, gonfio, esaurito. Vanno distinti dagli **affetti categoriali**, già ipotizzati da Darwin sulla base di corrispondenze tra atteggiamenti mimici e sentimenti: felicità, tristezza, rabbia, paura, disgusto, sorpresa, interesse, vergogna.

Stern inoltre precisa come il concetto di sintonizzazione, cioè di risposta risonante allo stato affettivo di base, si differenzi dal concetto di empatia. Se da un lato l'empatia presuppone la risonanza dello stato affettivo, che è comune tanto alle sintonizzazioni quanto all'empatia, dall'altro lato l'empatia richiede e coinvolge processi quali: l'"astrazione della conoscenza empatica dall'esperienza della risonanza emotiva; l'integrazione della conoscenza empatica astratta in una risposta empatica; una transitoria identificazione di ruolo", che non si verificano nelle sintonizzazioni. "Le sintonizzazioni dunque vengono effettuate in larga misura al di fuori di ogni consapevolezza e quasi automaticamente. L'empatia invece richiede la mediazione di processi cognitivi".

Secondo Stern è quindi possibile studiare tutte queste forme (cioè i profili di intensità, le sincronizzazioni temporali, il ritmo, la durata, la forma di uno stimolo) nel lavoro di modulazione espresso dalle sintonizzazioni imperfette. Vengono così definite le **qualità primarie, o amodali**, dell'esperienza, costituite dalla intensità, dalla forma, dalla scansione temporale, dal movimento e dal concetto di numero. Tali qualità facilitano e consentono il passaggio dall'unità sensoriale di base, attraverso il lavoro sinestesico e le equivalenze transmodali, ai processi di sintonizzazione affettiva.

Tutte le considerazioni esposte sono facilmente verificabili ed applicabili nel lavoro con parametri sonoro-musicali, e sono comune patrimonio di esperienza per educatori, riabilitatori e psicoterapeuti attenti e formati a cogliere la modalità di presentazione del musicale nell'area di lavoro.

Ecco allora che l'articolazione del processo estetico e del processo terapeutico, nel passaggio tra il sensoriale ed il mentale, attraverso l'affettivo, percorre e sottende tutto il discorso musicale. Tale articolazione inoltre è ricostruibile a partire dalle percezioni amodali, attraverso quelle modali e quelle sinestesiche, fino ai circuiti rappresentativi del vero e proprio discorso musicale.

A questo punto relazione (o processo) terapeutico e relazione (o processo) estetico, risultano difficilmente distinguibili. Per noi con qualche difficoltà, anzi con notevoli difficoltà, possono essere studiati nel progetto formativo che è finalizzato a far acquisire agli allievi, nel contesto di un modello di riferimento legato alla metodologia della osservazione-diretta-partecipe, le tecniche che sono quelle impiegate nel lavoro di sintonizzazione affettiva. Questo lo esamineremo nella parte successiva della relazione dedicata alla espressione e regolazione delle emozioni, e costituisce il nodo della lunga e difficile formazione dei musicoterapeuti orientati ad una valutazione dei parametri musicali "in" e "come" terapia.

Questi stessi criteri dalla formazione vengono poi trasferiti al lavoro di supervisione, e questo lo esporremo nella terza parte del nostro lavoro, venendosi così a configurare il campo specifico della musicoterapia didattica.

Chi lo ha elaborato, in quale anno, in quale paese, in quale ambito

Benenson R., Argentina, nell'autismo infantile,

Schmolz A., Austria,

Alvin j. Inghilterra,

Hillman Boxill E., Stati Uniti,
Verdeau Pailles J., Jost, Lecourt E., Francia.

A chi è stato rivolto

Inizialmente l'impiego della musica, con finalità che introducono il concetto di musicoterapia, si attua in istituzioni manicomiali nelle quali sul piano empirico si riscontra un "benefico" effetto legato all'ascolto e alla produzione musicale. Alcune applicazioni negli Stati Uniti riguardano anche le persone che hanno subito traumi bellici.

Per quale fascia d'età

La popolazione coinvolta nelle prime esperienze definibili come musicoterapia (con una connotazione psico-pedagogica) è costituita prevalentemente da bambini. Successivamente le esperienze (più orientate terapeuticamente) si rivolgono anche a una popolazione adulta pur continuando un'attenzione prevalente rivolta all'età dello sviluppo.

A quali tipi di patologie è stato allargato

Dopo le prime esperienze in ambito psichiatrico e neuropsichiatrico infantile l'applicazione della musicoterapia si è estesa nel tempo a patologie neurologiche (ad es. il Parkinson e le demenze), agli stati comatosi e/o vegetativi, all'ambito medico in generale (ad es. per favorire la riduzione dello stress nelle fasi pre-chirurgiche), alle cure palliative, alle dipendenze e all'ambito del disagio. E' importante precisare che in molte di queste applicazioni i concetti di "musica" e di "musicoterapia" si sovrappongono.

Vari sono i metodi terapeutici e riabilitativi descritti dai differenti AA. Per una rassegna si veda Postacchini, 1985.

Le tecniche principalmente impiegate riguardano la ritmica, la danza, il canto e l'uso degli strumenti musicali. In qualche caso è anche possibile orientarsi nella scelta di brani musicali, ma su questo punto occorrono cautela e precise considerazioni.

Limitandoci ad un sommario esame della patologia, diremo che essa caratterizza i gradi di sofferenza in cui si può esprimere il comportamento patologico, sia sul piano vegetativo che relazionale.

La nostra trattazione mantiene pertanto i tradizionali sistemi nosologici della medicina. Nostra preoccupazione però non sarà di definire i singoli stati «malati» ed indicarne limiti e carenze, quanto di indicare, o fornire stimoli utili, per un possibile indirizzo riabilitativo.

Per questo fine occorre partire dalle parti «sane» del paziente, cioè dalle cose che sa fare o dalle competenze che ancora conserva, sino a poterlo rimotivare alla comunicazione sia gestuale che ideativa, mantenendo costante il contatto e la consapevolezza delle proprie emozioni ed un libero accesso ad un apprendimento realmente basato sulla «esperienza» (Bion, 1965).

Nel caso, viceversa, che si avesse a partire dalle parti «malate» ogni intervento sarebbe destinato a restare un puro esercizio di tecnica o a rimanere confinato nella soddisfazione delle curiosità di "conoscenza scientifica" del terapeuta, restando estraneo ed «esterno» per il paziente.

Distingueremo tre principali condizioni patologiche:

- a) quelle somatiche in cui ad essere colpiti sono i differenti apparati;
- b) quelle psico-somatiche in cui si stabiliscono le più complesse interazioni tra corporeo e mentale;
- c) quelle mentali che riguardano la vita emotiva ed i processi ideativi.

1) La patologia somatica

Essendo in questo caso interessati i differenti apparati, occorre analizzarli singolarmente.

a) *Le lesioni dell'apparato scheletrico.* - Causano inabilità o deformazioni a carico dei segmenti dell'asse corporeo. Le cause sono molteplici, e possono produrre esiti a carico delle vie motorie o

sensoriali: si pensi ad es. agli esiti di traumi, patologie infettive o congenite, ecc.

La *funzione motoria* può essere suddivisa secondo quattro sistemi (Faglioni, 1977):

- muscolatura prossimale degli arti (cingolo scapolare e pelvico);
- muscolatura distale degli arti (gambe e braccia);
- muscolatura del tronco (o assiale) e degli occhi;
- muscolatura bocca-faccia.

E' possibile un'applicazione differenziale di stimoli di natura sonoro-musicale nelle singole sezioni descritte o in alcune di esse in associazione. Gli stimoli di natura non verbale costituiscono infatti indici motivazionali alla motricità ed alla integrazione cognitiva.

Stimoli ed intonazioni adeguate possono pertanto associarsi a forme ritmiche utilizzabili nella pratica riabilitativa. E' infatti comune esperienza come nel ballo vengano posti in movimento vari distretti muscolari, a seconda del ritmo che viene seguito, sino ad ottenere fini articolazioni del movimento delle mani anche a tronco immobile (Boxberger e Cotter, 1976).

Tale approccio è utilizzabile in tutti i motulesi e nelle patologie di tipo cerebrovascolare, degenerativo, metabolico e comunque difettuale del S.N.C. e periferico, nelle malattie muscolari ed in quelle ortopediche. Il progetto riabilitativo va sempre rivolto all'acquisizione di idonei livelli di adattamento funzionale che sono in accordo alla personalità globale del paziente, più che alla nosologia del disturbo.

b) *Le lesioni dermatologiche.* Le più gravi malattie della pelle provocano compromissione delle vie della sensibilità o della motricità stessa. La riabilitazione dei gravi ustionati, per stimolare il trofismo cutaneo e favorire la motricità per scongiurare i decubiti, si avvale tanto della trance ipnotica, quanto delle tecniche psico-musicali.

Analoghe considerazioni valgono per le forme atrofico cicatriziali dell'età senile.

c) *Le lesioni cerebrali vascolari degenerative e dismetaboliche.* — Nella sclerosi a placche, morbo di Parkinson, corea di Huntigton, la musica motiva alla motricità ed influenza, acquietandole, le discinesie incontrollabili. Con suoni e ritmi opportuni si può produrre uno stato di rilassamento muscolare che facilita l'organizzazione posturale.

Nei pazienti con alterazioni delle funzioni corticali superiori (linguaggio, prassie, senso dello spazio di posizione e schema corporeo) sono possibili vari tipi di riabilitazione.

Gli afasici possono oggi giovare di tecniche basate sul nesso tra musica e linguaggio, operando in base ai concetti della grammatica generativa, ed essere riabilitati, utilizzando le varie componenti del linguaggio accessibili o sottese alla comunicazione non verbale.

I disprassici ritrovano il senso dello spazio, della programmazione motoria e della immagine del corpo con stimoli adeguati.

Il corpo può essere «evocato» nelle sue varie parti da suoni ad es. prodotti da campanelli a varie tonalità. Sicché suoni o ritmi consentono di riconoscere singoli segmenti corporei. In gioco è solo la fantasia del riabilitatore.

Gli agnosici possono utilizzare i codici spazio-temporali della lettura musicale, per recuperare il senso e la dislocazione della profondità e del riconoscimento spaziale.

d) *Le malattie cardio-respiratorie.* — Occorre che il paziente possa collaborare per la rieducazione funzionale alla respirazione ed al movimento. Questo interessa il grave paziente geriatrico immobilizzato a letto, i gravi insufficienti respiratori che in generale rifiutano gli stimoli e le prescrizioni verbali in conseguenza della loro grave depressione. La divisione musicale del tempo e l'ascolto di melodie possono però riattivare il dialogo con il corpo.

e) *I deficit sensoriali.* — In questo campo i risultati sono ormai notevoli. I *non vedenti* trovano nella musica uno stimolo socializzante, che consente di prevenire i frequenti «innesti» di gravi disarmonie

di personalità, ed un'azione tonica sulla motricità che è generalmente viziata da posture irrigidite e stereotipe. Lo spazio che non è esplorabile con la vista, diviene però conoscibile con l'udito, fornendo il senso di profondità ed i riferimenti alla posizione del corpo nell'ambiente.

I *sordi* possono persino recuperare il linguaggio verbale (Guberina, 1976; Croatto, 1984).

La partecipazione ad attività corali o l'apprendimento di strumenti musicali (percussioni, pianoforte), che consentano un'analisi tattile delle vibrazioni prodotte sulla cassa armonica dello strumento, forniscono informazioni sullo spazio sonoro ed una possibilità di orientamento di suoni e timbri sino a poter acquisire il senso del tempo.

Lo studio e la pratica musicale consentono così di integrare altre informazioni relative all'esperienza cognitiva del mondo esterno.

f) *Le malattie terminali e dolori cronici.* — Si ha ausilio sul piano motivazionale e percettivo dall'impiego della musica.

Oltre a fornire stimolo e fattore di socializzazione, essa agisce competitivamente lungo le vie del dolore (Melzak, 1976) o fornisce conforto più adeguato a chi, di fronte alla tragica esperienza della morte, si appresta a tornare all'illusione del paradiso perduto che l'area della musicalità tende a ricreare (Fornari, 1984).

2) La patologia psico-somatica

In questo campo le interazioni corpo-mente sono state descritte da Gaddini (1981). Questo A. ha descritto il circuito patologico corpo-mente-corpo che tende a stabilizzare le condotte patologiche.

A causa di un difetto di mentalizzazione, il corpo non può trasferire nella mente vissuti e significati e rimane condannato a riproporre costantemente a sé stesso, nel funzionamento fisiologico, la natura dei propri stimoli.

Ferrari (1984) ha proposto uno schema interpretativo unitario per la patologia che coinvolge il S.N.C. e che si estende anche ad alcune condizioni più tipicamente inscritte nella motricità (tabella 4).

Molti fenomeni fisiopatologici possono allora trovare una interpretazione unitaria nella teoria delle «bilance biologiche» adattative amino-colinergiche e può esserci utile per comprendere le influenze del suono sul piano vegetativo.

Purtroppo la psicosomatica è il campo delle pericolose mistificazioni e contraffazioni che pretenderebbero di mettere in commercio cassette di musicoterapia contro l'ulcera o contro lo stress! Alcuni risultati meritano di venir divulgati.

a) *La pre-medicazione anestetica.* — Sia nella terapia del dolore che in sala operatoria, la sistematica applicazione dell'ascolto musicale consente di ridurre il dosaggio degli anestetici rilassando il paziente. Anche in odontoiatria, in ginecologia nell'induzione al parto, ed in associazione all'agopuntura.

3) La patologia mentale

Le metodologie di approccio in tali casi sono assai delicate ed articolate (Buffoli, 1984; Verdeau-Pailles, 1976; Lecourt, 1977; Schwabe 1974).

a) *Psicotici ed autistici.* — Tali pazienti rifiutano spesso il contatto verbale e la musica può essere l'unico canale di comunicazione possibile, in uno stato iniziale, e raramente per sempre.

Le prime forme di differenziazione legate al riconoscimento di una fonte sonora che non appartiene al corpo ma è da esso separata (lo strumento) e successivamente di una fonte sonora che appartiene al sé (la propria voce) possono consentire una lenta uscita dalla chiusura ed una apertura alla comunicazione. Naturalmente non vanno sottovalutate le componenti regressive connesse a questo tipo di comunicazione con pazienti tanto disgregati.

b) *Schizofrenici*. — L'aggressività e le angosce distruttive in tali pazienti sono molto violente. I gruppi terapeutici che motivano all'ascolto reciproco ed alla espressione, possono costituirsi come "esperienza transizionale" che consente la scoperta del corpo e degli stati emotivi che lo caratterizzano. La utilizzazione di tecniche psicomusicali favorisce il riconoscimento di sé nel reciproco riverbero di giochi verbali e musicali e nel riconoscimento della corporeità propria e degli altri.

c) *Maniacali*. — Un ritmo opportunamente scelto può contenere la patologica accelerazione psicomotoria. Tali pazienti usano dondolarsi, esprimersi con improvvisazioni verbali e canti spontanei. L'approccio tende a contenere tali espressioni recuperando il senso del tempo e dello spazio tanto interni che esterni.

d) *Stati depressivi*. — In tali casi occorre partire dallo stato di rallentamento psicomotorio e dalla coartazione affettiva dei pazienti.

Il ritmo deve essere usato con cautela su cadenze lente che tendono a riproporre la temporalità del vissuto somatico. Lentamente saranno esplorati i registri a partire da quelli più gravi sino a quelli più acuti con funzione di note di abbellimento e ritmi più dinamici.

e) *Nevrosi fobico-ossessive*. — Tali pazienti spesso sono a tal punto concentrati sulle loro ruminazioni del pensiero e sui dubbi da non fornire molto spazio alla riabilitazione.

Il suono può essere allora usato come fattore di decondizionamento.

Si utilizzano ritmi prodotti da strumenti a percussione, a raggruppamento variabile. Talora un certo rilassamento può essere prodotto da timbri particolari o da "pianissimi".

Semplici strutture melodiche o scansioni ritmiche possono consentire di spostare brevemente gli anancasmi.

f) *Disturbi del carattere*. — Anche in questi pazienti falliscono le terapie verbali. Un caso particolare costituiscono i tossicomani di cui è ben nota l'affinità con atmosfere musicali che rievocano l'esperienza del «buco». Forti intensità e stimoli violenti e musiche che danno senso di espansione sono predilette dai pazienti.

La riabilitazione passa però attraverso una rigida rieducazione alla pratica di gruppo, le cui regole verbali, comportamentali, acustico-sonore, possono consentire a questi pazienti un recupero della corporeità e la sostituzione dei desideri ai tirannici bisogni.

Valutazione di effetti in diversi contesti

Il problema della valutazione rimane per la musicoterapia irrisolto. La ricerca, infatti, soprattutto in Italia, è piuttosto limitata e presenta lacune inerenti l'impostazione metodologica e la definizione dei modelli applicativi. Mancano sostanzialmente indicatori di percorso standardizzati e indicatori di esito che possano essere messi direttamente in rapporto all'intervento musicoterapico. Nonostante ciò in letteratura si trova traccia di studi recenti che hanno una base scientifica solida e riconosciuta.

Ripercussioni in ambito familiare, scolastico o altro

Le ripercussioni in ambito familiare e scolastico riguardano la possibilità di fornire strumenti di comunicazione/relazione ed elementi di osservazione che possono facilitare l'impiego di nuove strategie di intervento supportate da un maggiore livello motivazionale.

Costi

Le varie Associazioni professionali indicano costi compresi tra i 15 e i 45 euro a seduta, sia individuale che di gruppo.

Critiche

Le critiche rivolte alla musicoterapia riguardano essenzialmente la frequente assenza di un'impostazione teorica organica e strutturata che possa costituire la base dell'intervento. Inoltre si ravvisa sovente l'assenza di una coerenza fra teoria e prassi. Anche dal punto di vista metodologico l'assenza di percorsi valutativi o la superficialità e inadeguatezza degli stessi costituisce un limite di notevole portata. Unitamente a ciò anche in percorsi formativi non sono sempre garanzia di una adeguata formazione musicale e relazionale.

Controindicazioni

L'unica vera controindicazione all'impiego della musica è costituita dai rari, ma documentati casi di epilessia musicogena.

Data la funzione di attivazione che lo stimolo musicale ha in questo caso sulle crisi epilettiche, esso non può venire impiegato. In tutti gli altri casi dovremo parlare di ovvie cautele (Bright, 1972).

Intensità troppo forti, note tenute troppo lunghe e contrasti troppo rapidi risultano generalmente fastidiosi e mal tollerati dai pazienti.

Ritmi particolarmente caotici risultano irritanti per pazienti in condizione di fragilità psichica.

Negli audiolesi e traumatizzati cranici occorre scegliere opportunamente i suoni per non produrre effetti nocivi.

Alcuni pazienti manifestano intolleranza alla musica ed occorrerà distinguere tra un atteggiamento caratteriologico che può essere superato con la pazienza e l'esperienza del terapeuta, da condizioni di lesioni cerebrali che producono paraacusie, cioè percezioni acustiche sgradevoli. In quest'ultimo caso se il disturbo non scompare spontaneamente entro alcuni mesi dopo il danno cerebrovascolare, è da ritenersi irreversibile (Postacchini, 1979).

Con pazienti molto agitati o confusi, sono in genere le attività di gruppo a non essere indicate. Andranno pertanto precedute da un periodo di lavoro individuale.

Inoltre saranno da evitare gli strumenti a percussione il cui effetto dinamogeno aumenta lo stato di tensione.

Con i pazienti depressi occorrono cautele sia melodiche che intonative che possano accrescere la malinconia, mentre risultano poco gradite musiche «rumorose» o scansioni ritmiche troppo accentate.