

A.A.V.V.
a cura di
M. Degli Stefani – G. Ferrari – L. Xodo

ATTI
del Seminario di Studio

RISUONANZE

Il senso del suono nel trattamento
del disturbo mentale

Padova, 13 ottobre 2007



Edizioni Scuola di Musicoterapia
"Giovanni Ferrari"

Il presente volume raccoglie gli Atti del Seminario di Studio:
"RISUONANZE. Il senso del suono nel trattamento del disturbo mentale" svoltosi a Padova il 13 ottobre 2007 presso il Teatro "Tom Benetollo" – Spazio Gershwin e promosso dalla Scuola di Specializzazione in Musicoterapia "Giovanni Ferrari" in collaborazione con il Secondo Servizio di Psichiatria Ulss 16 di Padova.
La segreteria scientifica del Seminario è stata curata da Mario Degli Stefani, Giovanna Ferrari, Luca Xodo.

© 2008 EDIZIONI SCUOLA DI MUSICOTERAPIA "GIOVANNI FERRARI"
Via Tonzig 9 – Padova
www.scuoladimusicoterapia.it

Redazione e impaginazione: Patrizia Bertini
Stampa: Villaggio Grafica Srl, Noventa Padovana (PD)

Tutti i diritti sono riservati

INDICE

P. 5
PRESENTAZIONE

P. 7
Alberto Schön
INTRODUZIONE

PRIMA PARTE: RIFLESSIONI

P. 10
Mario Degli Stefani
LIBERE NOTE... IN TEMA DI RISUONANZA

P. 18
Alberto Schön
SUL SENSO DEI SUONI
Cosa pensa uno psicoanalista

SECONDA PARTE: ESPERIENZE

P. 40
Manuela Guadagnini
ESPERIENZE AMBULATORIALI DI MUSICOTERAPIA IN UN CENTRO
DI SALUTE MENTALE

P. 50
Mario Degli Stefani, Tatiana Lai, Mascia Ortolan
BIANCAVOCE E LA MERAVIGLIA DELLE SETTE NOTE

P. 60

Tatiana Lai

LA MUSICA COME MEZZO NON COME FINE

P. 68

Danila De Cristano

DAL BUIO DELLA SOFFERENZA AL COLORE DEL SUONO

P. 74

Lucio Digianantonio

TU CHIAMALE SE VUOI EMOZIONI

P. 78

Giovanni Banzato

RIFLESSIONI SU UN'ESPERIENZA DI MUSICOTERAPIA IN UN CENTRO
DI SALUTE MENTALE

P. 83

Paolo Tono

CONSIDERAZIONI SU UN LAVORO IN MUSICOTERAPIA

P. 87

Cuccato Silvia

LA MUSICOTERAPIA NELLA CURA E NELLA RIABILITAZIONE DELLE
DISABILITA' PSICHICHE GRAVI

PRESENTAZIONE

Il 13 ottobre 2007 ha avuto luogo a Padova il Seminario di studi intitolato "Risunanze. Il senso del suono nel trattamento del disturbo mentale." L'evento, promosso dalla Scuola di Musicoterapia "Giovanni Ferrari" di Padova e dal Secondo Servizio di Psichiatria dell'USLL 16 di Padova, ha permesso la convergenza tra psichiatria e musicoterapia in un'ottica di ricerca nel campo della cura. I relatori con i loro interventi hanno proposto una serie di stimoli orientati all'allargamento delle conoscenze in un terreno di confine, dove sapere scientifico e musica possono promuovere nuove forme di interazione nei contesti legati alle aree del disagio psichico.

Perché un seminario intitolato "Risunanze"? Per dare spazio e riflettere sull'ascolto inteso come strumento essenziale nella relazione di cura. Per approfondire e valorizzare, attraverso la musica, lo spazio capibile e spiegabile nell'incontro con persone portatrici di problematiche psichiche. Perché la musica porta con sé un linguaggio relazionale che va oltre il pensiero e può rappresentare un utile strumento di espressione del proprio termometro emotivo, per usare una terminologia cara a Edward Morgan Forster.

Questa raccolta di scritti propone una prima parte dove vengono esposte alcune riflessioni sul rapporto suono e relazione. Nella seconda parte sono esposte le esperienze degli operatori effettuate nei laboratori di musicoterapia svolti nel Centro di Salute Mentale del Secondo Servizio di Psichiatria dell'Ulss 16 di Padova.

La pubblicazione degli Atti avviene dopo un anno e rappresenta la naturale conclusione del Seminario nella speranza che i contributi degli autori forniscano una fonte di approfondimento e di ricerca per i professionisti del settore, un punto di partenza per ulteriori studi.

INTRODUZIONE

In queste righe propongo riflessioni che ruotano intorno al contenuto di un libretto che ha ottenuto l'apprezzamento di un critico esigente come Quirino Principe. Parlo di "Schön D., Akiva-Kabiri L., Vecchi T., *Psicologia della musica*, 2007, Carocci".

Tra i modi di comunicare senza parole, la musica sembra a molti quella che più difficilmente si lascia *tradurre*. Forse anche per questo in molti hanno tentato di dirne qualcosa, col risultato di produrre parecchi discorsi lunghi e vaghi, finora raccolti sotto titoli generali di Comprensione della musica, Semanticità della musica, Psicologia della Musica. Certo si può citare qualche buon parere d'autore, "*La musica ha un effetto magico, quando ci parla il linguaggio del nostro passato*" (Nietsche), varie banalità "*La musica viene dall'inconscio e agisce sull'inconscio*" (Jung forse aveva scoperto l'inconscio da poco), un lieve candore poetico "*Il suono musicale giunge direttamente all'anima*"; si vede che Kandinskij aveva un'anima. Mica tutti ce l'hanno.

Insomma il progetto di *parlare* della musica è una scommessa, una sfida. Occorre una capacità di limitarsi, di stare nella misura, non certo l'intento di dimostrare l'esistenza dell'anima, o di trovare il vero significato della musica. Ma accettando di procedere per successive approssimazioni, alla fine forse ci troveremo più intonati.

La ricerca che tiene conto delle conoscenze fornite dalle neuroscienze come dalla psicoanalisi permette di comprendere qualcosa del senso dei suoni e della possibilità di usarli nella relazione con molti pazienti, in qualche caso con evidente vantaggio terapeutico. Sia chiaro che penso a suoni semplici e poco organizzati, non alla somministrazione di due dosi di Mozart e mezza di Brahms, ma alla pro-

posta di ascolti o meglio dell'uso di semplici strumenti, per poi parlare di cosa si sia svolto. Se la conduzione dell'esperienza è corretta, si assiste al miglioramento della relazione tra paziente e personale curante, ma anche della relazione tra parti della mente del paziente stesso, che appare quindi meglio integrato.

La psicoanalisi non spiega tutto. Oggi le neuroscienze hanno in mano una quantità di dati dimostrati e ci possono aiutare a capire un campo che trent'anni fa permetteva solo di proporre qualche ipotesi.

È possibile, e utile, disporre di alcuni concetti base per pensare con maggiore complessità all'esperienza sonora. Voglio dire che, dopo aver letto un libro di Psicologia della Musica, noi non avremo un pensiero più chiaro, ma direi più orchestrale. Armonioso o disturbante, dipenderà da come ciascuno se lo suona dentro.

È ovvio che nella musica possiamo sentire di tutto, come nelle tavole del Rorschach possiamo vedere tante nostre e altrui fantasie. È allegra e triste, erotica e funebre, può essere descrittiva o astratta. È un linguaggio, anzi molti linguaggi, con regole complesse.

Alla fine resterà un'area ampia, che pur possiamo percepire, ma sfugge alla descrizione verbale. Però si può suonare e danzare.

Alberto Schön

RIFLESSIONI

MARIO DEGLI STEFANI*

LIBERE NOTE... IN TEMA DI RISUONANZA

"Verae voces tum demum ab imo pectore elicientes (sunt)". Le parole sono vere quando escono dal profondo del cuore. (Cicerone)

La voce *"risuonanze"* non appare segnalata nel dizionario word che sottolinea errore, e nemmeno nel Devoto Oli, che invece tra le altre riporta:

– *risuonare: entrare in risonanza.*

Il Devoto Oli specifica poi:

– *risonanza acustica:* il fenomeno per cui una sorgente sonora, inizialmente in silenzio, può entrare in vibrazione se è investita da frequenze sonore di frequenza uguale o quasi uguale a quella propria.

– *chimica:* insieme delle strutture molecolari tra loro equivalenti in grado di descrivere la molecola di un composto.

Intuitivamente quindi parrebbe che per innescare un fenomeno di risonanza siano necessari: una fonte A, un ricettore B e uno spazio-tempo-transizionale-vibrabile: A-B, un setting che forse potrebbe evocare situazioni familiari a chi sia avvezzo ai luoghi di cura per la salute mentale.

"Risonar seppi gli amorosi guai". Ci ricorda invece il Petrarca con più raffinata musicalità.

Risuonanze allora per accentare, come se la vita sia in qualche modo

* Psichiatra, 2° Servizio di Psichiatria Ulss 16 Padova.

segnata da un susseguirsi di incontri, che possano descriversi come un cercare una vibrazione comune, lì e in quel tempo, verso una comunicazione-condivisione-differenziazione che, nell'incontro, rinnovi la meraviglia del potersi sentire vivi.

Vibrazioni, al di là delle parole, in un sentire-con, laddove il suono esprima e mantenga la completezza di una espressione emotiva primitiva, quandanche ancora primaria, talora intraducibile ma percepibile e condivisibile.

Incontri sonori dunque, che possano caratterizzare "l'osservazione", oltreché ovviamente l'ascolto, di un mondo interiore, anche in assenza di una sua comprensione, verso una riorganizzazione in grado di esprimerne una rappresentabilità.

In un operare quotidiano nel prendersi cura del delicato mondo emotivo dell'altro, sembrerebbe che le capacità di "sentire e ascoltare", siano requisiti basilari, raffinati poi nel tempo della pratica, e che quindi induttivamente le potenzialità dei territori sonori e musicali, come strumenti di diagnosi e cura, potrebbero porsi in una quasi naturale conseguenza.

Eppure, invece, appare questo ancora come un campo poco esplorato, dove le considerazioni giacciono nei territori della peculiare intuizione, o della sensibilità personale, con marginali spazi di confronto e studio, e ovviamente carente di una organizzazione sistematica, per un utilizzo critico e specifico nei vari settori di applicazione.

Da qui l'idea di un momento per raccogliere alcune considerazioni teoriche e cliniche sull'argomento, e se non altro, per attenuare almeno un po' l'invidia nei confronti dei potenti mezzi diagnostici dei colleghi neurologi, potendo da oggi vantare anche noi "psico-operatori" di uno strumento come *la risuonanza, sia pur non del tutto magnetica...*

Risuonanze e salute mentale dunque, in una continuità che sembra scivolare con naturale fluidità nella dimensione della musicoterapia,

in un incontro di due discipline dalle numerose matrici comuni: la musica-musicoterapia e la psichiatria-psicoterapia.

Tra le varie affinità alcune potrebbero essere:

- a) "discipline" apprese entrambe con lungo training
- b) si occupano entrambe di modalità di "espressione emotiva"
- c) discipline basate "sull'ascolto" (interno ed esterno)
- d) si occupano di "linguaggi"
- e) implicano la "percezione dell'altro", con cui è necessario ri-conoscersi e accordarsi
- f) necessitano di particolare "sensibilità emotiva".

Chissà se era questo l'intendimento di Giovanni Gozzetti nel dire: *"ognuno sta in un gruppo terapeutico con almeno un motivo"*.

Rimanendo nel tema delle affinità, vorrei ora ricordare Benjamin Britten quando dice:

"Il solo modo per parlare di musica è suonarla e ascoltarla".

Quindi non parrebbe possibile parlare realmente di musica se non suonandola e ascoltandola.

Verrebbe, inoltre, da chiedersi se d'altra parte questa riflessione non implichi anche un concetto secondario biunivoco, ma non meno rilevante, ovvero: se la si ascolta davvero, allora, la musica è come ci stesse parlando!

Alla stessa maniera si può dire di un processo psicoterapeutico: non è infatti possibile pensare di descrivere, definire o riprodurre, nella sua reale interezza a terzi, cosa accade all'interno di una relazione terapeutica, basata sull'incontro di due, e proprio quelle due, persone!

Si tratta di una comunicazione-comunione relazionale, che si realizza oltre il significato intrinseco della parola, e la cui tecnica appare tramandabile solo con apprendimento diretto, mediante training personale con professionisti, come, tra l'altro, riconosciuto dalle principali scuole di formazione.

Comunicazioni che fluiscono a vari livelli, quindi, e attraverso canali comunicativi diversi, spesso preverbali, e che possono spaziare nell'intero ambito sensoriale.

Da un'idea originaria, forse anche un po' difensiva, di terapia fondata sulla sola parola e nel suo significante, via via verso un concetto di spazio terapeutico globale, che si realizzi attraverso una comunicazione, accettazione e condivisione a più livelli degli attori nel processo di cura.

Un momento dove, forse, anche i movimenti emotivi più arcaici "pre-consoci e involontari", se espressi in un setting opportuno, possano manifestare la loro utilità e potenzialità terapeutica, al pari degli elementi più maturi delle aree del pensiero e del linguaggio verbale.

Un ascolto reciproco ed empatico dunque, dove, al di là del significato, il suono in sé permetta di mantenere un legame relazionale costante, con una sua percezione sia nella distanza che nella contiguità. Direbbe forse Corrales: in un lavoro comune di elaborazione dell'intero "campo terapeutico".

Le madri parlano ai neonati al di là del senso delle loro dolci parole, in un amorevole con-tatto che le può trasformare in "cose... note...", stabilendo e confermando, in questo modo, una presenza, una continuità, una percezione dell'esistere lì, accaduti e in quel momento! Tonalità, forse, che rimarranno un imprinting fondamentale nel destino di quella piccola esistenza, verso una armoniosa percezione del proprio stare al mondo, o caratterizzata, invece, dai toni indifferenziati, sconosciuti e sospetti, di un territorio estraneo.

"Sono venuto da molto lontano

Per ascoltare il maestro,

Ma non trovo niente di straordinario nelle sue parole"

"non ascoltare le sue parole.

Ascolta il messaggio"

"ma e allora, come posso fare?"

"afferra una frase. Scuotila bene

finché tutte le parole cadranno.

Quello che rimarrà

sarà il suo messaggio."

Già Freud segnalava il limite dell'utilizzo di tecniche terapeutiche basate sulla parola, con le patologie gravi, la cui origine psicopatologica poteva risiedere nella fasi precoci di sviluppo, preverbale per l'appunto, e quindi di difficile accesso a una simile metodica.

Anche Sullivan attorno agli anni '50 parla della possibilità di trattamenti psicoterapeutici con pazienti schizofrenici: bastava disporre di un numero sufficiente di operatori in grado di mantenerli seduti per almeno 30 minuti.

Negli anni successivi, la scoperta e l'utilizzo dei nuovi farmaci neurolettici apriva nuove opportunità di contenimento, per cui via via i soggetti psicotici tornavano a riappropriarsi di sedie e poltrone, e di lì a poco, anche di quelle di casa propria...

Importanti novità susseguitesì in un breve periodo hanno rinnovato l'interesse verso nuove opportunità applicative delle tecniche di cura, stimolate anche dalle crescenti domande poste dalle nuove necessità di intervento nel territorio, all'esterno delle strutture. Gli stessi operatori, inoltre, potevano allentare le opportune cautele verso pericolose esplorazioni di imprevedibili aree e linguaggi arcaici, disponendo ora di più adeguati strumenti di protezione e sicurezza.

In questo movimento a mio avviso due le principali direzioni seguite, la prima verso una rinnovata focalizzazione dell'attenzione agli interi elementi della comunicazione, per ricontestualizzare la parola, in una dimensione di ascolto globale dei toni emotivi della relazione terapeutica. La seconda, positivamente influenzata anche dall'ingresso nelle equipe della figura degli educatori, in direzione di sperimentazioni verso altri linguaggi espressivi non verbali, e probabilmente di più immediato accesso alle aree patologiche arcaiche. Un periodo di sperimentazione ancora attivo, e attualmente più appoggiato su abilità personali e di bricolage degli operatori, che non nell'espressione di esperienze e saperi condivisi e comuni, denotandosi una carenza di spazi istituzionali per momenti di confronto e analisi.

A una, sia pur superficiale, analisi delle esperienze in essere si può osservare infatti, una costellazione di attività, spesso efficaci perché basata sulla sensibilità e esperienza clinica di operatori decennali, ma caratterizzate da una notevole poliedricità di interventi talora anche disparati, che quantomeno segnala una dispersione di risorse, non risultando ancora disponibile una via condivisa per la trasmissione del sapere acquisito (anche se magari giovane, ancora in itinere, e solo empirico).

Tornando in riflessioni sul tema della risonanza acustica, appare l'elemento sonoro, di cui tratteranno con peculiare perizia nelle pagine a seguire gli altri autori.

Trattando in questo spazio invece di semplici "libere note", brevi e introduttive, mi limiterei, quasi in un tentativo di circoscrizione del limite, a qualche immediata osservazione circa la condizione di assenza dell'elemento sonoro, e nuovamente appoggiandomi all'aiuto di fonti ben più autorevoli come lo può essere Igor Stravinskij quando dice: *"La musica è fatta di note. I capolavori di pause!"*

Nel lavoro terapeutico l'attenzione e l'ascolto nelle pause può rappresentare un valido parametro di riferimento. Ci può aiutare nel riconoscimento delle aree "in esplorazione" in quel momento, e allo stesso tempo può rappresentare un indicatore utile circa il percorso effettuato.

Numerosi i lavori già presenti in letteratura circa la sopportabilità, il significato e il valore del silenzio nelle varie espressioni patologiche, che possono raggiungere livelli inquietanti nelle patologie gravi, rappresentando, quindi, un serio limite alle opportunità di terapia, specie individuale, a rischio di sprofondamento nella paralisi dell'angoscia psicotica.

Nella cultura popolare, invece: *"il silenzio è d'oro"*, ma forse può apparire tale solo in condizioni para-fisiologiche, laddove diventi esprimibile l'arcaica funzione sentinella dell'unico organo percettivo "non spegnibile" e in grado di mantenere una funzione di vigilanza anche durante il sonno (anche l'olfatto può andare incontro a feno-

meni di adattamento e con attività ridotta nel riposo), e laddove quindi l'assenza di suoni possa coincidere con l'assenza di pericoli! Meccanismo percettivo, come credo possano spiegare meglio gli esperti di comportamentismo, probabilmente in connessione diretta con aree paleocerebrali, in grado di bypassare i circuiti coscienti, e di captare la sensazione di: "qualcosa nell'aria è cambiato", ancor prima di una loro registrazione consapevole.

Suoni e silenzi quindi, riconducibili a percezioni e visualizzazioni di spazi liberi da possibili invasioni territoriali.

A queste implicazioni collegate alla diminuzione del livello sonoro, è probabilmente dovuta parte delle sensazioni piacevoli, evocate dai paesaggi montani, marini, o anche semplicemente delle nostre città urbane nei mesi estivi.

La riduzione dei volumi sonori, unita alla lentezza dettata dall'innalzamento delle temperature dei centri urbani, in tale periodo, parrebbe favorire sensazioni di ampliamento degli spazi e più agevole controllo delle distanze, con maggior evidenza di eventuali situazioni di pericolo e quindi aumento delle possibilità di sopravvivenza.

Una situazione ambientale favorevole dunque, anche per le istintività più arcaiche, laddove ci si possa abbandonare in condizioni di rilassamento e a gradevoli sensazioni di benessere.

Negli stati patologici, invece, tali parametri sembrano modificarsi, e all'opposto, l'assenza di suono può coincidere con emozioni di non-conosciuto, imprevisto, e quindi di allarme e pericolo, inquietudine e paura.

La pausa sonora nel trattamento può diventare, dunque, un momento proiettivo, la cui tonalità affettiva riecheggia diversamente a seconda della fase terapeutica, oltreché ovviamente della tipologia della patologia trattata, quasi allo stesso modo di uno spazio vuoto, percepibile sia come nuova opportunità che come mancanza desolante.

Raccontano come nelle notti in trincea, il "silenzio ingravescente" venisse talora infranto da un colpo di fucile, apparentemente senza

motivo, se non forse proprio quello di una sonorità rassicurante, magari anche solo di una polvere, da sparo... sì, ma comunque non ancora la propria (polvere), in grado di offrire un appiglio nel naufragio regressivo di un "nulla che avanza".

Raccontano anche di come forse tutta la vita possa aver avuto inizio, in fondo, da un solo, unico, grande BIG BANG!

ALBERTO SCHÖN*

SUL SENSO DEI SUONI

Cosa pensa uno psicoanalista

Alla ricerca di coerenza tra teorie e convalide, tra esperienze quotidiane e basi teoriche, mi è sempre sembrato che un campo meno esplorato e però fertile sia quello della percezione acustica, dove, in mezzo alle usuali convenzioni fonetiche, troviamo parole più vicine all'oggetto, parole che sono quasi rappresentazioni di cosa, per esempio le onomatopee. E assieme a queste parole ve ne sono di speciali, originarie, che uniscono terra e cielo. Ecco le parole: *spirito*, *animus*, *pneuma*, *ruach*. Indicano tutte l'anima, simboleggiata dalla funzione vitale del respiro, primo e necessario atto al momento della nascita. Questa funzione è appunto testimoniata dalla voce. Il respiro è un atto, una funzione vitale che precede ogni parola, anche le più universali come *mamma* e *pappa*. Come ogni buon *Urwort* (parola originaria) respiro e spirito richiamano significati opposti, sia la vita che la morte. Voce e silenzio. Si capisce perciò quanto spazio deve occupare nella nostra mente la colonna d'aria che collega interno e esterno, corpo e mente, sé e altro, terra e cielo. Per gratitudine e rispetto verso i poeti, ricordo anche il termine *ispirazione* (*epipnoia*).

Non parrà allora strano che l'esperienza acustica possa avere profondi legami con molti vissuti, dalle forme più primitive a quelle dotate di complessità senza limiti, dal ritmo di succhiamento del

neonato, ai più sofisticati modi di autorappresentazione, come può essere ad esempio la firma musicale di Bach nell'Arte della Fuga. Possiamo vivere condizioni di fiato sospeso, o di riso, di singhiozzo, essere tromboni, oppure bisbiglianti, o inespressivi come le voci sintetiche prodotte dai vecchi computer, o essere capaci, come appunto i poeti, di dare ali sonore alle parole senza bisogno di strumenti musicali.

Vocalità e suono sono mezzo di comunicazione e materia di forme d'arte. Ogni arte richiede all'autore una confidenza con il mondo interno fino all'immersione nel preconsciouso e nell'inconsciouso, e naturalmente ha bisogno dei messaggi diretti agli interlocutori che entrano in risonanza. Le forme musicali nell'ascoltatore favoriscono forse più di altre questo atteggiamento interiore di accoglimento, riflessione, tuffo nell'inconsciouso. L'etimologia di "ascoltare", da *auris colere*, significa raccogliere con l'orecchio.

Freud fu forse ingiusto verso se stesso, quando scrisse di ritenersi *ganz unmusikalisch* (del tutto non musicale), aggiungendo però di essere irritato dall'incapacità di comprendere perché gli procurasse piacere, noia o altri affetti. Certo non si interessò dei fenomeni musicali, mentre ebbe sempre molta passione per poesia, pittura e scultura. I suoi allievi avviarono molto più tardi riflessioni sul mondo dei suoni, seguendo più le vicende dell'Imago e meno le facoltà di canto e di ascolto di Omero e Tiresia, cantori e attenti ai suoni, veggenti in conseguenza della loro cecità. Si ascolta bene a occhi chiusi. Penso a quell'attitudine che Masud Khan chiama *Lying fallow*, lasciarsi crescere liberamente, alla lettera farsi maggese, (1983) per descrivere la capacità dell'Io di lasciarsi andare dentro di sé in una forma di attiva contemplazione e poter germogliare spontaneamente. Per chi è più a suo agio con la modalità visiva, traduco con un'immagine fin troppo usata: le esperienze acustiche sono come un rocchetto il cui filo impalpabile, invisibile, ma udibile, si rivela capace di sopportare molta tensione e infiniti fort-da, va e vieni, cioè appunto, ritornelli, che ogni volta si tendono tra il senti-

* Psicoanalista, Ordinario Società Psicoanalitica Italiana (SPI).

mento di caducità e la possibilità di modificare il tempo, tra il puro piacere ludico e il bisogno di comunicare.

Beninteso ci sono molti modi di ascoltare. In sintesi si può considerare e studiare il suono per il suo carattere:

- 1) fisico acustico, fisiologico
- 2) percettivo, evolutivo
- 3) simbolico, ludico
- 4) estetico
- 5) mitologico
- 6) transferale, relazionale
- 7) linguistico
- 8) metapsicologico (topico, vale a dire orale, anale, seduttivo-fallico)
- 9) per la relazione oggettuale
 - 9.1) S. come oggetto transizionale
- 10) per le etimologie di parole relative a fatti acustici.

Non penso affatto di svolgere tutti questi punti; ci sarebbe materia per un libro. Cercherò invece di fornire anzitutto un quadro di fatti e teorie, entro cui intendo muovermi. Cercherò di svolgerne una parte.

Elementi fondamentali per inquadrare il fenomeno sonoro

- 1) di solito abbiamo nella nostra mente uno stretto parallelismo movimento-musica-movimento, musica e danza, come avviene nelle stesse parole *symbolon* e *metafora*, che contengono il moto, getto, trasporto; il simbolo è un segno o oggetto che ne rappresenta palesemente un altro; la metafora sostituisce un elemento con un altro ma i due sono in evidente rapporto; si tratta di fondamentali movimenti della mente;
- 2) non esiste UN linguaggio musicale, come non esiste una sola lingua parlata universale, se non nel mito; però esistono elementi universali acustici, presenti in ogni lingua parlata, come pure in ogni comunicazione sonora strutturata non verbale; questi elementi sono sempre fortemente legati all'esperienza corporea del fenomeno acustico;

3) il respiro occupa un ruolo di rilievo;

4) la comunicazione sonora può essere sentita come contatto stretto e insieme evitamento dello sguardo, vissuto come ostile;

5) è verosimile che ognuno abbia in sé una fantasia *two-ways* orale, per la quale il suono sposta contenuti da un soggetto a un altro, utilizzando vie di tipo orale se non addirittura ombelicale (corde, budello), e di contatto (danza); i suoni sono modulabili, intonabili, quindi producono un vissuto di evento controllabile, benché largamente immateriale. Un vissuto così ci protegge nei confronti di angosce primitive.

Divagazioni e discussioni

Comincio col richiamare la nozione di sinestesie, cioè lo *sperimentare stimoli di un dato campo percettivo che si accompagna a immagini appartenenti a campi percettivi diversi*. Le sinestesie hanno vario investimento affettivo e sono spesso fonte di giochi creativi e non solo per i poeti prima ricordati. Si ritiene che almeno in origine vi sia un isomorfismo nei vari campi percettivi che facilita le connessioni tra campi sensoriali differenti, che in origine non hanno nessun tipo di integrazione. Tuttavia anche in questo caso si tende più a colorare il suono, come nell'*audition colorée* (Rimbaud) e meno spesso a musicare i colori, per esempio a dire *colori chiassosi*, cioè si segue più volentieri la direzione dall'acustico (primitivo) al visivo (elaborato) e meno la direzione dal visivo all'acustico. È evidente che vocali e colori possono suggerire connessioni in ambedue le direzioni. La voce di una persona, di un paziente potrà evocarci colori, affetti, profumi, sensazioni tattili, la sua cravatta ci potrà ricordare una zia allegra o una canzone popolare, il suo timbro e il suo ritmo potranno tenerci attenti o farci distrarre. Ogni evento e ogni linea associativa ha il suo senso.

La teoria dell'isomorfismo gestaltico (Guillaume, 1937), cui poco sopra mi riferivo, ci è vicina, quando sostiene che *i caratteri espressivi sono fin dall'inizio e autoctonamente presenti nelle configurazio-*

ni percettive e i vari campi percettivi hanno struttura analoga. (Noi diremmo che le rappresentazioni di cosa e di parola ricevono subito un investimento affettivo.) Ogni stimolo ricevuto, può diffondersi dalla sua area percettiva a campi percettivi diversi grazie all'isomorfismo. Ciò mette in parallelo concetti come le trasmissioni neuronali tra diverse aree cerebrali e i legami d'affetto che si stabiliscono tra le diverse rappresentazioni di cosa e di parola. Le fantasie nel corpo, di cui parla E. Gaddini, precedono le fantasie legate all'immagine (1982).

Le sinestesi, nel loro splendore cangiante, abitano la creazione artistica, il motto di spirito e la mente del bambino. Se l'attività associativa (anche sinestesica) è viva, non avrà senso parlare di musica pura, ma sempre in associazione a sensazioni appartenenti a vari campi percettivi.

Per entrare più nel dettaglio, provo a esporre qualche idea sui suoni della melanconia. Dai *thrénoi*, melodie funebri dell'antica Grecia, al *blues*, passando per i *Songs* elisabettiani e i *Requiem* di ogni tempo, la melancolia ha trovato straordinarie espressioni nel canto e nei suoni.

Gli affetti si possono tradurre in suoni:

- 1) ispirandosi ai modi del pianto; per la nostra cultura, sequenze discendenti, nel modo minore;
- 2) producendo ritmi tristi perché lenti, oppure
- 3) dissonanze per esprimere il dolore, o ancora
- 4) spezzando la melodia per indicare cesure dolorose.

Tocco il tema degli *universalia*. Gli intervalli del pianto infantile sono uguali in tutte le culture. Essi esprimono e rappresentano, per esempio, il dolore per la separazione, ma anche la funzione maturativa della frustrazione. Riso, singhiozzo, sospiro, tosse, sputo sono altrettanti suoni-segnali universali. Ora cercherò di sviluppare e provare queste tesi.

È accertato che il bambino di pochi giorni (Sloboda, 1985, Argentieri-Amati-Canestri, 1991) riconosce e distingue la voce della madre,

mentre la madre è in grado di distinguere alcuni tipi di pianto del suo bambino. Il suono diventa precocemente un legame potente, capace di vincere ostacoli che per la vista sono insuperabili. Molti bambini si producono da sé il proprio suono, in sostituzione di quello materno, cominciando ad avviare da questo particolare campo percettivo la funzione transizionale o più precisamente di precursore dell'oggetto transizionale. L'assenza di suono e di risonanza è fonte di angosce. Il bambino cieco conserva con l'ambiente una interazione acustica e verbale che è spesso normale e compensa abbastanza il danno, mentre il bambino sordo ha più frequentemente limiti psichici, perché è in difficoltà con apprendimento del linguaggio verbale.

Il ritmo

Forse già prima della nascita ha importanza il battito cardiaco dell'aorta addominale materna. Ma certo nello stesso periodo si impongono altri ritmi, per esempio il succhiare. Argentieri, Amati e Canestri (1991) riferiscono di un'esperienza compiuta con l'uso di un ciuccio, munito di sensore. I lattanti succhiavano a ritmo più veloce, quando sentivano la voce materna, mostrando di riconoscerla fra altre voci. Si può considerare questa la più precoce esperienza di associazione della melodia (materna) con il ritmo (bambino). Direi che è davvero un buon motivo per parlare di Madre-lingua, o per dirla con due versi tratti dal "Filò" di Andrea Zanzotto

*vècio parlar che tu a in tel to saòr
un s'cip de lat de la Eva.* Una goccia di latte della prima madre.

Al ritmo spetta una prima funzione ordinatrice. La regolare alternanza delle pulsazioni e delle pause costituisce una sequenza di presenze e assenze, un *continuum* di impulsi periodici. È questo che il bambino si aspetta. Tutti i primi giochi, proposti dal bambino e al bambino, sono ritmici.

Il senso del tempo in molte persone è prevalentemente acustico e riceve un contributo da questi giochi. Galileo Galilei, figlio di Vincenzo, musicista, ci racconta di aver usato due criteri, ambedue tratti dall'esperienza acustica, trovandosi alle prese con la difficoltà di misurazione per provare l'isocronismo dei pendoli. Egli infatti cercò di misurarne il periodo, contando le pulsazioni cardiache, o anche cantando più volte un motivo musicale.

Si ritiene che il segnale del ritmo cardiaco materno, anche per la sua periodicità e continuità, prevalga sugli altri. Esso giunge al feto, assieme alla voce della madre, facilitato dall'involucro idrico dell'amnios che trasmette bene gli impulsi sonori.

Numerosi esperimenti dimostrano che il neonato reagisce a suoni e, dopo nato, riconosce suoni e sequenze acustiche ricevute durante la vita intrauterina dal settimo mese di gravidanza in poi.

Oltre al noto effetto sedativo del ritmo cardiaco materno, registrato e trasmesso nel nido dei neonati, è dimostrato che il bambino dà segno di riconoscere frasi musicali o sequenze di parole, se le aveva ascoltate abbastanza volte prima della nascita (Fornari 1984, p. 12). Al terzo giorno di vita distingue la voce della madre da quella di altre donne.

Il bambino ha perciò molto presto a disposizione un meccanismo per recuperare (e forse si dimostrerà che si tratta anche di risignificare) dopo la nascita sensazioni e esperienze della vita prenatale, contribuendo così a stabilire un continuum e avviare i relativi processi associativi. Non è certo un caso se spontaneamente in tutte le culture le mamme cantano la ninna nanna, cullano il bambino, cioè gli inviano messaggi sonori e ritmici, che il bambino riceve e cui risponde con la sedazione, il piacere, il sonno, il sorriso, il consolidamento del legame. È questo che sembra intendere Fornari (1984, p. 14) quando parla di effetto d'incantamento. Egli presenta nello stesso saggio l'ipotesi che il forte richiamo di nostalgia prodotto dalla musica debba molta della sua energia alla connessione tra l'esperienza acustica e il vissuto del paradiso perduto intrauterino,

luogo di benessere simbiotico, di calore, contenimento e perciò di rimpianto. Nel sacco amniotico l'omeostasi è perfetta; potremmo dire che è una forma di armonia, di corrispondenza tra volumi e contenitore, tra desideri e loro soddisfacimento. Per Fornari questo è il luogo dove nascono gli affetti. Affetti e musica hanno perciò destini comuni.

Tutti gli studi sulla capacità percettiva del lattante concordano nell'indicare come aree precocemente attive quella tattile, specialmente periorale, quella viscerale gastrica, acustica, olfattiva.

L'area visiva inizialmente appare meno adatta a essere sede di associazioni così ricche come quelle indicate, pur essendo attiva. In ogni modo i neonati abbastanza presto fissano con lo sguardo oggetti in movimento e fonti di suono.

Le madri spontaneamente provvedono a soddisfare i bisogni del bambino interpretando i messaggi del piccolo che spesso indicano da quali aree percettive nascono questi bisogni. (Vedi in proposito alcuni studi che sono dei classici: Spitz 1965, McDonald 1970, Mahler, Pine e Bergman 1975).

Il neonato mostra, in risposta a stimolazioni abbastanza intense di determinate aree, una reazione generalizzata, chiamata riflesso di Moro, che è un movimento indotto da uno stimolo brusco, composto da estensione delle braccia e dita, apnea, poi flessione della braccia e pianto (mi fa venire in mente l'improvviso bisogno di danza nel film di Leconte *Il Marito della parrucchiera*). Questa serie di movimenti è innescata da rumori o scosse brusche o anche da un contatto cutaneo. È un fatto che appoggia l'ipotesi di una forma iniziale di sensibilità, poco strutturata e con possibilità di ricchi interscambi tra diverse aree percettive. Il piccolo per un certo tempo sentirebbe suoni morbidi, odori carezzevoli, appetiti musicali, carezze dolci, dolori blu, per dirla in modo comprensibile all'orecchio degli adulti. In particolare è intuitivo che suoni, rumori e movimenti siano percepiti come stimoli molto vicini e collegati. Effetto di questi collegamenti sono le sinestesi.

L'identità e il suono

Daniel Stern (1985) studia come si manifesta e si sviluppa il senso del Sé e ne descrive quattro fasi successive, in cui ogni nuova fase si sovrappone ma non elimina la precedente:

il senso del Sé emergente, dalla nascita ai due mesi,

il senso del Sé nucleare, dai due ai sei mesi,

il senso del Sé soggettivo, dai sette ai quindici mesi,

il senso del Sé verbale.

Ogni fase corrisponde ai compiti adattivi richiesti nelle varie epoche di sviluppo normale del bambino e non a modelli tratti dalla psicopatologia (per esempio fase o posizione schizoparanoide o depressiva), che pure sono in relazione con le fasi di crescita, ma evidentemente in questo genere di classificazione si rischia di introdurre la confusione tra crescita normale e crescita patologica. È facile verificare che fin dalla nascita il piccolo succhia di gusto. Misurando il variare del ritmo di succhiamento si è visto che egli è decisamente più interessato alla voce umana, che ad altri suoni (Friedlander, 1970).

Stern concorda con l'impostazione olistica (si potrebbe dire meglio unitaria, globale), per la quale già nelle prime settimane il bambino stabilisce correlazioni tra aree percettive, per esempio olfatto, tatto, gusto, udito. L'idea base è che esista fin dalla nascita una forma globale di percezione o una immediata capacità di collegare differenti forme di percezione. Heinz Werner (1948) ritiene che il lattante utilizzi una percezione globale, più affettiva che formale, che egli chiama *fisiognomica*. A questa età si sentirebbero suoni, colori e linee dotati di qualità affettive, felici o tristi, prendendo come base il modello della faccia umana, per questo si parla di fisiognomica, che può trasmettere in più modi le sensazioni. Numerose ricerche confermano che il bambino piccolo dispone di una qualche forma globale di percezione (Bower, 1972, 1974, 1976, Moore e Meltzoff, 1978; Moes, 1980; Spelke, 1980; Meltzoff e Moore, 1983). Molti esperimenti mostrano che il neonato collega schemi temporali acustici

con schemi corrispondenti visivi (cit. da Stern). Stern (p. 66) chiama *percezione amodale* la capacità di *ricevere l'informazione in una modalità sensoriale e tradurla in qualche modo in un'altra modalità sensoriale*. Per ora non sappiamo come questo fenomeno avvenga, ma presto gli studi di *neuro-imaging* mediante risonanza magnetica nucleare hanno già disegnato mappe di integrazione. Certo che simili fatti suggeriscono l'ipotesi che anche la potenza evocativa delle metafore si basi su questa nostra capacità.

Piaget direbbe che il bambino sperimenta un seno succhiato e uno visto, poi li associa. Stern ritiene che l'esperienza del seno nasca proprio dall'assieme delle sensazioni come un oggetto unico. Le percezioni amodali e lo stesso processo di integrazione contribuiscono a costruire il senso del Sé emergente. Forma, intensità, movimento, numero e ritmo sono per Stern qualità percettive amodali.

Stern si spinge oltre (p. 69) indicando quanto siano importanti per il bebé eventi dotati di movimento e trasformazioni osservabili, e li chiama "affetti vitali". Fra questi indica alcuni esempi: riempimento e svuotamento, oscillazione, svanire, crescendo, tutti all'inizio legati a meccanismi corporei, quali possono essere l'evacuazione o l'addormentamento, come aveva già indicato Susanne Langer (1967). Ch. Bollas (1987) a sua volta segnala, in accordo con Stern, senza peraltro citarlo, l'importanza della "estetica materna", trasmessa con lo stile dei gesti quotidiani, per esempio come la mamma prende in braccio il bebé, pettina sé e lui, lo coccola, canta.

Stern propone il nome di "categoriali" per i classici affetti di cui si parla da sempre, come la rabbia, la gioia, la melanconia. Esempio di affetti vitali (p. 71) può essere *"un'ondata incommensurabile di sentimenti evocata dalla musica"*, spesso in unione con affetti tradizionali. *"La danza e la musica sono esempi per eccellenza dell'espressività degli affetti vitali... senza far ricorso ad alcuna trama, né a segnali affettivi delle categorie tradizionali."* Quando un bambino osserva l'agire di un genitore, si trova spesso nella situazione dello spettatore di balletto o dell'ascoltatore di un concerto. In principio

non sa cosa produca e cosa significhi un gesto dell'adulto, però ne ha subito una sensazione generale, amodale, che gli deriva da qualità amodali come il numero, l'intensità, la forma.

Nelle osservazioni di Stern è implicito che molti segnali arrivano al piccolo già organizzati dagli adulti in forma ritmica e melodica. Ogni mamma culla, dà colpetti sulla schiena, fa saltellare sulle ginocchia, porta in braccio camminando con passo regolare, mentre canta o parla; il bambino quindi spontaneamente vive l'intensità degli affetti vitali e riceve segnali strutturati che ne confermano il senso e che sono veicolo di cultura. Stern attira l'attenzione sul fatto che la mamma che dà colpetti, quella che canta e quella che carezza, non devono affatto essere percepite come più mamme, mamme parziali. È una sola, unificata da questo tratto generale degli affetti vitali.

Il comune effetto di attivazione (*arousal*), segnalato da attenzione, eccitamento e dalla tipica modificazione del ritmo elettrico corticale (desincronizzazione del ritmo alpha) è l'elemento che unifica le sensazioni. È verosimile che l'attivazione dipenda da una struttura unitaria e coerente del sistema nervoso e della sua funzione. Tutti i primi apprendimenti sono sostenuti da questo incremento funzionale, appunto l'attivazione, che poi si riduce quando il comportamento appreso diventa automatico. Tale processo è osservabile nella sequenza del "pollice in bocca" (Sameroff 1984, cit. da Stern).

Tutte le esperienze del nascere e formarsi di comportamenti organizzati, che costituiscono il fondamento della sensazione del sé emergente, si svolgono passando dall'attivazione alla caduta della tensione.

Un'altra faccia dell'apprendimento è la costruzione, la progressiva integrazione di dettagli fino all'ottenimento della forma intera. Questa modalità di apprendimento non si contrappone alla precedente, la integra e probabilmente prende il sopravvento in un secondo tempo.

Quale che sia la base teorica, sperimentalmente è stato accertato (De Casper e Fifer, 1980) il fatto che i neonati sanno riconoscere la voce

della propria madre da quella di altre donne già nei primi giorni di vita, come avevo già accennato e quindi sono in grado di registrare e confrontare i timbri e le frequenze acustiche.

È un compito vitale trovare i propri ritmi e andare a tempo con l'altro e con sé. Dalla poppata al fare all'amore, dalla berceuse alla tarantella, e, per quel che interessa agli psicoanalisti, nell'andamento delle sedute, il ritmo ha sempre una grande densità di significato. I guasti in questo meccanismo sono segnalati da dolore, senso di perdita, abbandono, melanconia.

Oggi avviene di osservare gruppi di giovani impegnati a stordirsi con il ritmo e l'alto volume, per non sentire, ma spesso anche per alterare il fluire del tempo, direi in senso maniacale. Non sanno che nell'antica Cina fu in auge una condanna a morte realizzata con il suono ripetuto ad alto volume del tamburo basso. Per contro è facile osservare un frequente uso dell'attività organizzatrice, propria di tutti gli elementi musicali, nelle consuetudini di accompagnare i giochi, i lavori, le cure sciamaniche e ogni liturgia. Nel lavoro dello psicoanalista i segnali acustici liturgici non sono pochi, come potrebbe sembrare leggendo certi casi clinici. C'è il campanello, lo sbattere di porta, il variare di risonanza da scale con eco a studio più ammortizzato, il ritmo dei passi, dei movimenti, rumori di letto e poltrona, di oggetti in tasca, respiro, tosse, borborigmi (Da Silva, 1990, Spadoni, 2008).

Mi pare verosimile che molte forme musicali abbiano una funzione di integrazione e quindi siano sentite come rassicuranti nei confronti di angosce di disintegrazione e di perdita, come sembra evidente nell'importanza storico-letteraria del blues e suoi analoghi, per esempio le canzoni brasiliane che parlano della *saudade*. In seduta verificiamo molti di questi fatti. Non è facile intervenire al momento adatto. Non troviamo l'aggancio o i pazienti non ce ne danno la possibilità e la seduta si svolge in un clima di disagio. Ma quando ci accorgiamo di variazioni di timbro, di volume, di pause insolite nel

discorso del paziente, possiamo ricavarne indicazioni sulle modificazioni in atto. Spesso è il timbro di voce del paziente e la sua prosodia che ci hanno convinto a intervenire oppure tacere in un dato momento e a volte perfino a iniziare la cura.

I miei pazienti hanno spesso una grande attenzione a minimi rumori dello studio e dintorni. Una volta un paziente sentendo il telefono squillare da un'altra casa, guardò l'orologio, io gli chiesi: "Sta aspettando una comunicazione"? E lui poté formularla.

L'esperienza sonora è facilmente vissuta come una parte del Sé. Può dunque confermare la propria identità, rassicurare sulle proprie capacità, perché, con la sua apparenza poco concreta, è facilmente idealizzabile e può avere funzione di *mirroring* (Kohut, 1971, 1978). Dunque il suono è spesso un *Self-object*. Nessuno si stupisce che l'esperienza sonora abbia evidenti effetti sullo stato d'animo. Come dicevo prima, semplici nessi melodico-ritmici sono usati dal bambino come oggetto transizionale. Credo si possa sostenere che il suono sia in principio percepito alla pari di qualunque oggetto, per cui la prima rappresentazione di suono sarebbe una rappresentazione di cosa. Ci deve essere sfuggito che nella Dingvorstellung, *Ding* sia un suono. (Ding in tedesco significa oggetto, cosa, e Vorstellung rappresentazione. Dunque Dingvorstellung vuol dire rappresentazione di cosa).

Se tutto questo è vero, compreso lo scherzo, ne consegue che *ogni aspettativa e ogni frustrazione delle aspettative del bambino possa essere rappresentata da nessi acustici non necessariamente organizzati in linguaggio verbale*. Possiamo quindi affermare che cioè ritmi, melodie, timbri possono assumere precisi valori simbolici e semantici, anche se non codificati in nessi prefissati. Non si può scrivere un dizionario dei significati dei nessi musicali.

Prima di concludere desidero prestare attenzione a un'epoca successiva dell'esistenza. Ho notato che nei nostri studi sull'adolescenza non si dà importanza al cambiamento di voce puberale.

L'adolescente è descritto in lutto per i privilegi infantili perduti, ma fra questi non mi pare si parli della voce. È un carattere sessuale secondario, ma non certo da poco, cui i giovani prestano molta attenzione più o meno consapevole, che si pone come cerniera non coperta da tabù, fra un *prima* infantile e un *dopo* sessualmente maturo, con la produzione successiva di due forme acustiche, la voce infantile e la voce dell'adulto, tanto ben caratterizzate da rendere buffa la voce bitonale (noi veneti diciamo *da galosso*, da gallo in fase puberale). Mi pare giusto segnalare che altri prima dei veneti hanno sentito nel canto del capro, *tragodia*, un suono insieme ctonio e ultraterreno. E tragedia, da tragos e odé, capro e canto, significava in origine proprio il canto del capro, forse sacrificale. Th. Reik (1946) sentì un suono con grande effetto emotivo prodotto dallo *shofar*, antichissimo corno rituale, d'ariete appunto, dalla voce aspra, arcana che può produrre tre sole note. *Tragizein* poi vuol dire puzzare da caprone, e anche averne la voce. È lecito ipotizzare (Pascal Quignard, 1989) che la tragedia possa derivare da antichi riti di passaggio, collegati a riti puberali che segnalano il cambiamento di voce, come è suggerito anche dalle maschere del teatro sia tragico che comico, che nascondono e trasformano i volti e le voci. E ciò anche senza richiamare la discussa etimologia: maschera in latino si diceva *persona*, forse per dire che suona attraverso, *per-sona*.

Chissà se *l'aulos*, antico strumento ad ancia, quindi non un vero flauto, che spesso era un *diaulos* cioè a due canne come le *llauneddas* sarde, e che tanto preoccupava Platone, perché apportatore di *mania* (*synaoulizein* equivale a impazzire), ricavava la sua potenza evocativa dalla voce cangiante e doppia dello strumento a ancia, capace dunque di evocare la voce dell'adolescente. *L'aulos* infatti era anche strumento terapeutico, teléstico, cioè rituale, per la sua capacità di chiamare la divinità da lontano (tele) ad animare il proprio simulacro, onde poter curare le forme di mania. Esse, nel DSM-P, voglio dire quello di Platone, sono quattro: mania mantica (di conoscenza, retta da Apollo), mania telestica (di possessione, Dioniso), poetica (Muse),

erotica (Eros, Afrodite), nessuna immune da Melancholia. Spero, ora che sto concludendo queste divagazioni, che la diagnosi del mio TSO (per il lettore non psichiatizzato: Trattamento Sanitario Obbligatorio) suoni: mania poetica e erotica. Perché anche erotica? Per quello che è scritto nel Simposio: "La musica (*mousikê téchne*) per l'armonia e il ritmo è una scienza dei fenomeni d'amore (*erotikôn epistême*)."

(Simposio 187c).

Lascio la parola a Dante:

*Quando la rota che tu sempiterni
desiderato, a sé mi fece atteso
con l'armonia che temperi e discerni,
parvemi tanto allor del cielo acceso
de la fiamma del sol, che pioggia o fiume
lago non fece alcun tanto disteso.*

*La novità del suono e 'l grande lume
di lor cagion m'accesero un disio
mai non sentito con cotanto acume.*

(Paradiso, canto I° 76-84).

Sono i versi che seguono il *Trasumanar*, la metamorfosi di Glauco in divinità (mediante l'erba) e questi a loro volta si sviluppano dalla visione di Beatrice e dagli sguardi incrociati e riflessi. Dante è confuso e agitato e Beatrice gli rivolge *le sorrise parolette brevi*. Facile vedere molti momenti della nascita, le acque la metamorfosi, e dello sprofondarsi in sinestesie e in stati di coscienza necessari alla funzione creativa della mente, ma anche immagini del primo rapporto madre-bambino, occhiate, sorrisi, parolette, suoni, luci.

La prossima sezione è una ricapitolazione sintetica di quanto detto, suddivisa in temi generali e con qualche aggiunta nel campo della gruppabilità.

TESI RIASSUNTIVE

0) Noi sperimentiamo più suono che silenzio. Rispetto allo stimolo visivo il suono è più invadente, è più difficile evitarlo. L'udito sembra più segnalatore di allarme. Noi analisti lavoriamo molto più con i suoni e per mezzo di suoni, che con altri mezzi sensoriali. Le fantasie fondamentali su cui spesso si lavora sono modellate sul corpo.

TESI 1

1) *Suono e aria*. Il respiro è la colonna d'aria che unisce interno e esterno, è a due vie, è anima, psiche, spirito, ruach, etimologicamente uguali, significano respiro e anima. È il più urgente dei bisogni bio-psicologici, segnala la nascita ed è fonte della voce. Ogni mamma aspetta il primo vagito del suo bambino. È il luogo ideale per rappresentare una fantasia fusionale, cioè io + tu = 1. Si pensi al bacio.

2) *Suono e aree percettive*. Le sensazioni del lattante sono inizialmente *amodali* (D. Stern 1985). Significa che ciascuna evoca risposte sia nella propria area, sia nelle aree delle altre sensazioni. L'amodalità, che in parte persiste nel corso dello sviluppo, è all'origine delle sinestesie e delle metafore.

3) *Suono e relazione*. Si può ipotizzare una fantasia orale *two-ways*. Il suono sposta contenuti da un soggetto a un altro per mezzo della voce. Non è difficile variare e intonare i suoni, che sono rassicuranti perché forniscono possibilità di controllo. Il suono evoca risonanza (che non è eco), risposta spontaneamente intonata, mettersi a tempo come nella danza. La musica muove le montagne, ammansisce le angosce, comunica. La musica canta, incanta, seduce, è inafferrabile, è viva.

4) *Suono e movimento*. Le parole *symbolon* e *metàphora* contengono il movimento. Due o più suoni consecutivi evocano immagini di movimento, creano un ritmo e richiamano la danza. Movimento e musica sono in stretto legame.

5) *Suono e prossemica*. Dal suono spesso deduciamo la distanza; si pensi al lampo e al tuono. La modalità acustica è, e rappresenta, un contatto che può essere molto intimo, però anche un evitamento dello sguardo che può essere sentito come ostile o addirittura persecutorio (anche il suono).

6) *Suono e linguaggio*. Non esiste *UN* linguaggio musicale, così come non esiste una lingua universale, se non nel mito. Però in ogni lingua pochi elementi universali, di solito nascosti nelle strutture sonore non verbali, costituiscono la parte più prossima al corpo del messaggio acustico; sono suoni come il pianto, la tosse, il volume di voce, certi tipici intervalli di note, come nei modi di piangere dei bambini e l'inflessione interrogativa; e poi certe variazioni come crescendo e calando, riempimento e svuotamento, oscillazione, numero, (come affetto non come concetto), sono considerate modificazioni con significato universale. Sono segni prossimi al gesto, alla mimica; prossimi appunto al corpo, entrano come componente musicale della parola, hanno lo stesso significato nelle diverse aree culturali ed entrano nelle onomatopee. (Questo punto potrebbe mettere in discussione alcune forme più rudimentali di musicoterapia, fondate su linguaggi locali.)

7) *Suono e gioco*. Suonare in molte lingue si dice giocare (to play, jouer, spielen, zioğàr) e assume anche il significato di fingere-rappresentare. Il bambino gioca anche coi suoni. I suoni sono indicatori di presenza-assenza, perdita-ritrovare, di eccheggiamento; anche se di solito si usa il termine rispecchiamento. Il bambino impara a cantarsi una ninna nanna, a farsi dei coccoli, a imitare. Il suono poi può essere assunto come oggetto transizionale.

8) *Suono e simbolo*. I suoni e i nessi sonori possono diventare simboli di tutti gli elementi citati nei paragrafi precedenti: movimento, comunicazione, affetti, contatti e disgiunzioni, controllo, disciplina, gioco, area transizionale. Ma anche ordine (armonia appunto), ottenuto in una notevole complessità di componenti, con funzione simbolica, ma in sé poco significative. Unità nella molteplicità.

TESI 2 – Esperienza acustica, esperienza grupppale.

1. *L'esperienza acustica* include una sua gruppalità interna, dove unità e molteplicità sono connesse e collaborano; è veicolo di comunicazioni nel gruppo e si lega all'esperienza estetica.

2. Il *Testo* (letterale) e la *polisemia* sono presenti in ogni forma di *comunicazione*: un tema che permette infiniti sviluppi. – Il bambino non nasce intonato, trova intonazione nel coro, trova l'individuale nel collettivo, l'identità nel gruppo. – Ogni gruppo sviluppa l'esperienza sonora secondo fasi e regole; lo stile compositivo è tipico di ogni gruppo.

3. Nel gruppo vocale familiare vige l'*eterofonia* (suoni *di famiglia* ma non identici), tipicamente quattro voci: mamma, papà, bambino, vecchio; l'eterofonia è spontanea, l'unissono è intenzionale.

4. La creatività dei membri di un gruppo inventa difese contro il *fantasma del caos* iniziale. Alcune difese sono sonore: monodia, polifonia, posizione reciproca dei cantanti, improvvisazione.

5. L'*intervallo* sonoro indica e definisce la separazione e consonanza dell'ambiente acustico con lo spazio di gioco musicale. Lo spazio sonoro ha una distanza, un volume e una direzione che le nostre due orecchie ci permettono di valutare.

6. L'*intervallo sonoro del Sé* è un nuovo concetto che contribuisce a fondare la relazione tra l'individuo e il suo ambiente sonoro, illustra le relazioni dell'identità sonora considerando tre assi: soggettivo/oggettivo, interno/esterno, vicino/lontano: è riflessivo, inerente i propri suoni o transitivo, tra Sé e l'oggetto. (v. Lecourt p.1)

7. *Illusione grupppale* (Anzieu 1981): i componenti del gruppo sentono di far parte di un'unicità e lo esprimono: "Stiamo bene insieme, il nostro è un buon gruppo, abbiamo un buon conduttore."

8. Lo stare in gruppo implica una *sincronizzazione*, *ritmicità* di incontri (movimenti di succhiamento del bambino, frequenza delle poppate, e nei gruppi gli incontri settimanali)

9. *Lecourt* ipotizza che l'interiorizzazione del Gruppo Vocale Familiare da parte di ciascuno dei membri del gruppo sia all'origine

della struttura gruppale della musica, la cui evoluzione ci fa assistere a tutti i processi maturativi, dalla primitiva fusionalità fino all'individuazione.

10. Il *canto* per l'etno-musicologo è un organizzatore gruppale, la musica esprime metaforicamente i sentimenti connessi alle strutture tipiche di una società.

Tra i lavori recenti utili per chi volesse approfondire l'argomento consiglio Mauro Mancina, *Sentire le parole* e Daniele Schön, *Psicologia della musica*.

Riferimenti bibliografici

Argentieri S., Amati Mehler J., (1991). Canestri J. *La Babele dell'inconscio*, Raffaello Cortina, Milano.

Bollas Ch., (1987). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. Free Association Books, London. Trad. It. L'ombra dell'oggetto: psicoanalisi del conosciuto non pensato. Borla, Roma, 1989.

Bower T. G. R., (1972). Object perception in the infant. *Perception*, 1, 15-30.

Bower T. G. R., (1974). *Development in infancy*. San Francisco, Calif.: Freeman.

Bower T. G. R., (1976). *The perceptual world of the child*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Calvino I., (1988). *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*. Garzanti.

Da Silva G.,(1990). *Borborygmi as Markers of psychic Work during the Analytic Session*. *Int. J. Psycho-Anal.* 71, 641-659.

De Casper A. J., Fifer W. P., (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science* 208, 1174-76

Di Benedetto A., (2000). *Prima della parola*. Franco Angeli

Fornari F., (1984). *Psicoanalisi della musica*. Longanesi, Milano.

Friedlander B. Z., (1970). Receptive Language Development in Infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 16, 7-51.

Gaddini E., (1968). Sull'imitazione. *Riv. Psicoanal.* 14, 235-260.

Gaddini E., (1977). Formazione del padre e scena primaria. *Riv. Psicoanal.* 23, 166.

Gaddini E., (1982). Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. *Riv. Psicoan.* 28, 1-14. e in *Scritti*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.

Guillaume P., (1937). *La Psychologie de la Forme*. Flammarion, Paris.

Kohut H., (1956). Some Psychological Effects of Music and their Relation to Music Therapy; in *Music Therapy*. ed E.T. Gaston. Lawrence

Kohut H., (1971). *The Analysis of the Self*. Hogarth Press, London. Trad.it. Analisi del sé, Boringhieri, Torino, 1976.

Kohut H., e Levarie S. (1950). On the Enjoyment of Listening to Music. *Psychoanalytical Quarterly*. 19, 64.

Kohut H., Wolf E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment. *Int. J. Psycho-Anal.* 59, 413-426.

Langer S. K., (1967). *MIND. An essay on human feeling*. Baltimore, Md: John Hopkins University Press.

Lecourt E. L'expérience musicale. Résonances psychanalytiques. L'Harmattan, Paris, 1994.

Mahler M. S., Pine F., Bergman A.,(1975). *The Psychological Birth of Human Infant. Symbiosis and Individuation*. Basic Books, New York. Trad. it. La nascita psicologica del bambino. 1978, Boringhieri, Torino.

M. Mancina, 2004, *Sentire le parole*. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert, Bollati Boringhieri, Torino.

Masud M. Khan R., (1983). *Hidden selves*. Hogarth Press & The Institute of Psycho-Analysis, London. I sé nascosti, 1990, Bollati Boringhieri, Torino, p. 51.

McDonald M., (1970). Transitional Tunes and Musical Development. *The Psychoan. Study of the Child* 25, 503-520.

Piccolo L., (1956-60). *Canti barocchi*. Mondadori, Milano.

Quignard P., (1989). *Leçon de musique*. Hachette, Paris.

Reik Th., (1946). *Ritual. Psychoanalytic Studies*. Farrar, Strauss & Co. N. Y. Tr. it. parziale. Il rito religioso. Studi psicoanalitici. Boringhieri, Torino, 1976.

Reik. Th., (1976). *Il Kol Nidre e lo shofar*. Bollati Boringhieri, Torino.

Schön D., Akiva-Kabiri L., Vecchi T., (2007). *Psicologia della musica*. Carocci

Sloboda J. A., (1985), *The Musical Mind*, Oxford University Press, trad. it. La mente musicale, Il Mulino, Bologna, 1988.

Spadoni A. (2008) *L'analista in corridoio*; in *E l'analisi va ...* Guaraldi

Spelke E. S., (1976). Infants' intermodal perception of events. *Cognitive Psychology*, 8, 553-60.

Spelke E. S. (1979). Perceiving bimodally specified events in infancy. *Developmental Psychology*, 15, 626-36.

Spitz R. A., (1965). *The first year of Life*. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relation. Int. Univ. Press. New York. Trad. it. Il primo anno di vita del bambino. 1973, Armando, Roma.

Stern D. N., (1985). *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York. Trad. it. Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino (1987).

Todesco C.V. e Todesco F., (1985). Psicoanalisi e musica: fusionalità, separatezza e ascolto. Convegno Internazionale "Trieste e la cultura psicoanalitica. Bilancio storico."

Werner H., (1948). *The comparative psychology of mental development*. New York. International Universities Press. Trad. It. Psicologia comparata dello sviluppo mentale. Giunti Barbera, Firenze, 1952.

Winnicott D.W.,(1951). Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In "Dalla pediatria alla psicoanalisi". (1975) Martinelli, Firenze.

ESPERIENZE

MANUELA GUADAGNINI*

ESPERIENZE AMBULATORIALI DI MUSICOTERAPIA IN UN CENTRO DI SALUTE MENTALE

Esordio

“Canzone del Saluto”: canto con accompagnamento di djembé.

*Cantando vi do il mio benvenuto / Cantando ci diamo il benvenuto
Vi accolgo e vi saluto in questo giovedì / Ci salutiamo in questo giovedì
Oggi qui resteremo insieme / oggi qui resteremo insieme
La musica sarà la nostra compagnia / la musica sarà la nostra compagnia
Io mi chiamo Manuela / siamo felici di esser qui (1° gruppo)
Mi fa un gran piacere stare qui con voi / piuttosto che andar ricoverati
Spero che troverete bello... / e così guariremo insieme
Poter cantare e suonar con me / e un bel concerto nascerà!
Ecco un bel battito di mani / siamo qui oggi per cantare (2° gruppo)
Un ritmo in questo modo inventeremo / e ci riusciremo molto bene
E così il tempo sarà lieve... / questo è un giorno di ritrovo
E il giorno più in fretta passerà! / E mi sa che ci divertirem
/ E nella musica staremo insiem*

Questo momento musicale, la “Canzone del Saluto”, costituisce l’elemento di apertura delle sedute di musicoterapia di gruppo avviate presso il CSM (Centro Salute Mentale), 2° Servizio Psichiatrico di Padova. Si tratta di un motivo molto semplice con

* Musicoterapista, 2° Servizio di Psichiatria Ulss 16 Padova.

melodia e armonia quasi scontate, un testo schietto e immediato evocativo e descrittivo, che richiama sentimenti di accoglienza e piacevolezza per l’attività che introduce. E forse proprio queste caratteristiche si sono rivelate di immediata comprensione e fruibilità per i pazienti del gruppo (sin dai primissimi incontri hanno iniziato a canticchiarla); inoltre la costante ripetizione del motivo a ogni inizio seduta ha rappresentato una sorta di rituale rassicurante e rasserenante. Non da ultimo la “*Canzone di Saluto*” si è rivelata un primo fertile momento creativo ed espressivo per i pazienti che, nel tempo, hanno modificato i contenuti del testo, componendo delle strofe in aggiunta o sostituzione al testo originario.

E così la prima strofa si è modificata nella formulazione del soggetto (da Io a Noi); è stata aggiunta una quarta strofa (al primo gruppo) che poi si è trasformata, e anche il secondo gruppo ha poi composto una sua strofa.

L’esperienza su cui relazionare è stata fortemente voluta e sostenuta con l’intento di portare la musicoterapia all’interno dell’istituzione psichiatrica come forma di sostegno ai processi di cura da offrire ai pazienti afferenti al CSM. Si tratta di un’unica proposta differenziata però in due distinti momenti contigui ma distinti a seconda del diverso stadio di patologia dei pazienti. Il primo rivolto a pazienti sub-acuti e in stretta collaborazione integrata con le attività del DHT (Day Hospital territoriale), cui partecipano tutti i pazienti del DHT, operatori e altri pazienti afferenti ambulatorialmente dal territorio. Il secondo rivolto a pazienti stabilizzati (non ricoveri negli ultimi 12 mesi) e afferenti dal territorio.

L’attività ha preso quindi avvio con due gruppi.

Nel primo, oltre ai pazienti territoriali, si sono avvicendati all’incirca 30 pazienti nel periodo della loro degenza al DHT.

Il secondo gruppo (territoriali), invece, è stato pensato per un percorso a più ampio respiro (di durata almeno annuale) e pertanto i pazienti coinvolti sono rimasti pressoché invariati per tutto questo primo ciclo d’intervento. a entrambi i gruppi e per tutte le sedu-

te hanno partecipato, oltre all'esperta in musicoterapia e allo psichiatra referente per il progetto co-conduttori dell'attività, alcuni operatori interni al DHT e al CSM (infermieri e psicologi/psicoterapeuti tirocinanti e/o specializzandi).

La diversa tipologia dei pazienti confluita nei due gruppi ha portato a una differenziazione nelle modalità di proporre l'attività ma soprattutto a una strategia terapeutica diversa.

Per il *primo gruppo* si è pensato a un obiettivo terapeutico che mirasse a fornire e mantenere una relazione oggettuale rassicurante e nutriente. Infatti a causa del turn-over tipico di un DHT, dove i pazienti vi restano mediamente per 3-4 mesi, il numero dei partecipanti è stato fluttuante e sono state rappresentate varie patologie psichiatriche.

Per il *secondo gruppo*, oltre a lavorare sul piano relazionale per garantire uno spazio accogliente e nutriente, si è tentato, se pur cautamente, di andare a un livello più profondo promuovendo l'elicitazione e l'amplificazione di contenuti emotivo-affettivo, congelati, facilitando la loro manifestazione e l'avvio di un processo integrativo.

Per entrambi i gruppi, comunque, l'esperienza di musicoterapia è stata considerata come possibile mezzo di comunicazione e di espressione, nonché per agire sulle capacità di interazione sociale.

Setting

Il luogo individuato idoneo allo svolgimento dell'attività è stato la palestra situata al 2° piano della palazzina che ospita il Centro Sociale. Il fatto che il luogo di svolgimento fosse esterno al CSM ha di conseguenza causato che il setting fosse costruito sia materialmente sia "nella testa" di pazienti e operatori a ogni seduta, evitando così la medicalizzazione dell'esperienza.

La palestra si trasforma ogni giovedì mattina in "sala della musicoterapia", e spesso accade che dalle finestre aperte la musica arrivi nel sottostante parco coinvolgendo in performances del tutto

estemporanee qualche persona che sosta sulle panchine. La stanza, completamente sgombra da arredi a parte un piccolo tavolo, permette di disporre le sedie a forma di cerchio, dentro al quale collocare tutti gli strumenti: piccole percussioni (legnetti, triangoli, maracas, wood-block ecc.), glockenspiel, cembali, tamburi e tamburelli, djembé, darbuka, bonghi, chitarre, fisarmonica, tastiera. A partire dalla terza seduta e fino al termine dell'attività, tre pazienti e lo psicologo tirocinante portano la loro chitarra personale (con amplificatore) per condividere con ruolo più partecipe e fattivo l'esperienza musicale.

Si è quindi pensato di:

- creare un setting in cui i pazienti si potessero sentire abbastanza sicuri da interagire nel "qui e ora" mediante la musica e le risorse a loro disposizione;

- predisporre un setting ricco, vario e periodicamente modificabile (con l'inserimento di strumenti nuovi e strategie alternative).

Il setting viene pian piano percepito dai pazienti come un luogo protetto, cornice ideale dove potersi esprimere liberi da qualsiasi condizionamento. Tale ipotesi è confermata dal fatto che gli stessi pazienti si dimostrano sufficientemente motivati sia nel partecipare agli incontri sia nel condividere la loro "storia personale e di gruppo"; alcuni, una volta dimessi dal DHT hanno esplicitamente richiesto di poter continuare a frequentare il gruppo di musicoterapia del giovedì.

Per la gestione dei gruppi la formula adottata è quella della co-conduzione con aspetti più o meno direttivi; l'esperta in musicoterapia incentrata più sugli aspetti "affettivi" e lo psichiatra su quelli "normativi", secondo ruoli riconducibili a figure genitoriali.

Dal punto di vista musicoterapico l'intervento si fonda su processi di "sintonizzazione", modulati dalla teoria psicologica di Daniel Stern; si tratta di riplasmare l'evento spostando l'attenzione su ciò che sta dietro il comportamento, sulla qualità dello stato d'animo condiviso. L'imitazione comunica la forma, la sintonizzazione

comunica i sentimenti. In musicoterapia per sentimenti intendiamo il modo di "sentire" rappresentato attraverso l'interpretazione musicale.

Il musicoterapista restituisce sul piano emotivo e sonoro-musicale, e si modula in rapporto al procedere della relazione. Si tratta di rivestire di significato affettivo ed emozionale il messaggio sonoro, che diventa così strutturante o ri-strutturante: il paziente prima viene accolto e poi direzionato verso il cambiamento.

La prassi dell'intervento si articola:

- 1) sull'utilizzo e attivazione della voce
- 2) sull'improvvisazione ritmico-strumentale sia guidata che libera,
- 3) sulla verbalizzazione dei vissuti musicali.

La parte dedicata all'*espressione vocale* si realizza sostanzialmente con l'uso della canzone italiana (la lingua straniera, spesso non conosciuta né amata dai pazienti, rende più difficile la partecipazione e introduce una variabile di più complessa gestione). L'utilizzo di un materiale così vicino e spesso congruente con le identità sonoro-musicale dei pazienti consente un aggancio quasi immediato; produce un effetto di *risonanza interiore* che porta all'amplificazione di tematiche latenti o misconosciute, restituendole alla realtà soggettiva sotto forma di EMOZIONI.

Le canzoni evocano, suggeriscono, simbolizzano tanto più attraverso la loro doppia valenza sonoro-musicale e di contenuti verbali. Attraverso l'impiego della canzone si cerca non solo di incentivare la libera espressione, ma anche di contenere e sviluppare le potenzialità comunicative e le valenze simboliche del mondo interno dei pazienti. Si tenta di costruire una possibile rappresentazione, comunicabile al mondo, di contenuti che spesso per la loro intensità e concretezza rimangono cristallizzati su se stessi, inespressi. Inoltre l'accesso alla modalità espressiva del canto e della produzione ritmica richiede l'utilizzo di un codice, quello musicale appunto, che in questo contesto evoca il confronto con la regola, la

realtà. Quindi si può intervenire su due distinti ambiti: il primo finalizzato all'espressione e alla maturazione del mondo interno dei pazienti; il secondo teso a migliorare le potenzialità adattive dei pazienti rispetto al reale. Le canzoni diventano così un patrimonio comune, un nuovo codice comunicativo dei gruppi e, ripetute e riprese, in senso diacronico, raccontano la storia stessa dei gruppi.

La parte di libera espressione con gli strumenti rappresenta attività peculiare più al secondo gruppo e occupa solitamente l'ultimo momento della seduta. Gli atteggiamenti a riguardo degli strumenti sono stati molto diversi: qualche paziente li ha suonati da subito; altri hanno dovuto essere incoraggiati dagli operatori; altri, almeno inizialmente, si sono rifiutati.

L'improvvisazione musicale sugli strumenti può consentire un lavoro di riflessione e di analisi relativo alle personali modalità comunicative e relazionali dei pazienti. Il livello d'intensità, la presenza o meno di aspetti melodici, le caratteristiche timbriche, la velocità di esecuzione, i ritmi osservabili, i tempi d'interazione evidenziano la qualità della relazione e i rispettivi tratti personologici.

In un primo momento i pazienti utilizzano gli strumenti a loro disposizione in modo difensivo, o cautamente esplorativo dando luogo – a seconda delle proprie attitudini – ad approcci piuttosto ripetitivi o a rituali di sperimentazione più articolati ma altrettanto stereotipati (durante le sedute emergono momenti claustrofobici che spiegano in parte alcune uscite improvvise dal gruppo da parte di qualche paziente, anche se spesso rientrato dopo pochi minuti). Solo diversi mesi dopo, in seguito alla stabilizzazione del gruppo, si delineano i primi timidi spazi di interazione fra pazienti e operatori e solo più tardi di integrazione dei pazienti fra loro.

È stato possibile osservare come l'espressività dei pazienti, inizialmente povera ed estremamente frammentata, si sia progressivamente arricchita attraverso l'esplorazione di nuove possibilità, confermando l'efficacia e l'opportunità dell'intervento musicoterapico.

Nel corso dell'attività nei gruppi si è pian piano costituito un repertorio di strumenti, di timbri, di modalità di utilizzo del materiale, di gesti sonori, che verrà riconosciuto come patrimonio comune relativamente al definirsi di uno strumentario e di un vocabolario grupppale.

Conclusione

Quest'esperienza di musicoterapia con i due gruppi ha mobilitato moltissime energie da parte di tutti, pazienti e operatori, e creato una certa empatia che ha condotto a una maggior conoscenza dei pazienti ma che soprattutto, credo, possa essere l'avvio di una vicinanza più affettuosa e armoniosa, da entrambe le parti.

IL SONORO, IL MUSICALE, LA MUSICA, HANNO AVUTO UN SENSO, hanno ridato un senso producendo nei pazienti modificazioni convincenti che si rivelano da questi più significativi elementi:

- costanza nella frequenza
- capacità di condivisione
- sensazione di maggior benessere in gruppo da parte di alcuni pazienti perennemente angosciati
- maggiore presenza nel contesto sia a livello musicale che a livello verbale.

L'ipotesi è che questi piccoli cambiamenti osservati potrebbero corrispondere a una sorta di permesso "interno" ("puoi dire", "puoi essere", "puoi sentire") che si è sperimentato nella seduta favorita dall'elemento sonoro-musicale e che sfocia in una maggiore consapevolezza e presenza portando all'espressione di contenuti interni, emozionali e motivazionali, in precedenza non riconosciuti. La proposta si è strutturata via via in modo sempre più specifico attraverso un'elaborazione articolata e adeguata al contesto clinico di volta in volta mutevole, in un susseguirsi di adattamenti funzionali agli obiettivi di partenza e che tuttora vengono continuamente rimessi in discussione. Nel tempo si è instaurata una mobilitazione degli affetti che ha consentito una nuova via di accesso

alla conoscenza del mondo interno dei pazienti e che ha permesso di constatare quanto la musica sia uno strumento valido per entrare in contatto con le proprie emozioni più o meno conosciute: grazie alla musica è possibile scoprire aspetti di sé impreveduti e, proprio per il loro carattere di "novità" spesso inquietanti. Il lavoro con il gruppo aiuta a scoprire e a esprimere questi sentimenti, riconoscendoli e differenziandoli nelle reciproche proiezioni. L'irrompere nel gruppo, attraverso l'espressione dei singoli pazienti, di angosce profonde e distruttive viene temperato dal setting musicale di gruppo che aiuta a maneggiare in modo più armonioso e rassicurante gli aspetti di sé più profondi, spesso accompagnati da una profonda paura di frammentazione.

La musica "sembra offrire una cornice, più adatta delle parole, in cui raccogliere gli inafferrabili contenuti dell'inconscio, collocandosi fra l'ordine dei linguaggi articolati e il disordine dell'asimbolico, fra la chiarezza dei contenuti di coscienza e l'oscurità della dimensione inconscia.

Vorrei concludere prendendo a prestito dall'ambiente del cinema il titolo di un famoso film "2001: Odissea nello spazio"

2001: quale sarà il nostro futuro?

Odissea: quale sarà il percorso della nostra via?

Nello spazio: troveremo sempre spazio per noi?

E sempre pensando al film come non ricordare la suggestiva colonna sonora "Così parlò Zarathustra" e chiederci: che ci sia per ogni esistenza umana una colonna sonora? Chi la può condividere risuonando con noi in un'esperienza comune e affettuosa?

Tutti questi interrogativi aperti sembrano avere un carattere esistenziale: in realtà credo siano quesiti importanti per chi intende operare nella psichiatria. Mi piace l'idea di chiudere con domande piuttosto che con affermazioni e asserzioni.

I punti interrogativi mi sembrano più promettenti dei punti esclamativi, poiché la nostra vita è in corso e anche la terapia è in corso e la musica in cerca di RISUONANZE sembra non finire mai.

Congedo

"Il leone si è addormentato": canto con accompagnamento di percussioni e suoni della natura.

Tutti i presenti, opportunamente forniti di testo, sono invitati a cantare.

Ri ri ri ri ri ri ri ri ri ri...

ham-mah-mo-we

*Il leone si è addormentato
paura più non fa
il villaggio l'avrà saputo
e il ciel ringrazierà.*

*Wimowe a wimowe a wimowe a wimowe
Wimowe a wimowe a wimowe a wimowe*

*Il leone si è addormentato
paura più non fa
il villaggio che l'ha saputo
in pace dormirà.*

*Il leone si è addormentato
la luna è alta già
nella giungla la grande pace
fra poco scenderà.*

*La gazzella nella pianura
correva in libertà
ed il sogno di un'avventura
realtà diventerà.*

La giraffa dal lungo collo

*al fiume se ne andò
e la sete di un sorso d'acqua
un tuffo le costò.*

*Il leone si è addormentato
e più non ruggirà
ogni bimbo che avrà tremato
sereno dormirà.*

MARIO DEGLI STEFANI, TATIANA LAI, MASCIA ORTOLAN*

BIANCAVOCE E LA MERAVIGLIA DELLE SETTE NOTE

L'intervento presenta alcune osservazioni sulle difficoltà di crescita nel contesto socio-culturale attuale, stimulate dall'andamento di un caso clinico in un gruppo ambulatoriale di musicoterapia.

Bianca è una giovane donna di 20 anni che giunge, accompagnata dal padre, al Pronto Soccorso in un forte stato di angoscia.

Ultima di quattro figli, è l'unica che abita ancora con i genitori. Le due sorelle, che hanno da poco raggiunto la soglia dei quarant'anni, sono entrambe sposate con figli e così pure il fratello di qualche anno più giovane.

La madre, casalinga e il padre ora in pensione, ebbero Bianca in età avanzata, hanno entrambi superato il sessantacinquesimo anno di età. Nella anamnesi: due familiari seguiti per diagnosi di depressione psicotica.

Bianca nasce a termine con parto eutoccico e non vengono riferiti particolari difficoltà nelle tappe dello sviluppo.

Racconta di essere stata molto timida fin da bambina. All'età di quindici anni comincia una breve storia con un ragazzo ma, sarà a diciotto anni la prima relazione duratura.

È proprio in questo periodo che Bianca comincia a lamentare ansia e paura ingravescenti, finché, al termine delle scuole superiori, in con-

comitanza con la fine del legame affettivo, inizia a manifestare un progressivo ritiro sociale con elementi angoscianti incontenibili.

Durante il primo colloquio, Bianca appare come una piccola bimba, tra lo spavento e lo stupore di "occhi veloci, che scrutano curiosi nel mondo dei grandi".

Induce istinti materni di protezione e cura. Solo qua e là resta percepibile un rapidissimo guizzo malizioso, appena un lampo, giusto il tempo di segnalare come: "qualcosa è cambiato".

"Lei è una dottoressa? Lei può darmi delle medicine?", il primo immediato contatto in un territorio del fare afferrabile e immediato. Percepito un ambiente rassicurante e accogliente, può rilassarsi e rivelarne per una condivisione, il peso della sua nuova sconvolgente scoperta: Bianca "sente la vagina".

Non come si sente un arto o un piede, ma come se fosse viva, autonoma, indipendente e separata, assumendo talora quasi i toni di una "voce interna" con cui dialogare.

Più tardi, infatti, nel corso di altri colloqui, descriverà questo "sentire" come un "pensiero che si fa voce", e dai contenuti ambivalenti tra un pudico imbarazzo e vera e propria inquietudine e spavento.

Tutto questo avveniva in una fase in cui il rapporto con la madre era descritto come: "... se ci fosse una calamita, un qualcosa che mi attira, ma io vorrei distanziarmi...", motivo per cui Bianca appare ora molto legata al padre, al momento polo antimagnetico in grado di fornire maggiori rassicurazioni.

È contenta di "affidarsi alle cure", o forse comunque di affidarsi in una ricerca di qualche suono conosciuto nella babele della crescita. Bianca si consegna nella sua totalità, e sembra volerci dare la sua vulnerabilità di fragile identità in cambiamento, affinché la si possa custodire, per riappropriarsene poi, una volta rinfrancata.

La sua dolce fragilità riattiva le nostre preoccupazioni primarie, e ci ritroviamo a interrogarci su come saremo in grado di prenderci sufficientemente cura di lei. Eccoci allora, forse vicini e partecipi a riflessioni comuni agli attuali genitori del XXI secolo, obbligati al

*M. Degli Stefani, Psichiatra, T. Lai, Psicologa, 2° Servizio di Psichiatria Ulss 16 Padova. M. Ortolan, Specializzanda in Psichiatria Clinica Psichiatrica di Padova.

confronto del velocissimo cambiamento dettato dalla accelerazione del progresso nei nostri giorni.

Bianca, probabilmente, ci riflette il timore di una possibile incrinatura nella nostra stessa identità di adulti, minata nelle sicurezze più antiche, dalla rapida progressione evolutiva di questo periodo storico le cui scoperte epocali sono forse paragonabili nelle ricadute sociali a quelle del fuoco o della ruota.

Da qui la necessità, per il terapeuta-genitore, di soffermarsi in riflessioni circa l'evoluzione e i cambiamenti delle rappresentazioni psicopatologiche verificatesi negli ultimi decenni, influenzate dalle mutazioni socio-culturali che hanno caratterizzato l'era della moderna globalizzazione.

Un processo evolutivo che sembra rivelare la propria evidenza nei momenti più delicati di passaggio e crisi dell'animo umano, quasi a risalire al negativo di una foto d'epoca, allorquando ci si confronta con le rielaborazioni della propria identità come avviene nelle fasi dell'adolescenza e della senilità, per l'appunto attualmente le più sofferenti.

Nel periodo dell'adolescenza (dal latino "adolescere", indica chi è nell'età intermedia tra la puerizia e la fase adulta, in via di crescita e quindi in movimento) una ragazza potrebbe essere messa in crisi dall'aspetto passivo-percettivo della propria sessualità femminile, ora più esposta agli sguardi, alle mestruazioni, all'essere penetrata, invasa, minacciata da cambiamenti cui non sa far fronte.

Non a caso, infatti, lo "scompenso" di Bianca sembra essere avvenuto in un momento di particolare passaggio, su due fronti: la fine della scuola e la fine della sua storia d'amore.

A distanza di un anno, Bianca racconterà che per lei era stato particolarmente angosciante pensare di avere un rapporto completo con quel ragazzo, non ne capiva bene il motivo, e in realtà ma non aveva mai dato un consenso attivo, lasciandosi andare indifesa, con passività agli eventi.

Quando ci si trova nelle delicate fasi di passaggio si sente la neces-

sità di punti di riferimento cui affidarsi e con cui confrontarsi. Questi nel mondo attuale sembrano meno definiti, per la eccessiva molteplicità di stimoli e opportunità di cui siamo bersaglio.

Una ridondanza di messaggi che tendendo numericamente all'infinito, favorirebbe, per converso, la sensazione di "precarietà" così attuale e pervasiva dei nostri giorni, privandoci invece della capacità di proiezione verso un futuro, ora, non più rappresentabile.

Una situazione dove potrebbe essere perduta la capacità di narrarsi, di mantenere, cioè, una soluzione di continuità tra passato e futuro, smarriti in un indefinito presente, ora impercettibile e quindi imprevedibile.

Bianca, nelle difficoltà di una sua storia e continuità temporale, parrebbe intuire la fragilità della propria identità, accentuata dal secondo momento di crisi con la fine della scuola superiore e i dubbi sulla direzione da scegliere per proseguire, in contrasto con le suggestioni familiari verso scelte più immediate nel mondo del lavoro. Nel dilemma inquietante del proprio futuro, si fa largo poco a poco la possibilità di un empassé tramite una paralisi della crescita, offerta dal sintomo estraniante che focalizza un privato dialogo interiore a due o forse più voci, laddove mamma e bimba possano tranquillamente continuare nella loro magica dualità. Un ultimo estremo tentativo, forse, di resistenza e limite differenziante a un esterno che avanza inesorabile.

Bianca ha, infatti, sentito accentuate le sensazioni di un corpo diventato barriera, confine tra il dentro e il fuori, corazza nei confronti di un mondo minaccioso, non più percepito come proprio, ma come *altro da Sé*.

Sembra che fin'ora, nessuno sia riuscito a fornirle un adeguato modello nella relazione, dove distanza e coinvolgimento dispongano di adeguate ed elastiche misure funzionali alle circostanze, e questo a scapito di una adeguata ricerca per la definizione di una propria identità, ferma come si ritrova, nella rassicurante protezione dell'ambito familiare.

Bianca appunto, come albume in un fragile guscio d'uovo, in precario equilibrio tra l'unità prenatale e la paura di frammentazione di chi deve affrontare l'incognita di una nascita.

Una difficoltà adolescenziale nel ri-definire una propria identità, parrebbe risiedere nella carenza di nuclei organizzatori che diano loro una continuità e stabilità, nella fase principe del cambiamento. La famiglia, primo gruppo organizzatore, non parrebbe più un intermediario sufficiente tra i figli e il mondo, anch'essa in crisi in una società che propone poche aspettative prevedibili e sembra in un "continuo costante divenire", evidenziabile nel veloce progresso delle tecnologie.

Si pensi solo, ad esempio, alle perplessità suscitate dai nuovi problemi etici circa il limite dell'inizio della vita, o alla sua manipolazione con le nuove tecniche di clonazione, o di utilizzo delle cellule staminali (ora ricavabili addirittura direttamente dall'epidermide), all'ibridazione tra cellule umane e di animale, all'eutanasia. Su un altro fronte, prettamente tecnologico, le nuove scoperte pongono quesiti circa il confine del diritto alla propria intimità: telecamere azionate tramite internet, intercettazioni telefoniche, you-tube, videofonini ecc. Non a caso forse, in questi ultimi anni si è sviluppato l'interesse del dibattito pubblico verso l'argomento della tutela della privacy, quasi una ricerca esterna difensiva sul limite dell'antica protezione genitoriale.

Un adolescente, in fase di cambiamento e quindi di vulnerabilità, si viene a trovare in facile risonanza con una sensazione di precarietà che sembra volere coinvolgere la sopravvivenza dell'intero pianeta, con un'abbondanza di elementi proiettivi non più contenibili da un ambiente altrettanto instabile, e quindi vissuto come angosciante.

Una identificazione con una condizione di precariato non più solo dell'età giovanile (sia pur oggi protratta, magari anche fino ai nostri "primi quarant'anni..."), ma anche, e soprattutto, coinvolgente l'intero immaginario del mondo occidentale moderno.

In una società senza speranza l'assioma fondante parrebbe spostarsi da un: *chi sei*, a un più palpabile *cosa hai*; non *l'essere con (noi)*, ma *essere (io)*.

Una sorta di comune regressione narcisistica che sembrerebbe lentamente insinuarsi nell'inconscio gruppale più profondo dell'intero pensiero occidentale.

Sembra assistere di pari passo, poi, a una conseguente perdita di quei valori e di quelle tradizioni, che permettono a un popolo di identificarsi con la propria cultura e di sperimentare utili sentimenti di appartenenza.

Una importante radice culturale gruppale cui potrebbero rimanere aggrappate le ultime speranze di identificazione nella continuità della specie.

La globalizzazione ha, quindi, portato sicuramente dei vantaggi, in termini di rapidità nelle comunicazioni e facilità negli spostamenti, ma ha probabilmente creato un insieme incerto di individui, invece che integrazione tra i popoli.

È questa forse l'era della velocità e della accelerazione, quasi in un crescendo di "chi si ferma è perduto", come si può facilmente percepire ai semafori mentre si è alla guida nel traffico cittadino.

Anche il mercato delle nuove droghe sembra diretto nella ricerca di "acceleratori emotivi" biochimici, in una funzione di rimozione collettiva dove un pensiero di Sé appare invece possibile solo nella ricerca di pause, silenzi e soste.

Bianca sembrerebbe immaginare una propria via nella ricerca di soluzione dell'arduo problema di una "rotta", nel viaggio della crescita, laddove proprio, sia necessario trovare tramite una rottura, ma priva di fratture..., la propria nuova unità.

In un mondo oramai "in-audio", dai suoni delle molte sirene ammaliatrici, dalle mille luci di innumerevoli colori, Bianca assorbe i segnali e prova, forse, a recuperare un tempo nello spazio di un'eco, lì dove più avverte calamitare il luogo del conflitto, tra i ricordi di

una calorosa identificazione materna, e le voci di un proprio futuro essere donna. Futuro che, per ora, indecifrabile è fonte di inquietudine e angoscia.

La questione della femminilità si è posta per Bianca come centrale fin dall'inizio, sia rispetto, come abbiamo visto, ai sintomi con cui arriva al pronto soccorso, sia al suo percorso all'interno di un piccolo gruppo di musicoterapia cui accetta di partecipare.

Quando Bianca arriva al Centro di Salute Mentale, il gruppo è in fase di fondazione. Instabile dunque, e induce a dubbi e riflessioni circa le risorse disponibili per un suo accoglimento, e circa l'opportunità di un inserimento in un contesto ancora indefinito. Rassicurati tuttavia dal un setting particolarmente contenitivo, nella struttura degli incontri, e nella presenza degli operatori, ben quattro operatori per un gruppo di 8 pazienti, ma anche nella duttilità dell'elemento musicale lenitivo nei confronti di emozioni troppo dirette e intense, e allo stesso tempo facilitante l'espressione di ricordi e vissuti non ancora verbalizzabili.

La musica, infatti, rappresenta per il gruppo il primo elemento di cui parlare e su cui parlare. Non sono, quindi, direttamente e da subito i pazienti al centro del lavoro e della attenzione, spostando e modulando tramite le armonie l'espressione emotiva, sfruttandone talora anche le qualità anestetiche rispetto moti pulsionali troppo dolorosi. La musica e il canto permettono ai pazienti, soprattutto nelle fasi iniziali, di rimanere in secondo piano, di potersi "eclissare", ponendo in risalto nella canzone, e nelle improvvisazioni le proprie risuonanze affettive, recuperando in questo modo sia una unità grupppale che una modalità espressiva indiretta, familiare, e meno preoccupante.

Ai colloqui preliminari, prima del suo inserimento, Bianca, spaventata e spaesata, risponde con un filo di voce alle domande della terapeuta ma, non appena l'infermiere (di sesso maschile) esce dalla stanza, il suo sguardo cambia, il suo corpo pare rilassarsi in un sospiro di sollievo, comunicando negli atteggiamenti prima, e poi

anche a parole, quanto ora si senta più tranquilla e rassicurata nell'essere lì, e non da sola. Una figura minacciosa sembra essersi allontanata, per ora solo dalla stanza!

Sembra opportuno e si decide che durante i primi incontri di gruppo a Bianca venga riservato un posto vicino ai conduttori, aiutandola in questo modo a contenere l'emozioni conflittuali di un binomio paura-desiderio, indotte in un nuovo ambiente relazionale.

Manterrà, con la fermezza di un adulto, la sua frequenza a questo "nascente gruppo ambulatoriale di musicoterapia", partecipando sempre più attivamente alla crescita dei suoni e delle emozioni comuni, verso il tentativo di un'armonica melodia corale. Contribuirà con la sua decisa e costante presenza alla costruzione di un luogo di appartenenza (il gruppo musicoterapia), dove poter condividere spazi, ritmi, tempi, suoni, silenzi, gioie, paure.

Un nuovo linguaggio musicale, magari anche solo pre-verbale, ma forse proprio per questo, nei toni di una "madre lingua", ascoltabile e riconoscibile.

E la iniziale timorosa Bianca lascia il posto, seduta dopo seduta, grazie anche alla musica come elemento terzo mediatore, a una ragazza più presente, propositiva, in grado di prendere la parola anche spontaneamente nel chiedere notizie sugli assenti, a proporre canzoni, a ribadire il suo diritto a un posto!

Alla sua maggiore tranquillità nel gruppo, e nei rapporti con l'altro sesso, corrisponde l'inizio di una nuova storia d'amore, questa volta sembrerebbe dai toni più armonici, e vissuta con maggiore leggerezza e serenità. L'Altro può apparire forse ora, con maggiore nitidezza e presenza, una unità più consistente e reale oltre i minacciosi fantasmi invasivi di una dipendenza irrisolta.

All'interno del gruppo, appare recuperabile un momento di continuità tra passato e futuro, testimone di una realtà presente, in grado di contenere angosce di frammentazione, ora rielaborabili in spazi creativi, magari anche solo musicali, ma sicuramente più integrabili in una ricerca della propria identità nella emotività femminile.

È nel “coro dei pari”, fortemente voluto e ricomposto, che torna a riappropriarsi del necessario coraggio per affrontare il processo di simbolizzazione della propria “meraviglia di donna che cresce”.

Riappaiono lentamente immagini e parole, in uno spessore crescente, ora in grado di contenere e, finalmente esprimere, antiche paure di pericolose fragilità, intonate nel rassicurante calore di un gruppo che permetta a lei, Bianca, la protezione e sicurezza di un robusto guscio, fornendole la forza necessaria di schiuderlo senza rischiare la frammentazione.

In questo clima fa capolino la sua prima timida proposta canora nelle note di “Non ho l’età” seguite, di lì a poco, da quelle di “Quando i bambini fanno ohhh”, e mesi più tardi di “Quando nasce un amore”. In fondo poi, se usassimo la lingua inglese per suonare e giocare potrebbe bastarci una parola sola come: “ to play”.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. *Il lavoro di apertura*, a cura di M. T. Maiocchi, Franco Angeli Milano 1999.
- AA.VV. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-Text Revision (DSM-IV-TR)*, Milano 1983.
- AA.VV., a cura di A.A. Semi, *Trattato di psicoanalisi*, Milano 1988.
- Bion W. *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Armando, Roma 1971.
- Degli Stefani M., Zilio R., Ferrari G.: *Al di là delle parole: suoni e tempi da uno stage di musicoterapia*, in *Esperienze in musicoterapia vol II*, Il Torchio, Padova 2006.
- Degli Stefani M.: *Per le antiche... scale: la musicoterapia tra riabilitazione e cura. Atti del Convegno “I Confini naturali della creatività”*. Battaglia-Padova Ottobre 2005.
- Foulkes S.H. (1964) *Analisi terapeutica di gruppo*, Boringhieri, Torino 1967.
- Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell’Io*, Boringhieri, Torino 1977.

Freud S. (1920) *Al di là del principio di piacere*, trad it. in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino 1977.

Lacan J. (1938) *I complessi familiari nella formazione dell’individuo*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino 2005.

Lacan J. (1947) *La psichiatria inglese e la guerra* in *La psicoanalisi*, n. 4, Casa Editrice Astrolabio, 1988.

Lacan J. (1949) *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell’io* in “Scritti” vol. 1, Einaudi 1974.

Lecourt E. *La musicoterapia*, Parigi 1988.

Lecourt E. *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Parigi 1993.

Scott Rutan J., Stone W.N., *La psicoterapia psicodinamica di gruppo*, Unipress 1999.

TATIANA LAI*

LA MUSICA COME MEZZO NON COME FINE

Il Preludio, i colloqui preliminari

Pensare un gruppo di musicoterapia all'interno di un Centro di Salute Mentale, quindi di una struttura non residenziale, ha significato affrontare diverse aspetti e peculiarità.

Primo, fra tutti, proprio la non residenzialità dei pazienti che, quindi, si recano autonomamente presso l'ambulatorio e si occupano della loro cura, farmacologia e no.

Dunque, si tratta di una situazione di per sé non particolarmente contenitiva che ha richiesto una debita attenzione alla fase preliminare del lavoro, affrontata con la scelta di condurre uno o più colloqui individuali con i pazienti individuati.

Innanzitutto, lo scopo di questi colloqui era quello di abbozzare un inizio di alleanza terapeutica, di transfert di lavoro terapeutico che avrebbe facilitato la frequenza al gruppo. Con i pazienti non residenziali questo è uno degli ostacoli principali perché partecipare a un gruppo terapeutico è ben diverso dal recarsi una volta al mese, nelle fasi di stabilizzazione anche ogni due, in un ambulatorio per un colloquio individuale. Frequentare un gruppo, tra l'altro in una vecchia ala dell'ex Ospedale Psichiatrico dei Colli, significa in qualche modo riconoscere davanti all'altro il proprio malessere o, perlomeno, la propria necessità di aiuto.

* Psicologa, 2° Servizio di Psichiatria Ulss 16 Padova.

Non solo, durante questi colloqui si è cercato, da una parte, di sondare l'idoneità del paziente al gruppo (fase non acuta, interesse per la musica in generale) cercando dall'altra di chiarire il fatto che la musica sarebbe stata un mezzo, e non un fine, nel percorso terapeutico. Avrebbe, cioè, permesso di arrivare ad affrontare questioni, vissuti ed emozioni, e non solo di creare/fare musica insieme né tanto meno di imparare la teoria musicale o imparare a suonare uno strumento.

Questo è stato per noi uno dei punti cardine da far passare durante questa prima fase; e non era, per alcuni, così scontato.

Riccardo, per esempio, un giovane uomo con alle spalle una precedente esperienza di gruppo all'interno di un progetto di teatro-terapia, dopo aver ascoltato la nostra presentazione del gruppo, chiede, con fare sospettoso, come mai fosse la prima volta che veniva fatta un'esperienza del genere all'interno del CSM e aggiunge che proverà a venire e che se andrà come la sua passata esperienza proseguirà il percorso:

"Sa, a me è piaciuto tantissimo il gruppo teatrale perchè ho imparato tantissime cose sulle opere teatrali che abbiamo fatto..." e inizia una disquisizione sul teatro. Dunque, un gruppo che, secondo Riccardo, aveva solo lo scopo di trasmettere nozioni e sapere sul teatro, negandone tutta la sua terapeuticità.

Questa idea, o anche questo bisogno, di accettare di partecipare a un gruppo non come terapia (dato che, nel qual caso, vorrebbe dire che lui è malato!) ma come momento di apprendimento, si rivelerà anche durante la prima fase della frequenza di Riccardo al gruppo, con interventi mirati a chiedere precisazioni tecniche e teoriche sulla musica e a cercare di trovare definizioni di ciò che, per lui, amante della musica classica, non sembra appartenere "classicamente" alla musica: l'improvvisazione. Ed eccolo, quindi, arrivare

un giorno, tutto sorridente perché il suono che si fa liberamente insieme ha un nome: “musica aleatoria” così come aveva trovato su un’enciclopedia.

L'improvvisazione

Uno dei momenti fondamentali delle sedute è sicuramente quello dell'improvvisazione che, quasi sempre ha luogo nell'ultima parte, gli ultimi venti minuti.

Solitamente prende il via da un suono che uno dei partecipanti produce e, successivamente gli altri si inseriscono.

È pur vero che durante le prime settimane era uno degli operatori a proporre il suono dando il “la” agli altri che si sentivano autorizzati e invitati a scegliere un strumento e a unirsi creando, però, ancora ognuno il proprio suono senza ascoltare e dialogare con l'altro. Solo successivamente saranno loro stessi, e in particolare coloro che hanno preso più dimestichezza con gli strumenti, a proporre una breve sequenza sonora, cui gli altri si associano, e a dar vita a un vero e proprio dialogo a più “voci”, con alternanze e pause che possono nascere solo dall'ascolto reciproco.

Edith Lecourt afferma, a questo proposito, che durante questo momento, chiamato “effetto d'insieme”, è possibile constatare l'avvio di “processi relazionali che costituiscono un sistema di protezione contro le pulsioni distruttive e contro il fantasma di una possibile rottura” (E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, p.117). Interessante è che questo cambiamento coincide anche con un altro, i pazienti iniziano a dialogare, non solo con la musica, ma anche con le parole. Non si rivolgono più solamente all'equipe, ma anche agli altri pazienti, facendo domande, portando ricordi ecc.

A questo proposito, Lecourt sostiene che un lavoro terapeutico basato sull'improvvisazione musicale può promuovere negli individui “una sorta di nuova intonazione nel corso di un processo di integrazione rispetto a se stesso, al gruppo, alla società...” (ibidem, p. 201). Tutto questo è ancora più interessante se si pensa al tipo di patolo-

gia dei pazienti del gruppo, tutti all'interno dello spettro psicotico, con aspetti più o meno paranoici e con gravi difficoltà relazionali espresse spesso con il ritiro sociale dall'altro persecutorio.

Ecco che la musica, quindi, ha in qualche modo anche in questo livello funzionato da mezzo, da terzo mediatore tra i pazienti, grazie anche al suo effetto disangosciante e contenitivo.

Il Gioco

Non solo, però, a livello relazionale è emersa la funzione di elemento terzo della musica, ma anche su altri piani e non solo grazie al momento dell'improvvisazione. Vediamo, da vicino quali.

La musica rappresenta, in questo gruppo, sicuramente il primo elemento di cui parlare, su cui parlare. Ciò implica che non sono direttamente, da subito, i pazienti al centro del lavoro, al centro dell'attenzione, ma è la musica che, quindi, anche per questo ha un effetto disangosciante.

Permette loro, in qualche modo, soprattutto all'inizio, di rimanere in secondo piano, di potersi “eclissare” come soggetti-pazienti mettendo, invece, in primo piano la canzone, con le sue parole e la sua musica. A questo proposito, infatti, si è anche concordato con la musicoterapista di non richiedere ai partecipanti esibizioni singole in quanto avrebbero potuto costituire un momento di particolare angoscia per il paziente che, in quel caso, si sarebbe trovato sotto lo sguardo, potenzialmente persecutorio e giudicante dell'altro.

Anche tra i partecipanti e i loro vissuti, le loro emozioni, i loro ricordi, l'utilizzo della musica come dispositivo terapeutico ha avuto funzione da mediatore.

“Ascoltare testi e sentire parole che io altrimenti farei fatica a dire” dice una dei partecipanti cercando di spiegare cosa le piace dell'esperienza.

O ancora Giovanni che propone la canzone *“Generale”* per poi, nel momento associativo che segue l'esecuzione dire che gli ricordava il padre *“un vero e proprio generale”*.

Ma anche Augusto che, sentendo un piccolo giro di chitarra, si aggancia e inizia a suonare *"Sola me ne vo"* ovvero la canzone che la madre, ormai morta, gli cantava quando era piccolo.

Questi sono solo alcuni degli esempi che potrebbero essere portati. È chiaro, però, come il momento di verbalizzazione che segue l'esecuzione o l'improvvisazione crei lo spazio, se i conduttori lo riconoscono, per poter portare, condividere e, successivamente, elaborare vissuti o ricordi.

Questa opportunità di accedere e verbalizzare attraverso la musica, e i testi delle canzoni, è interessante come possa ripercuotersi anche fuori dal gruppo di musicoterapia.

Giovanni, ad esempio, partecipa anche a un gruppo terapeutico, strettamente verbale, sempre all'interno dello stesso servizio. La seduta successiva all'esecuzione di *"Generale"*, Giovanni affronta, all'interno dell'altro gruppo, per la prima volta, la figura del padre e il loro rapporto.

O ancora, sempre Giovanni dopo l'esecuzione di *"Caruso"* si presenta alla seduta successiva con un breve racconto della storia d'amore che aveva ispirato la canzone. La settimana successiva, sempre all'interno dell'altro gruppo terapeutico, Giovanni racconta la sua storia d'amore con la donna che ha segnato un momento particolarmente doloroso della sua vita.

Anche rispetto a un piano più prettamente relazionale gli effetti non tardano a mancare, sia dentro il gruppo che fuori dal gruppo.

Se all'inizio i pazienti, come abbiamo visto, parlavano principalmente solo con i membri dell'equipe, ben presto, dopo circa un mese, iniziano a rivolgersi direttamente anche agli altri pazienti, a parlare tra di loro anche prima dell'inizio e dopo la fine del gruppo: aspetto non da poco alla luce della gravità della loro patologia che li vedeva, nella maggior parte dei casi in un vero e proprio ritiro sociale.

Questo al punto che Giovanni, per esempio, che aveva sempre suonato da solo in casa, che si era sempre recato da solo ad ascoltare

concerti jazz, che aveva studiato minuziosamente la teoria della musica, inizia prima a portare il suo personale strumento, poi a portarne l'amplificatore, successivamente a mettere il suo basso tra gli strumenti cui tutti possono attingere e infine a emettere suoni che dialogano con gli altri membri a una altezza finalmente da tutti udibile, arrivando a veri e propri assolo. Non solo, accetta anche di suonare, durante una manifestazione organizzata dall'Asl di Padova, insieme ad altri musicisti e ad altri pazienti, davanti a molte persone e, dopo tanti anni, ricomincia a frequentare i suoi vecchi amici e a recarsi con loro ad assistere ai concerti jazz.

Giovanni non è l'unico, anche Alma, giovane diciottenne che, dopo uno scompenso smette di studiare e si chiude in casa spaesata e spaventata, trova un lavoro, che tutt'ora mantiene, e lentamente inizia ad alzare il tono della voce e a prendere parola davanti agli altri.

Così pure farà Marco, con un quadro gravemente psicotico, e Riccardo che decide di essere aiutato dai servizi sociali per cercare un lavoro dopo anni di completo ritiro sociale.

Suggestioni

Edith Lecourt, alla fine degli anni Ottanta, identifica due filoni nelle pratiche musiterapiche esistenti in Francia, quelle in cui è preponderante il polo musicale (MUSICoterapia) e quelle invece che pongono in primo piano l'aspetto terapeutico (musicoterAPIA).

Rifacendoci a questa distinzione potremmo mettere nel primo gruppo tutte quelle pratiche che, pur andando sotto il nome di musicoterapia, utilizzano sì la musica ma non su un versante terapeutico, bensì ricreativo o riabilitativo.

Nel secondo gruppo, invece, confluiscono quei gruppi, come quello di cui abbiamo finora parlato, in cui la musica è utilizzata come dispositivo terapeutico, come mezzo di espressione, di comunicazione, di strutturazione e di analisi della relazione (E. Lecourt, *La musicoterapia*, p. 27).

Cosa, però, fa sì che si tratti dell'uno o dell'altro gruppo?

Difficile rispondere a tale domanda. Possibile, però, domandarsi cosa dà la terapeutività a un gruppo.

Innanzitutto, come abbiamo cercato di mettere in luce, l'utilizzo della musica come "oggetto di relazione", come elemento terzo.

Anche l'apertura di momenti di verbalizzazione, soprattutto mediati dalla musica, (scelta della canzone, associazioni dei pazienti dopo l'esecuzione e dopo l'improvvisazione) e l'ascolto che i conduttori hanno tenuto verso queste parole può essere un altro elemento terapeutico della conduzione della cura nei gruppi musicoterapici.

D'altro canto, infatti, quanto è facile, per paura, per angoscia "scappare" nell'uso della musica come unico fine, come momento di riempimento, magari di fronte a momenti angoscianti, e non "giocarla", invece, come mezzo attraverso cui dirigere la cura?

Chiudo, a questo proposito, ricordando un breve episodio.

"Augusto arriva, come spesso accade, in ritardo a una seduta in cui lo psichiatra non c'era. Da subito emerge che è angosciato e, infatti inizia, con le lacrime agli occhi, a lamentare la sua situazione e a come non abbia abbastanza soldi per mangiare. Sta pensando al suicidio.

Il gruppo rimane ammutolito, il paziente esce a turno con la psicologa e con l'infermiere, ma una volta rientrati non si è scelto subito di "scappare" dall'angoscia che l'episodio aveva suscitato magari cantando, bensì si è cercato di accompagnare i pazienti nella verbalizzazione dei loro vissuti e da lì ognuno ha ricordato i vari momenti attraversati di particolare angoscia da pensare al suicidio".

Si suona la canzone di Augusto: "Io vagabondo".

Riferimenti bibliografici

W. Bion *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Roma, Armando, 1971.

S. Freud *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, Borlinghieri, Torino 1977.

Foulkes S.H. *Analisi terapeutica di gruppo*, Borighieri, Torino 1967.

J. Lacan, *La psichiatria inglese e la guerra* in *La psicoanalisi*, n. 4, Casa Editrice Astrolabio, 1988.

J. Lacan, *La direzione della cura e i principi del suo potere*, in *Scritti* vol. 2, Einaudi, Torino 1974.

E. Lecourt, *La musicoterapia*, Parigi 1988.

E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Parigi 1993.

J. Scott Rutan, Walter N. Stone, *La psicoterapia psicodinamica di gruppo*, Unipress 1999.

D. Shon, L. Akiva-Kabiri, T. Vecchi *Psicologia della musica*, Carocci 2007.

DANILA DE CRISTANO*

DAL BUIO DELLA SOFFERENZA AL COLORE DEL SUONO

Un'esperienza di musicoterapia con pazienti psichiatrici

Queste riflessioni nascono dalla mia esperienza come specializzanda psicoterapeuta presso un Centro di Salute Mentale di Padova dove ho fatto per un anno l'osservatrice durante gli incontri di musicoterapia di gruppo organizzati all'interno della struttura.

Si trattava di un gruppo composto da pazienti subacuti che quotidianamente partecipavano alle attività del Day Hospital Territoriale, e da pazienti ambulatoriali seguiti al CSM per le visite di controllo; le principali diagnosi erano di psicosi, borderline e depressioni maggiori.

Gli incontri erano settimanali e duravano un'ora e mezzo; il gruppo solitamente era costituito da un minimo di sei a un massimo di quindici pazienti.

Il gruppo rappresentava per gli utenti un contenitore forte, grazie al supporto di molti operatori: l'espressione verbale ed emotiva di eventuali contenuti emersi nel corso della terapia era affidata a uno psichiatra, affiancato da una esperta in musicoterapia con il compito di occuparsi della componente musicale del progetto, una funzione di accoglienza e contenimento era affidata invece a due infermieri del Day Hospital Territoriale, un'infermiera del CSM e due psicologi specializzandi.

Il percorso dei pazienti provenienti dal CSM all'interno di questo

progetto veniva monitorizzato da me e dallo psichiatra responsabile del gruppo attraverso colloqui individuali con gli utenti prima del loro ingresso nel gruppo, verso la metà degli incontri e al termine della loro partecipazione.

Ai pazienti che venivano dimessi dal Day Hospital Territoriale veniva data la possibilità di proseguire la musicoterapia, qualora fosse stato ritenuto utile, rimanendo nel gruppo come utenti del CSM.

Il progetto di musicoterapia è nato dall'idea che la musica potesse rappresentare un importante strumento di comunicazione per i pazienti psichiatrici, un modo per esprimere ed entrare in contatto con i propri stati d'animo e le proprie emozioni, quasi uno spazio transizionale tra la loro patologia e il mondo reale esterno.

In un gruppo composto da pazienti con una profonda difficoltà a raccontarsi in modo adeguato attraverso le parole, a comunicare la propria realtà agli altri, per i quali anche le domande più semplici possono provocare sofferenza e disagio, la musica sembra poter rappresentare un veicolo attraverso il quale aprirsi e relazionarsi con il mondo attorno.

Proprio per questo motivo, per la forza del suono e delle note, molti utenti si avvicinavano a questi incontri con diffidenza e talora con un esplicito rifiuto, sentimenti negativi iniziali che la maggior parte delle volte nascondono la paura di una vicinanza relazionale forse pericolosa.

Un timore di lasciarsi troppo andare alle sensazioni più profonde e viscerali che solo la musica può evocare, senza le difese utilizzabili negli incontri di tipo verbale.

Nel momento in cui veniva proposto il percorso di musicoterapia i pazienti, e gli operatori, erano spaventati all'idea di cantare e suonare, le loro prime perplessità erano relative al fatto di non essere bravi, erano preoccupati ma di solito dietro questi timori iniziali c'è il pensiero di incontrare l'altro, di "mettersi a nudo", di guardare la sofferenza degli altri pazienti in cui c'è il rischio di vedere se stessi.

Il nostro atteggiamento di fronte a queste che possono essere viste

* Psicologa, 2° Servizio di Psichiatria ULSS 16 Padova.

come resistenze è stato di accoglimento e rassicurazione, nessuno era obbligato a fare ciò che non si sentiva, non si doveva necessariamente cantare o usare uno strumento, era già significativo e importante che la persona venisse e restasse anche solo in ascolto, in un accoglimento e partecipazione passivi che la struttura gruppale può consentire.

L'obiettivo di questo progetto non è diventare bravi cantanti o musicisti, ma riuscire a incontrare l'altro anche all'interno di una patologia che nelle sue forme più gravi isola il paziente nel suo mondo, condividendo l'incontro nella dimensione musicale.

La sola presenza del paziente nel gruppo, anche se in silenzio, era sufficiente a instaurare nel tempo delle relazioni interpersonali piuttosto forti, ne era dimostrazione il fatto che quando uno di loro era assente, gli altri utenti ne sottolineavano esplicitamente la mancanza e chiedevano a noi operatori il motivo dell'assenza.

L'ingresso di nuovi utenti inizialmente poteva rompere un certo equilibrio che si era consolidato, incontro dopo incontro, anche con qualche difficoltà e molto impegno da parte degli operatori, ma già dopo le prime volte si aveva l'impressione che ciascuno dei partecipanti facesse parte di qualcosa di più grande e forte del singolo, che in certi momenti sembrava quasi andare avanti da sé e camminare richiedendo l'impiego di minore energia e impegno da parte nostra, come se il gruppo avesse avuto un'anima e un corpo propri.

Questo è stato reso possibile anche grazie all'intervento degli operatori che in fase acuta ricordavano ai pazienti i progressi fatti, e determinavano una storia del gruppo, che veniva così inteso non come semplice somma delle persone, ma come contenitore capace di spronare e accogliere.

Le reazioni provocate dalla musica erano tali da suscitare diverse risposte da parte degli utenti: alcuni non reggevano inizialmente un carico emotivo così forte e sentivano il bisogno di alzarsi e andare via, altri invece desideravano esprimere agli altri ciò che avevano ascoltato e ciò che la canzone aveva suscitato in loro, per altri anco-

ra il canto diventava l'unico modo per dar libero sfogo al proprio dolore e ai propri ricordi, anche piacevoli, relativi a momenti della loro vita che sembravano ormai quasi dimenticati.

Più volte infatti mi è capitato di osservare pazienti che si commuovevano durante l'ascolto di una canzone, che sentivano l'urgenza di parlarne con noi operatori, che avevano bisogno di verbalizzare pensieri, angosce, paure che si erano risvegliati in loro, come se si fossero improvvisamente ripresi dopo un lungo sonno.

Altri utenti invece hanno vissuto buona parte del loro percorso nel gruppo di musicoterapia in disparte, più silenziosi, ma solo apparentemente poco coinvolti: erano quelli più intimoriti dalla situazione ma che non hanno quasi mai saltato un incontro. Bisogna inoltre dire che anche le rare volte in cui un paziente ha lasciato il gruppo durante un incontro, allontanandosi spaventato, quasi sempre è ritornato la volta successiva; questo ha rassicurato anche noi operatori sul fatto che il paziente avesse compreso l'utilità di questa terapia e l'importanza di esserci e di condividere uno spazio con gli altri. La mia personale esperienza all'interno del gruppo di musicoterapia è stata molto intensa: settimana dopo settimana, conoscendo sempre di più i pazienti a cui inevitabilmente mi avvicinavo, sentivo che quanto più qualcosa cambiava in loro tanto più dovevo fare i conti con le mie emozioni più profonde.

Inizialmente ci sono stati momenti in cui mi ritrovavo a osservare l'atteggiamento degli utenti, il loro corpo, il loro volto mentre ascoltavano la musica, mi chiedevo il perché non cantassero o non suonassero nessuno strumento, e a volte ero tentata di stimolarli eccessivamente.

Col passare del tempo invece ho capito che ciascun paziente aveva un proprio tempo, e un proprio ritmo da rispettare nel gruppo: c'era chi cantava a voce molto alta, chi muoveva delicatamente le labbra, chi suonava sempre lo stesso strumento, chi provava a fare cose sempre nuove, o chi semplicemente veniva tutte le settimane ma restava seduto in silenzio, in ascolto.

Il mio atteggiamento e quello degli altri operatori è stato di assoluto rispetto per le esigenze e i bisogni individuali di ciascun paziente, e penso che questa libertà abbia rassicurato molto gli utenti fino a spingerli pian piano a partecipare sempre più attivamente.

Il coinvolgimento sempre maggiore degli utenti al gruppo mi ha emozionato molto e durante le ultime settimane, dopo un anno di lavoro, mi sono commossa nel vedere alcuni di loro per me inizialmente "difficili" che cantavano e suonavano divertiti e gioiosi.

Era come se nel tempo avessero preso da noi operatori e dalla musica un po' di quell'entusiasmo e di quella leggerezza e li avessero fatti propri, e tutto questo si è percepito chiaramente negli ultimi tre incontri del gruppo prima di una festa che si è tenuta il 20 dicembre in occasione del Natale, festa a cui sono stati invitati tutti i pazienti del CSM, i loro familiari, gli utenti di altre strutture sanitarie di Padova e tutti gli operatori del settore.

In questi incontri i nostri pazienti si sono uniti con quelli del secondo gruppo di musicoterapia del CSM e con altri pazienti in una sorta di prova generale per la festa dal titolo "Una canzone con te", che aveva anche uno scopo benefico di raccolta fondi per un ospedale pediatrico, il Charitas Baby Hospital di Betlemme.

Durante questa giornata sono stati riproposti alcuni brani musicali che il gruppo aveva cantato nel corso dell'anno, insieme a canzoni tradizionali natalizie.

Quella del 20 dicembre è stata una giornata molto positiva, piena di emozioni e sentimenti: i pazienti erano felici di cantare e suonare davanti ai loro familiari, e non certo per esibire le proprie capacità canore o musicali, ma per gioire delle loro piccole e grandi conquiste emotive, e soprattutto per condividerle.

Per qualche ora non si è pensato a farmaci e cure, non eravamo operatori e utenti, ma solo persone che volevano star bene insieme e festeggiare il Natale.

Sono convinta che ogni paziente porterà con sé il ricordo della festa, degli applausi dopo ogni brano, dei tanti sorrisi che hanno illumina-

to quella mattina e ne faranno tesoro per aggiungere un altro pezzetto a quel loro mondo interiore emotivo che a fatica costruiscono e riconoscono.

Per qualcuno di loro, forse, quello è stato dopo lunghi anni finalmente di nuovo Natale...

LUCIO DIGIANANTONIO*

TU CHIAMALE SE VUOI EMOZIONI

Filo conduttore di queste mie esperienze lavorative e riflessioni è quello di vedere quanto l'esperienza del "sentire" accompagni i processi di crescita personale e professionale, favorisca la comunicazione interpersonale e la condivisione di vissuti emotivi e come possa, quindi, in determinate circostanze e adottando un rigoroso setting terapeutico, essere d'aiuto per superare disagi psichici e sociali.

Recentemente, a Firenze, ho partecipato a un incontro dal titolo "Nascere e crescere con la musica" in cui si sviluppava la riflessione sull'esistenza di un'eventuale eredità biologica musicale, e attraverso quali meccanismi la musica è utile alla crescita. I relatori basandosi su dati, scientificamente dimostrati, hanno argomentato che l'orecchio è fisiologicamente pronto intorno alla 24^a settimana della vita prenatale e che, pur non avendo ancora raggiunto la piena maturazione, sente e memorizza già a partire dagli ultimi mesi prima della nascita.

In seguito si è visto che la "musicalità" neonatale sembra possedere legami profondi con lo sviluppo linguistico, con la comunicazione intersensoriale di contenuti emotivi e con le ritualità che si instaurano nei primissimi rapporti sociali (anzitutto nei rapporti madre-bambino).

Ogni esperienza interpersonale e interattiva del bambino è caratte-

* Coordinatore infermieristico, Centro di Salute Mentale, 2° Servizio di Psichiatria.

rizzata da una struttura temporale dove le esperienze sensoriali motorie e affettive vengono organizzate per costruire delle immagini interiorizzate e delle rappresentazioni cognitive.

In alcuni riferimenti teorici del 1922 gli psichiatri Morgenthaler e Prinzhorn avevano individuato nel ritmo un principio regolatore delle funzioni psicologiche profonde che presiedono tanto alla formazione logica del pensiero quanto alla creazione artistica.

Il bambino nasce a causa di una relazione e cresce all'interno di relazioni ambientali, di ordine fisico e psicologico, la crescita poi avviene attraverso tappe critiche, attraverso salti e soste, con tipi di relazioni caratterizzate da continuità e discontinuità, separazione o individuazione, staticità e cambiamento.

L'esperienza della musica accompagna le vicende dello sviluppo: dagli aspetti sonori del rapporto madre-bambino dei primi tempi di vita, all'attivazione del piacere corporeo della prima infanzia, alle vicissitudini identificatorie/disidentificatorie dell'adolescente.

L'ascolto musicale sollecita la relazione di immersione fusionale con l'"oggetto", cioè con l'altro significativo diverso da sé e al medesimo tempo sollecita l'emergere dalla fusionalità e dunque la differenziazione.

La musica infatti, all'inizio della storia dell'uomo, nasce forse proprio come primo tentativo per cercare di esprimere i moti dell'animo che non hanno parole cioè il "dentro" e di tentare di imitare – per incontrare/conoscere/contenere – i suoni del "fuori".

Difficoltà di carattere psicologico, dai disturbi della personalità ai problemi affettivi, a turbe del pensiero e del comportamento, problematiche tutte che affondano le radici nelle distorsioni relazionali verificatesi durante lo sviluppo, possono trarre notevole vantaggio da tecniche psicoterapiche che si avvalgono della musica come elemento di mediazione.

Quindi la musica può esser utilizzata come mezzo terapeutico in diversi contesti (preventivo, riabilitativo e terapeutico) e in diversi modi nella relazione d'aiuto (musica *come* terapia e musica *in* tera-

pia), e integrandosi con altri tipi di risposte che potranno rivelarsi indispensabili.

All'inizio della mia carriera come infermiere ho lavorato in reparti internistici quali la medicina e la chirurgia poi il passaggio in psichiatria. In quei primi reparti internistici sapevo percepire i problemi dei pazienti perché le sintomatologie evidenti (una colica, un dolore articolare, la febbre ecc.) erano facilmente riferibili a un mio vissuto; successivamente nei primi anni di psichiatria mi era difficile capire cosa provavano dentro di loro le persone ricoverate in quanto la sintomatologia era più difficilmente decodificabile.

Questa necessità di un nuovo "sentire" maturata con l'esperienza e con una buona formazione (non solo farmacologica) mi ha permesso di sintonizzarmi sulla lunghezza d'onda della persona sofferente; infatti cercando di trovare la "giusta distanza" ho provato l'esperienza che se mi mettevo troppo vicino correvo il rischio di "contaggiarmi", mentre, al contrario, se troppo distante rischiavo di non sentire niente.

Il grande direttore d'orchestra Daniel Barenboim, nel suo ultimo libro: *La musica sveglia il tempo*, scrive che la "sensibilità musicale" potrebbe essere definita come un'inclinazione istintiva o intuitiva al suono come mezzo di espressione. Tutti sappiamo quanto sia necessario per ogni terapeuta saper "sentire" cioè avere una buona antenna che permetta di percepire e accogliere tutti i suoni, anche quelli che non si sentono, senza un giudizio a priori, e con accettazioni delle differenze.

Il suono stesso è, come il sintomo, un mezzo tramite il quale ci viene trasmesso il messaggio della musica e quindi della sofferenza.

Non dimenticherò la situazione in cui, durante il turno di notte, un paziente in crisi gridava forte il mio nome. Anche a casa il suo grido rimbombava nella mia testa, come certe musiche che una volta entrate non riesci facilmente a cacciar via. È in questo caso, come in altri, che la crisi acuta può portare a una forte regressione, da qui la necessità di farsi carico di questi aspetti con un "sintonizzazione

affettiva" simile all'ascolto materno attento, accogliente e caloroso con toni e sfumature inusuali nella vita da adulti.

Un altro ricordo è legato all'esperienza di una terapia di gruppo espressiva non verbale dove veniva utilizzato uno stimolo musicale, in cui osservavo che frequentemente alcuni pazienti uscivano per fumare: forse era una scusa in quanto lo stimolo creava loro qualche problema d'interferenza con le loro risonanze; altri invece se si lavorava in silenzio andavano in ansia, dato che la musicalità non è un fenomeno che abbia a che fare con il solo orecchio.

Nel setting di musicoterapia, la cui colonna sonora centrale è l'apertura del terapeuta a risuonare e sintonizzarsi, gli scambi musicali e sonori permetteranno ai pazienti di riconoscere le relazioni proprie e dell'altro, che potranno essere lentamente assorbiti e potranno portare a uno sviluppo del repertorio comunicativo e affettivo, e a una conseguente elaborazione delle proprie problematiche. Inoltre gli obiettivi e le osservazioni che ne ricaviamo sottolineano l'opportunità che nella musicoterapia di gruppo si possano aprire spazi di espressione individuale in cui aspetti regressivi diventino l'occasione per un'eventuale "rimodulazione" di forme patologiche e vissuti conflittuali.

Concludendo sono convinto che lo scopo della musica sia quello fatto per sentire e indurre un sentimento-emozione alle persone che hanno canali ostruiti e a volte calcificati da anni. Favorire così nel paziente l'acquisizione o il recupero di alcune funzioni agendo sia a livello cognitivo sia a livello affettivo-relazionale e promuovendo quindi nel paziente l'espressione e la conoscenza delle proprie emozioni.

Anche Lucio Battisti nella sua famosa canzone "Emozioni" ce lo trasmetteva cantando:

"nasce un sentimento, nasce in mezzo al pianto e s'innalza altissimo e va..."

GIOVANNI BANZATO*

RIFLESSIONI SU UN'ESPERIENZA DI MUSICOTERAPIA IN UN CENTRO DI SALUTE MENTALE

Gruppo nuovo

Spesso alla proposta di fare un qualcosa di nuovo ci si pongono le solite domande: cos'è, cosa si farà, sarò in grado di fare, come lavoreranno i miei colleghi... Queste domande mi hanno accompagnato nelle prime fasi di un'esperienza in un "nascente" gruppo di musicoterapia all'interno del Centro di Salute Mentale del 2° Servizio Psichiatrico di Padova. Nelle prime fasi del lavoro i sentimenti che maggiormente provavo erano di curiosità per il nuovo che stava nascendo e di timore di riuscire a mettermi in gioco in un'esperienza che presupponeva altre competenze.

Inizialmente si è fatto da "intermediario" tra il terapeuta inviante e il Gruppo di Musicoterapia (GMT), concordando con gli utenti inviati un colloquio di pre-inserimento con la psicologa del gruppo. Durante il colloquio si spiegavano all'utente (e un po' a noi stessi...) cos'è e come funziona il GMT e si raccoglievano le aspettative, le curiosità e le ansie.

Il giovedì, prima di ogni gruppo, rifacendosi ad altre esperienze fatte, si accoglievano gli utenti all'esterno della sala attività: era un primo spazio/momento per darsi il benvenuto, sondare un po' l'umore, capire com'era andata la settimana, fare qualche battuta distensiva se occorreva.

* Infermiere, Centro di Salute Mentale, 2° Servizio di Psichiatria Ulss 16 Padova.

Successivamente ci siamo ritrovati direttamente in sala, e quello che inizialmente si faceva all'esterno, si è riproposto all'interno: tra un'accordatura di chitarra e una sistemazione delle sedie, gli utenti prendono posto, generalmente sempre lo stesso, gli operatori cercano di sedersi accanto agli ultimi inseriti o che si sanno essere in difficoltà, c'è un primo contatto con gli strumenti, a volte si inizia a improvvisare...

Durante la settimana ci si mette in contatto telefonico con gli utenti che sono stati assenti al gruppo precedente, per conoscere il motivo dell'assenza e sostenerli nel caso si avverta in loro fatica nell'affrontare il gruppo successivo. Si comunicano inoltre al terapeuta inviante le notizie relative al percorso che stanno facendo i pazienti inviati, un lavoro di raccordo e recupero esterno al gruppo, di importanza fondamentale lavorando con patologie gravi; infatti proprio per la tipologia della malattia che porta alla disgregazione, i nostri utenti hanno la tendenza a "perdersi" durante il percorso.

All'interno del GMT non è stato facile trovare un proprio spazio. Anche se alla fine in un gruppo si è tutte persone che condividono uno stesso percorso, ovviamente con ruoli e funzioni diverse, per la musicoterapeuta, il tirocinante, il medico, l' "area di competenza e di movimento" sembrava più semplice da trovare, un po' meno per la psicologa, ma ancor meno per l'infermiere.

Uscire dal ruolo dell'infermiere comunemente riconosciuto come quello che fa le punture e "mettersi in gioco" contribuendo a creare quel clima facilitante l'espressione delle emozioni non è stato immediato. Una difficoltà stava nel trovare lo spazio adeguato per un intervento, dosato e calibrato a seconda della situazione, stimolando l'utente senza sembrare invadente ma propositivo. Un'altra difficoltà era la frustrazione di vedere a volte pochi pazienti presenti, e pensare di averli supportati inutilmente durante la settimana.

All'inizio il lavoro è stato improntato sull'osservazione dei singoli pazienti e del gruppo, suonando e cantando con tutti. È stato un periodo dedicato alla formazione e al consolidamento del gruppo.

Gradualmente poi c'è stata la possibilità di dare al gruppo un qualcosa in più, nel senso di comunicare anche le proprie emozioni, per facilitarne l'espressione di quelle degli altri. Ogni gruppo è un percorso a tappe cui si arriva gradualmente. Importante all'interno del gruppo è una buona intesa tra gli operatori, arrivare a capirsi con un cenno anche senza parlarsi, comunicarsi le problematiche con serenità. Inoltre importante è il ruolo del gruppo come contenitore delle angosce primarie, che i pazienti vi depositano. Il fatto che il gruppo consenta questo, deve dare poi loro la certezza che lo stesso le sappia contenere.

Punti di forza nel GMT

Come prima esperienza in un GMT non si possono che vedere gli effetti positivi di questa nuova attività. La musica facilita l'espressione e la comunicazione anche in quei pazienti che non sarebbero in grado di affrontare psicoterapie verbali di gruppo o individuali, perché troppo angoscienti o perché non in grado di reggere.

Rispetto a queste, l'attività di musicoterapia, appunto perché usa lo strumento "musica", crea un clima più rilassante e disteso, ma non per questo meno intenso, permettendo così ai pazienti una maggiore serenità nell'esprimere le proprie emozioni.

I momenti di verbalizzazione possono sembrare brevi, ma sono molto significativi; la presenza e co-conduzione nel gruppo dello psichiatra permette la contemporanea analisi del vissuto e restituzione ai pazienti.

Questa particolare terapia di gruppo con pazienti psicotici non sarebbe altrettanto efficace senza uno psichiatra all'interno, in quanto carente di una figura professionale fondamentale che completa e valorizza l'insieme.

Per la buona riuscita del gruppo è importante anche un buon lavoro d'équipe, nel pre e post-gruppo e durante la settimana per pensare e completare il lavoro; fondamentale lavorando con patologie gravi il lavoro esterno nel recupero degli agiti e per mantenere la coesio-

ne. Spesso il paziente deposita nel gruppo le sue angosce e se sente che questo non è abbastanza coeso e contenitivo, tende poi a disgregarsi. Importante quindi il supporto durante la settimana per sondare e intervenire nel caso captassimo criticità.

La figura dell'infermiere risulta altrettanto importante non solo all'interno del gruppo dove interagisce con gli operatori e pazienti, ma anche come "collante" esterno durante la settimana tra gli utenti, gli altri operatori e il gruppo stesso.

Punti di debolezza

La musicoterapia è un'opportunità terapeutica nuova per questo Centro di Salute Mentale. La letteratura in merito risulta ancora conosciuta da pochi e non divulgata sufficientemente. Anche esperienze terapeutiche simili fatte in altri centri andrebbero maggiormente divulgate. Non conoscendo a pieno l'attività, ci sono state carenze di invii da parte di alcune équipe. Inoltre impressioni scettiche di alcuni colleghi potrebbero far pensare a un bisogno maggiore di informazioni e di condivisione.

Penso ci vorrà ancora del tempo perché questa attività venga riconosciuta a pieno per i benefici terapeutici che può apportare ai nostri utenti.

Opportunità

La musicoterapia rappresenta una soluzione adottabile per quei pazienti che non sono in grado di affrontare terapie di gruppo di tipo verbale, perché lo strumento "musica" consente "un gioco" esponenziale con le emozioni, nel senso che permette di avvicinarsi, nascondersi, esporsi a secondo di come ci si sente. a un anno ci sono i primi riconoscimenti, anche se piccoli e alcuni indiretti, all'interno di alcune équipe; interessante la buona partecipazione di operatori alla festa "Una canzone con te" di fine anno e il saluto fatto a una persona prossima alla pensione con un carosello spontaneo di canzoni.

Rischi

Come per tutte le terapie di gruppo esiste il rischio di un eccessivo carico di emozioni e una conseguente crisi. Fa comunque parte dei rischi della cura, se si vuole proporre e tentare un cambiamento nei nostri utenti. In questi percorsi il paziente deve essere monitorato maggiormente dal proprio curante visti gli aspetti emotivi che possono essere mossi. Di qui l'importanza di una comunicazione sempre migliore tra operatori del GMT ed équipe inviante e il lavoro fuori dal gruppo. Questo tipo di terapia è comunque possibile solo nelle istituzioni sufficientemente coese.

Abbiamo concluso la prima parte di questa attività di musicoterapia unificando i due gruppi negli ultimi tre incontri per preparare la festa di Natale "Una canzone con te". L'invito alla festa era rivolto ai familiari degli utenti e aperto a quegli utenti che avrebbero beneficiato di un momento di festa. Inoltre era aperto a tutti gli operatori che volevano approfittare del momento per scambiare gli auguri natalizi. Sono stati eseguiti dei brani natalizi e alcune canzoni scelte dal pubblico dal repertorio comune dei due gruppi.

Personalmente posso dire che è stata un'esperienza molto significativa. A livello organizzativo ci siamo divisi i vari compiti fra gli operatori dei due gruppi, il giorno della festa ci siamo resi disponibili dove necessitava, c'era chi cantava, chi suonava, chi tagliava il panettone, chi ha supportato un utente in difficoltà. Sono stato molto contento della partecipazione degli utenti e dei loro familiari. Anche gli operatori presenti esterni ai gruppi hanno dimostrato di gradire il momento. Nel complesso è stato un po' faticoso a seguire l'insieme, ma molto gratificante alla fine la frase di un operatore che ha detto "Ma che grinta, ragazzi!" che mi ha ripagato di tanto lavoro.

PAOLO TONO*

**CONSIDERAZIONI SU UN LAVORO
IN MUSICOTERAPIA****Perché un infermiere al Day Hospital Territoriale**

La musicoterapia assieme ad altre è una delle attività che vengono svolte presso il Day Hospital Territoriale (DHT). Quest'ultimo si trova ubicato all'interno del Centro di Salute Mentale.

Le principali funzioni dell'infermiere all'interno del DHT è quella di contribuire a costruire spazi di comunicazione liberi dai sintomi e ciò avviene sia nei momenti informali sia in quelli strutturati.

Spazi informali. C'è un accoglimento che viene fatto ogni mattina dalle 8:30 alle 9:00; in questa fase l'infermiere aiuta l'utente a creare un collegamento tra il dentro-DHT e fuori-mondo, inoltre percepisce il clima del gruppo e vi si connette co-costruendolo. Ciò gli permette di informare e di essere d'aiuto al terapeuta durante il pre-gruppo, nel pensare come strutturare e organizzare l'attività del giorno anche sul piano del contenuto.

Spazi strutturati. Coincidono con le varie attività che vengono svolte (psicoterapie di gruppo, arteterapia, psicomotricità, musicoterapia).

L'infermiere svolge la funzione di "io-ausiliario", cioè sostiene il paziente a esprimere il proprio mondo interno come lo vive e lo percepisce.

* Infermiere, Centro di Salute Mentale, 2° Servizio di Psichiatria Ulss 16 Padova.

L'esperienza in musicoterapia

Inizialmente non avevo chiaro cosa fosse la musicoterapia, ne avevo sentito parlare ma non avevo approfondito l'argomento. Sapevo che la musica di per sé è un veicolo di energia e risveglia le emozioni, perciò ho pensato che tutto ciò potesse essere un'opportunità anche per i nostri utenti. Ho iniziato con questa speranza ma anche con un po' di preoccupazione: "E se la musica fosse troppo stimolante per alcuni?".

In effetti nei primi incontri, l'attività ha creato situazioni pregne di emozioni diverse e con difficoltà siamo riuscite a gestirle.

All'inizio, ognuno prendeva uno strumento e senza sentire l'altro cominciava a suonare, altri creavano appositamente confusione. Con la musicoterapeuta abbiamo concordato che noi infermieri ci mettessimo vicino a quegli utenti con più in difficoltà, sollecitando e sostenendo quelle persone che si ritraevano e che intimorite, non partecipavano attivamente o partecipavano troppo.

Tutto questo ha premesso al gruppo di funzionare meglio e il ruolo dell'operatore si è progressivamente modificato, trasformandosi in una funzione di partecipazione attiva. È stato così, che lavorando tutti assieme, a poco a poco, noi infermieri ci siamo dimenticati delle diagnosi dei nostri utenti, costruendoci un'immagine diversa di ciascuna persona, rispetto a quelle che mantengono i nostri colleghi dell'ambulatorio, ancora fermi a rigide definizioni diagnostiche. Con alcune persone, grazie alla musica, siamo riusciti a entrare più in contatto, abbiamo scoperto la potenzialità inespresa di alcuni nostri utenti.

Come Anna, sempre timida e ritirata, che dopo un po' di tempo è riuscita a proporre al gruppo la scelta delle sue canzoni preferite.

A questo proposito colpisce come certi brani scelti dagli utenti, possano essere letti come metafore delle relazioni che gli stessi ritengono di avere con gli operatori.

Rosa riferisce che quando torna a casa, fino a sera si sente più tranquilla e rilassata e ha voglia di accendere il suo stereo, che da trop-

po tempo è muto. Stefano è riuscito a riprendere la chitarra dopo tanto tempo e, stimolato dalla terapeuta, la accompagna durante l'attività.

Certe volte, quando l'attività è finita, i ragazzi si ritrovano in una stanza del DHT per ascoltare cd e scambiarsi opinioni.

Durante il periodo estivo quando la musicoterapeuta è stata assente per alcune settimane, noi infermieri assieme agli psicologi specializzandi abbiamo continuato il lavoro riproponendo vecchie canzoni e altre di nuove. Non ci sono state defezioni, e gli utenti ci aiutavano a disporre la stanza per l'attività, c'era un bel clima di partecipazione. Ora le vacanze sono finite e siamo tornati al completo ed è bello vedere come i vecchi utenti illustrino questa attività ai nuovi arrivati ed è la prova di quanto questa attività sia stata sentita e apprezzata dal gruppo.

Con l'avvicinarsi del Natale, al gruppo di utenti che segue la musicoterapia è stato proposto di scegliere alcune canzoni eseguite durante l'anno e altre di genere natalizio. Abbiamo provato per alcune settimane e alla fine abbiamo organizzato una festa aperta anche ai familiari e a tutti gli operatori dell'ospedale. Si è creato un bel clima, grazie anche agli studenti della scuola di musicoterapia che ci hanno accompagnato con le canzoni. I familiari sono stati piacevolmente sorpresi da questa iniziativa e hanno voluto saperne di più su cosa consiste l'attività di musicoterapia.

È anche grazie a queste attività che i preconcetti legati al mondo psichiatrico possono essere superati.

Ripensando ora con più tranquillità, e a un anno dall'inizio di questa esperienza, ci ritornano le note dei molti motivi percorsi assieme. Ci accorgiamo ora, quanto il percorso sia stato articolato, ricco e complesso, sia da un punto di vista tecnico che emozionale.

Siamo partiti da sensazioni di smarrimento e paura iniziali ai momenti attuali di maggiore tranquillità sia nelle competenze tecniche che come accesso alle parti emotive.

Tanti titoli di canzoni cantate, vissute, pensate, succedute di volta in

volta quasi a creare un percorso di crescita. Ci sembra anche significativo che dovendo individuare un paio di canzoni tra molte, ci affiorano alla mente due brani: *“Il leone si è addormentato”* e *“Vivo per lei”*. Per il primo brano rimando la riflessione all’interno di un’altra relazione; mentre per il secondo la frase del testo che più mi ha colpito è *“Attraverso un pianoforte la morte è lontana”*. Il pianoforte come molti altri strumenti musicali, produce una varietà di note che, appositamente combinate, creano una melodia, una sorta di comunicazione che oltrepassa la parola, un linguaggio “non scritto” che sconfina il reale e trasmettere messaggi che giungono a far vibrare sentimenti ed emozioni. Così se trasportiamo questa metafora del percepire la melodia come artefice dell’evasione dal reale, anche nel quotidiano, ci accorgeremo della bellezza nell’assaporare la vita quotidiana, nel vivere appieno le nostre emozioni e cullare i nostri sentimenti, al punto che la morte sembra essere più lontana.

Queste due canzoni sembrano rappresentare i due assi principali del nostro lavoro svolto, in cui abbiamo dato spazio alle parti più primitive, nascoste più misteriose e lese del mondo emotivo, fino quasi a incontrare il nostro “piccolo leone” (per il testo si rimanda all’intervento di Manuela Guadagnini) ora forse più mansueto più acquietato probabilmente perché ora è stato più ascoltato e accudito e da qui forse l’opportunità di liberare le componenti più creative, più affettive molto spesso nascoste o non accessibili fino al punto di identificare l’affettività con la musica stessa, quasi verso un nuovo senso di esistere.

CUCCATO SILVIA *

LA MUSICOTERAPIA NELLA CURA E NELLA RIABILITAZIONE DELLE DISABILITÀ PSICHICHE GRAVI

Presentazione

Nel presente lavoro viene proposta una sintesi concettuale della letteratura sulla musicoterapia, anche in riferimento alle disabilità psichiche gravi, e viene brevemente descritta l’esperienza di musicoterapia fatta, durante il tirocinio pre-laurea del Corso di Laurea in Psicologia, presso il “Centro per Disabili Psichici Gravi”, afferente all’Unità Operativa Autonoma di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, struttura residenziale e semiresidenziale situata all’interno del Complesso Socio Sanitario di via dei Colli dell’Ulss 16 di Padova. Il Centro, che ha come obiettivo quello di curare e riabilitare pazienti affetti da gravi disturbi del funzionamento psicosociale, accoglie persone che fin dall’infanzia presentano quadri clinici di ritardo mentale grave, associato a comportamenti di tipo autistico e/o psicotico. Tali quadri clinici sono caratterizzati dalla presenza di importanti alterazioni qualitative nella sfera affettivo-relazionale e sociale e dalla presenza di stereotipie, rituali ossessivi e manierismi e di condotte di autoaggressività e di autolesionismo. Gli ospiti del Centro, che raramente e con difficoltà e in modo insolito o originale riescono a utilizzare e codificare il linguaggio verbale, nonostante questo, lasciano trasparire la ricerca di un contatto relazionale anche attraverso canali espressivi inusuali.

* Tirocinante U.O.A.N.P.A. ULSS 16 Padova.

Le attività del Centro mirano, oltre che al mantenimento delle capacità residue dei pazienti anche all'acquisizione di abilità e autonomie, nel rispetto della individualità e dell'unicità della persona. I programmi terapeutico-riabilitativi, proposti dall'équipe medico-psicologica, comprendono, tra le varie attività espressive, manuali e motorie, anche l'attività di musicoterapia.

Musicoterapia, musicoterapeuta, aree di intervento

Quando parliamo di musicoterapia la dizione "musica" rimanda a un insieme di materiali sonoro/musicali non usualmente compresi all'interno del concetto di "arte musicale" quali: suoni-rumori quotidiani, corporei, vocali, organizzati e non; infrasuoni e ultrasuoni, musica intesa in senso comune.

Nella selezione del materiale sonoro-musicale non si fa riferimento a presupposti estetici e/o culturali, ma a presupposti clinici e operativi. L'elemento sonoro-musicale può acquisire valenze musicoterapiche in due diversi ambiti: psicoterapico e riabilitativo. Nel primo, sia nell'approccio con soggetti particolarmente regrediti sia nell'approccio con soggetti non evoluti sul piano della relazione oggettuale (psicosi infantili e dell'età adulta, cerebropatie infantili), la musicoterapia rappresenta un canale di comunicazione extraverbale che favorisce l'espressività del paziente e il superamento di situazioni di isolamento. Così, pur sempre in ambito psicoterapico, con pazienti meno compromessi (psiconevrosi, disturbi della personalità), la musicoterapia può costituire uno strumento accogliente e contenitivo, favorendo l'emergere di emozioni e di vissuti soggettivi e ponendosi successivamente come strumento di cambiamento del mondo interno.

Nell'ambito riabilitativo la musicoterapia favorisce il cambiamento di comportamenti disfunzionali e il funzionamento psicosociale, stimola la crescita e lo sviluppo della persona, aprendo nuove vie di accesso alle proprie potenzialità e risorse interiori.

Le aree di intervento della musicoterapia sono molteplici, tra queste:

le attività di supporto agli anziani inseriti nelle strutture residenziali, quale aiuto e sostegno psicologico a un vissuto spesso di disagio per il paziente geriatrico; il trattamento della malattia dell'Alzheimer, patologia nella quale la musica diviene una "via" e una modalità di accesso e sostegno al "cuore" dei malati; il trattamento dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico, disturbo del comportamento nel quale la terapia musicale viene suggerita come supporto di un percorso psicoterapico; l'esperienza della gravidanza e del parto, esperienze nelle quali sono sempre più utilizzate le attività di tipo musicoterapico per indurre stati di rilassamento e di distensione muscolare.

Compito, obiettivo e funzione del Musicoterapeuta sono quelli di cogliere, attraverso l'uso del suono, quella tensione emotiva che nella persona non permette al corpo di integrarsi, realizzarsi, armonizzarsi con il Sé e con la realtà. La lettura del non-verbale è la lettura della corporeità, per cui il musicoterapeuta nelle varie situazioni sa riconoscere le varie posture, le tensioni muscolari, il tipo di respirazione e l'intenzionalità dell'altro. Il musicoterapeuta può parlare o non parlare, ciò che conta è la musicalità della voce, anche in situazioni di rifiuto o di apparente indifferenza, perché anche in tali situazioni egli riesce a cogliere il valore relazionale di tale atteggiamento, interpretando il rifiuto come un gesto comunicativo.

Il musicoterapeuta, attraverso i giochi musicali e altre modalità d'intervento, dà voce alla musicalità del paziente facilitandone l'espressione e stimolandone la relazionalità intra e inter personale, permettendo così lo svelarsi e lo strutturarsi di contenuti psichici.

Musicoterapia e disabilità psichiche

La terapia musicale, pensata prevalentemente come "disciplina paramedica", agisce essenzialmente come tecnica psicologica. Il suo apporto terapeutico risiede nella modificazione di stati emotivi e di atteggiamenti, con l'obiettivo di arrivare a una trasformazione dello stato patologico, somatico o psichico, da cui è affetto l'indivi-

duo. Per questo la musica si caratterizza come strumento di mediazione di eccellenza, in cui l'esperienza diretta, le analogie e il simbolismo consentono al soggetto di rappresentare la realtà in modo soggettivo e interpersonale.

Howard Gardner (1987) parla di competenza musicale come di una forma autonoma di intelligenza, e sorprende come si abbia, per esempio nelle psicosi, una costante e concomitante attitudine musicale, tendenza spesso presente anche in soggetti idrocefali e in vari tipi di cerebrolesioni. "Fare musica" diviene anzitutto comporre suoni, anzi fare rumore, dare ritmo, tono e timbro, perché la musica, come dice Strawinsky, è "intelligenza spaziale prima ancora che temporale".

Il contesto umano è sonoro fin dall'inizio della vita, non esistendo il silenzio assoluto. Negli scritti di Benenzon (1994) si ha modo di cogliere come si riesca a comunicare con un paziente autistico, comunicazione che va al di là del significato della parola. Grazie alla musicalità espressiva della voce, al ritmo della musica, ai gesti e al movimento, all'energia sonora, viene evocato un potere emozionale in grado perfino di risvegliare dal coma e riattivare nell'area cerebrale talamica attività assopite.

L'influenza della musica sulla sofferenza psichica ha sollecitato nel corso dei secoli diverse interpretazioni. Nel 1489 Ficino proponeva una teorizzazione vicina alle concezioni contemporanee; la musica è intesa come uno strumento di restaurazione spirituale, capace quasi concretamente di ricaricare lo "spiritus" degli intellettuali. In epoca più recente i teorici del trattamento morale attribuivano alla musica il potere di raggiungere l'anima (Starobinski, 1990).

La musica, con la sua capacità di amplificare, contenere e strutturare i contenuti interiori, rimuovendo le forze latenti potenzialmente distruttive (Volterra, 1994), ha sempre consolato l'animo umano, ma tale consolazione del patire, richiede però che il dolore psichico non raggiunga livelli tanto intensi da determinare una radicale chiusura al mondo e una incapacità a investire su di esso. Si evidenzia allora

come la potenzialità terapeutica non sia insita nella musica, ma come siano la relazione fra soggetto e musica e il gioco identificatorio fra parti e istanze del soggetto e parti e istanze musicali ad acquisire valore terapeutico.

La musica, oltre a dare voce all'interiorità, costituisce un linguaggio simbolico connesso con le fasi più arcaiche dell'esistenza, una sorta di oggetto transizionale che accompagna la persona nel processo di crescita e che consente al soggetto di seguire le proprie pulsioni ma anche di rappresentarle e di attribuire loro dei significati: il linguaggio musicale avrebbe quindi come un "effetto riparatore", consentendo al paziente di rivivere le fasi della percezione delle sonorità che sono state all'origine dell'acquisizione del linguaggio simbolico. Inoltre lo studio degli aspetti neurologici legati all'esperienza musicale, sia attiva sia recettiva, costituisce da tempo un fecondo terreno di ricerca e trova d'accordo numerosi autori sul fatto che l'esperienza musicale agisca a livello del sistema nervoso centrale stimolando varie strutture corticali.

È possibile, quindi, trarre una serie di considerazioni che riflettono i benefici prodotti dall'intervento musicoterapico e che mettono in evidenza la validità della sua associazione alle fondamentali terapie farmacologiche e riabilitative.

L'ascolto musicale di per sé potrebbe non essere considerato una tecnica musicoterapeutica, lo può divenire se entra a fare parte di un "gioco" metodologico più articolato, in quanto si va a utilizzare il "potenziale terapeutico intrinseco" della capacità associativa del paziente, sollecitando un ascolto musicale attivo. L'uso del linguaggio sonoro in un contesto musicoterapeutico acquista una valenza strettamente comunicativa. L'elaborazione di un progetto musicoterapico, rivolto ai soggetti affetti da deficit psicofisici e finalizzato alla prevenzione e all'integrazione, deve dunque attenersi ad alcuni criteri metodologici.

I pazienti, in cui il danno cerebrale ha comportato handicap gravi o gravissimi sul piano della sensorialità e/o della motricità e che non

utilizzano il linguaggio verbale, sono spesso "chiusi" nei confronti del mondo esterno. Essi sono incapaci di instaurare relazioni con adulti o altri bambini, a meno che la ripetizione, la stereotipia o al contrario il disordine, la risposta casuale, l'aggressione e il rifiuto improvviso non diventino modalità tipiche di rapporto. Tuttavia aumenta sempre più la convinzione che anche con questi soggetti non sia impossibile entrare in sintonia e trovare un canale di comunicazione, avviando così una "relazione felice", una situazione relazionale in cui la comunicazione è caratterizzata da emozioni positive, da fluidità, rispondenza, ordine, organizzazione, piuttosto che da interruzioni, turbolenze e disordine.

La musicoterapia si è rivelata un mezzo terapeutico appropriato al trattamento di vari quadri psicopatologici, tra cui anche le psicosi, dimostrando la presenza nei pazienti affetti da psicosi di una caratteristica comune, quella di reagire alla musica (autori vari).

Ogni suono è ciò che l'ascoltatore ne trae, una sensazione gradevole o sgradevole e che può evocare ricordi o associazioni piacevoli attraverso l'altezza, il colore, l'intensità, o la durata del suono. Non sempre sappiamo che cosa provochi le reazioni a uno stimolo uditivo, tuttavia si tratta sempre di reazioni spesso imprevedibili; in cui qualche volta la musica stessa è il fattore principale, mentre altre volte diventa un fattore secondario. Un ruolo fondamentale nello stabilire una relazione musicale tra il mondo interiore e la realtà che lo circonda, lo svolge il processo dell'ascolto. I soggetti, che presentano una grave compromissione nella sfera affettivo-relazionale, vengono coinvolti, attraverso una adeguata comunicazione di tipo mimico-gestuale, in un processo identificatorio con il suono, in cui il ritmo e la melodia svolgono una funzione transizionale tra mondo interno ed esterno, ripristinando la condizione omeostatica alterata dalla psicosi e sviluppando le abilità necessarie per un progressivo miglioramento nel rapporto interpersonale. Gregory Bateson (1977) sostiene che l'individuo organizza le proprie esperienze interne ed esterne tramite le relazioni, comunicando attraverso l'uso di segna-

li cinetici e paralinguistici, quali le movenze del corpo, la tensione involontaria di muscoli volontari, il cambiamento d'espressione facciale, la modulazione della voce, l'irregolarità del respiro, le esitazioni o variazioni nei movimenti o nel discorso. L'interazione è un gioco di relazioni e di interpretazioni.

Nel dialogo sonoro due o più persone comunicano tra di loro attraverso i suoni prodotti con il proprio corpo, con la voce, con strumenti musicali o con oggetti qualsiasi e attraverso l'improvvisazione e l'ascolto reciproci. I principi fondamentali su cui si basa questo sistema sono: l'osservazione, l'ascolto empatico-facilitazione e il rispecchiamento, in cui il musicoterapeuta è totalmente coinvolto come persona, consciamente e inconsciamente.

L'esperienza di musicoterapia con i pazienti del Centro Disabili Psichici Gravi

La compromissione funzionale dei pazienti del Centro Disabili Psichici riguarda in particolare l'aspetto socio-relazionale, per cui, essendo mal tollerato il contatto umano, il coinvolgimento del paziente viene mediato dall'utilizzo di mezzi indiretti, come le attività ritmiche e le stimolazioni piacevoli prodotte dalle varie situazioni musicali, che inducono all'uso progressivo della comunicazione analogica, cinetica e paralinguistica. La musica diviene così mezzo di comunicazione anche laddove le parole divengono inaccessibili, essendo in grado di evocare sensazioni e stati d'animo tali da far scattare meccanismi inconsci che aiutano a rafforzare l'io. Il dialogo sonoro diviene catalizzatore sociale per contrastare l'isolamento dei pazienti autistici, presentandosi come un efficace stimolo multisensoriale. La "mediazione sonoro-musicale" sollecita lo stato affettivo e pulsionale, stimolando e creando condizioni nuove dal punto di vista cognitivo, emotivo e relazionale e favorendo la connessione e l'espressività sociale.

Il programma di musicoterapia con i pazienti autistici si propone di migliorare l'efficacia delle terapie mediche tradizionali, attraverso la

stimolazione delle capacità residue, offerta dalla relazione con la musica e con il "suono".

L'attività di musicoterapia è stata rivolta agli ospiti nel Centro Diurno e Residenziale per Disabili Psicici Gravi con incontri individuali a cadenza settimanale, nell'ambito di un piano educativo individualizzato e di un programma articolato di attività terapeutico riabilitative, elaborato dall'équipe medico-psicologica. Gli incontri, della durata di mezz'ora per ciascun paziente, erano caratterizzati da una "modalità musicale" diversa e caratteristica in base alla specificità della psicopatologia del paziente considerato. Al termine di ogni seduta veniva poi compilata una griglia appositamente creata per l'osservazione e il monitoraggio dei molteplici indici e per valutare il tipo di risposte e di cambiamento. In questo modo è stata data a ogni paziente la possibilità di sviluppare il proprio Sé e di socializzare secondo le proprie potenzialità residue.

Tra gli obiettivi da raggiungere in questi incontri vi erano: il percepire se stessi e gli altri, l'attivare processi socio-comunicativi, il rilassare e lo stimolare, il gratificare la persona, facendole prendere coscienza delle proprie potenzialità psichiche e fisiche e favorendone l'autostima, il creare momenti di divertimento e di distacco dalle ordinarie attività per condividere un'esperienza di comunicazione felice. Ciascuna seduta ha previsto un'osservazione focalizzata sugli aspetti individuali stimolati, con particolare attenzione allo stato emotivo, alle interazioni con lo strumento e con l'operatore, oltre che sulle abilità stimolate. Gli incontri sono inoltre stati documentati da report settimanali stilati in sinergia tra il musicoterapeuta e l'équipe del Centro. Le videoregistrazioni e le fotografie hanno permesso un ulteriore approfondimento del percorso terapeutico, consentendo di coglierne le modificazioni nel tempo con maggiore accuratezza.

Durante l'attività di tirocinio presso il C.D.R.D.P.G. ho seguito sei ragazzi nelle sedute di musicoterapia dal mese di gennaio al mese di maggio 2005, partecipando all'osservazione e alla valutazione del

"dialogo sonoro" fra il paziente e il musicoterapeuta. L'attività strutturata si è dimostrata un valido supporto riabilitativo ed educativo, offrendo ai pazienti, che presentavano un ritiro emozionale e sociale particolarmente pronunciato, un valido spazio relazionale. Il programma di attività ha cercato di rispondere in maniera adeguata alle capacità e alle potenzialità di ciascun paziente, personalizzando il protocollo d'intervento mediante la stimolazione di diversi aspetti: quello motorio, nell'utilizzo di uno strumento o nell'acquisizione di abilità come la capacità di riconoscere il ritmo; quello cognitivo, attraverso azioni che sollecitano l'uso di componenti della memoria a breve e lungo termine o che richiedono coordinazione motoria. L'attività di musicoterapia, svolta in maniera continuativa e costante, ha permesso di cogliere sostanziali ed evidenti modificazioni, nel senso di un miglioramento, sul piano psicologico-comportamentale.

Conclusioni

L'analisi dei pazienti del C.D.R.D.P.G. che hanno partecipato all'attività di musicoterapia ne ha dimostrato l'importanza da un punto di vista terapeutico e riabilitativo. Si è potuto inoltre constatare un effettivo miglioramento nello stato di attenzione generale e di partecipazione attiva alla vita del Centro. In particolare la co-terapia con la musica, l'utilizzo di strumenti musicali e il dialogo sonoro hanno dimostrato la loro utilità anche nella riduzione significativa della necessità di contenere il paziente, ricorrendo con minore frequenza alle terapie farmacologiche e ottenendo di conseguenza una maggiore partecipazione del paziente allo svolgimento di tutte le restanti attività riabilitative. L'esperienza di musicoterapia, nei pazienti che hanno partecipato e che presentavano un ritiro sociale ed emozionale molto pronunciato, ha avuto un apprezzabile effetto stimolante a livello affettivo ed emozionale. Questo dato è stato in particolare notato dagli operatori professionali del C.D.R.D.P.G., che hanno rilevato nei pazienti una modalità relazionale con il musicoterapeuta molto intensa e di tipo esclusivo.

L'attività, sostenuta dai pazienti in maniera costante, ha permesso loro una progressiva familiarizzazione con il musicoterapeuta, con lo stimolo sonoro, con gli strumenti musicali e con il tempo, apprendendo progressivamente a finalizzare le azioni e i gesti, modulando il comportamento in relazione alle indicazioni del musicoterapeuta.

Riferimenti bibliografici

Alvin J., *La terapia musicale per il ragazzo artistico*, Armando, Roma, 1981.

Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977.

Benenzon R., *La musicoterapia nella psicosi*, in G. Mutti (a cura di) *Musicoterapia realtà e futuro*, Atti del 5° Congresso Mondiale di Musicoterapia, Omega, Torino, 1985.

Benenzon R., Yepes A., *Musicoterapia en Psiquiatria*, Barry Buenos Aires, 1972.

Bowlby J., *A secure base: parent child attachment and health Human development*, Basic books, New York, 1988.

Brockiesby R., *Primo trattato della musicoterapia*, 1700. (Opera citata)

Ficino M., *Opera Omnia*, 2 voll., riproduzione in fototipia a cura di M. Sancipriano, Torino ed., 1959.

Gardner H., *Formae mentis*, Feltrinelli, Milano, 1987.

Manarolo G., *L'angelo della musica: Musicoterapia e disturbi psichici*, Omega, Torino, 1996.

Manarolo G. e Borghesi M., *Musica e terapia. Quaderni italiani di musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2004.

Scardovelli M., *Il dialogo sonoro*, Nuova Casa editrice Cappelli, Bologna, 1992.

Starobinski J., *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al '900*, Guerrini e associati, Milano, 1990.

Stravinskij I., *Contrappunto bestiale alla mente*. (Opera citata)

Stumpf C., *Geschichte des Konsonanzbegriffs*, Munich, 1987.

Volterra V., *Melanconia e Musica*, Il Cardo Coll Saggi, Venezia, 1995.