



*Marco*

*Qualcuno ha detto: 'Noi siamo le persone che abbiamo incontrato e che ci hanno lasciato qualcosa di buono'.*

*Grazie Marco per averci donato il tuo grande sapere con umiltà semplicità e passione e per tutto quello che abbiamo condiviso con te in questo meraviglioso treno della vita. Da questo treno tu sei sceso, lasciando un vuoto che a volte è difficile colmare, ma dal quale percepiamo ancora il tuo calore ed il tuo spirito.*

*Sicuri di rincontrarti, ti dedichiamo il nostro lavoro.*

*Buon viaggio Luce...*

**UNIVERSITE EUROPEENNE JEAN MONNET**

ASSOCIATION INTERNATIONALE SANS BUT LUCRATIV  
*Bruxelles – Belgique*

**COURSE DE**

**MUSICOTHERAPIE**

**Opportunità di Musicoterapia con pazienti  
psicotici in ambito istituzionale**

Osservazione attiva di un gruppo ambulatoriale nei suoi primi nove mesi  
di vita

**Relatore: Dott. Mario Degli Stefani**

**Correlatore: Manuela Guadagnini**

Mauro Bevilacqua  
n. matricola 1566

A. A. 2006/2007  
**triennio 2004/2007**

# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
<b>1. LA PATOLOGIA PSICOTICA E L'ISTITUZIONE PSICHIATRICA .....</b>	<b>3</b>
<b>2. LA PATOLOGIA PSICOTICA E LA MUSICOTERAPIA .....</b>	<b>9</b>
2.1 "IL MUSICISTA GUARITORE", CONSIDERAZIONI TRATTE DA "TERAPIA MUSICALE", JULIETTE ALVIN.....	9
2.2 "PECULIARITÀ DELLA MUSICOTERAPIA", CONSIDERAZIONI TRATTE DA "LA MUSICOTERAPIA", EDITH LECOURT .....	14
2.3 "IL GRUPPO E IL SONORO", CONSIDERAZIONI TRATTE DA "ANALISI DI GRUPPO E MUSICOTERAPIA", EDITH LECOURT .....	21
2.4 "MUSICA E SOFFERENZA PSICHICA", CONSIDERAZIONI TRATTE DA "L' ANGELO DELLA MUSICA", GERALDO MANAROLO.....	34
2.5 UN'ESPERIENZA DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE .....	39
<b>3. L'ESPERIENZA.....</b>	<b>45</b>
3.1 IL SETTING, L' ATTIVITÀ E LA CONDUZIONE.....	45
3.2 I PAZIENTI .....	51
3.3 IL DIARIO DI BORDO .....	55
3.4 IL VISSUTO EMOTIVO DELLO SCRIVENTE: UNA FORMA DI SETTING INTERNO. ....	80
<b>4. INTERVISTE E RESOCONTO.....</b>	<b>85</b>
4.1 INTERVISTA ALLO PSICHIATRA.....	86
4.2 INTERVISTA ALL' INFERMIERE .....	87
4.3 INTERVISTA ALLA PSICOLOGA.....	88
4.4 INTERVISTA ALLA MUSICOTERAPISTA .....	90
4.5 RESOCONTO DELL'ESPERIENZA.....	93
<b>CONCLUSIONE.....</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>101</b>

## INTRODUZIONE

Sono ormai molteplici le esperienze, in campo internazionale, che testimoniano l'uso della musicoterapia nel trattamento di patologie psichiatriche. La particolarità del presente lavoro sta nel descrivere ed analizzare un'attività di musicoterapia, dedicata ad un gruppo di pazienti psicotici seguiti presso un ambulatorio psichiatrico, con intenti terapeutici e non solo prettamente riabilitativi.

Gli utenti seguiti ambulatorialmente non sono ospedalizzati, si recano generalmente presso l'ambulatorio in modo autonomo (non si tratta di utenti residenziali) e si occupano personalmente della gestione della cura farmacologia.

Iniziare una qualsiasi attività terapeutica in questa situazione, a differenza di altre dove il contenimento è maggiore (si pensi per esempio al Day Hospital dove i pazienti vengono seguiti giornalmente per un periodo di tempo che può andare da un mese a sei mesi) significa assumersi una notevole responsabilità, anche in considerazione delle modalità di funzionamento tipiche del paziente psicotico.

Proporre un'attività terapeutica comporta necessariamente "l'avvicinarsi" ai "processi mentali" del paziente, nel tentativo di promuovere un cambiamento maturativo. Significa inoltre

indebolire temporaneamente alcune difese con il rischio di indurre i pazienti ad "agire emozioni non mentalizzabili".

La musicoterapia, come vedremo nel secondo capitolo, rappresenta un "linguaggio pre-verbale" che ben si adatta ad instaurare una relazione terapeutica con il paziente psicotico, affetto da disturbi psicopatologici risalenti alle fasi precoci dello sviluppo mentale. Rappresenta inoltre, con i suoi mediatori sonori e musicali, un facilitatore della coesione necessaria per il funzionamento terapeutico del gruppo.

A questo proposito è bene sottolineare che i pazienti partecipanti, non si conoscevano tra di loro.

E' inoltre importante considerare che la musicoterapia ha fatto il suo ingresso, in quest'istituzione psichiatrica, con l'esperienza qui descritta.

Vedremo come sia stato possibile l'incontro tra due discipline diverse quali la psichiatria e la musicoterapia, quale modalità terapeutica si sia originata e quale opportunità possa rappresentare nel trattamento con i pazienti psicotici.

# 1. LA PATOLOGIA PSICOTICA E L'ISTITUZIONE PSICHIATRICA

Nell'attuale concetto di "patologia psicotica", si raggruppano una serie di disturbi psichiatrici accomunati da una grave alterazione dell'equilibrio psichico con perdita di contatto con la realtà.

I principali sintomi psicotici sono:

- Disturbi di forma del pensiero: eccessiva o ridotta produzione ideativa;
- Disturbi di contenuto del pensiero: delirio;
- Disturbi senso-percettivi: allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili, cinestesiche.

Esistono inoltre una serie di sintomi definiti "negativi", in contrapposizione con i precedenti definiti "positivi", che caratterizzano lo stile relazionale della persona psicotica: affettività appiattita ed espressione delle emozioni ridotta, impoverimento del linguaggio e difficoltà nello svolgimento e mantenimento di attività finalizzate.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR) classifica la patologia psicotica nella sezione "Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici".

I disturbi inclusi in questa sezione comprendono:

- **Schizofrenia:** disturbo della durata di almeno 6 mesi con presenza, per almeno un mese, di sintomi della fase attiva (per es., deliri, allucinazioni, comportamento grossolanamente disorganizzato, sintomi negativi). Sottotipi: Paranoie, Disorganizzata, Catatonica, Indifferenziata e Residua.
- **Disturbo Schizofreniforme:** quadro sintomatologico equivalente a quello della Schizofrenia eccetto per la durata (inferiore). Assenza del deterioramento del funzionamento.
- **Disturbo Schizoaffettivo:** Questa diagnosi viene effettuata nei casi in cui il paziente mostri consecutivamente e simultaneamente i sintomi di un'alterazione dell'umore (es. crisi depressiva o maniacale) ed i sintomi della Schizofrenia.
- **Disturbo Delirante:** caratterizzato da almeno un mese di deliri non bizzarri e dall'assenza di altri sintomi della fase attiva della Schizofrenia.
- **Disturbo Psicotico Breve:** Disturbo psicotico che dura più di un giorno ma svanisce entro un mese.
- **Disturbo Psicotico Condiviso:** Il disturbo psicotico si dice



"condiviso" quando avviene ad una persona che e' influenzata da un'altra che ha un delirio di contenuto simile.

- **Disturbo dovuto ad una condizione medica generale:** caratterizzato da sintomi conseguenti ad una condizione medica generale
- **Disturbo psicotico indotto da sostanze:** caratterizzato da sintomi conseguenti all'assunzione di sostanze, farmaci, o all'esposizione a tossine
- **Disturbo psicotico non altrimenti specificato:** diagnosi utilizzata per classificare quadri psicotici che non soddisfano i precedenti criteri.

Le "nuove idee", etiche sociali e professionali riguardo alla "sofferenza psichica" e le nuove scoperte farmacologiche, permettono di considerare, oltre alla situazione clinica, la presa in carico delle persone affette da psicosi in considerazione, anche, dei loro bisogni.

L'attuazione di tale presa in carico è resa possibile da un'organizzazione istituzionale a "rete" composta da varie strutture quali: servizi di diagnosi e cura, centri di salute mentale, pronto soccorso psichiatrici, servizi di Day Hospital, etc.

Questa "rete" prevede la possibilità di collaborazione tra le varie strutture e tra gli operatori che ne fanno parte.

E' possibile in questo modo occuparsi del paziente "sul territorio" entrando in contatto con diversi contesti quali quello lavorativo e quello familiare.

Per quanto riguarda l'attuale metodologia nell'affrontare la cura della patologia psicotica ci si avvale di interventi sia farmacologici, sia assistenziali, sia psicoterapeutici, in un'ottica di "integrazione funzionale".

Nel campo della psicoterapia con pazienti psicotici le indicazioni terapeutiche tengono conto delle esperienze cliniche di svariati esperti e professionisti.

L'ormai remota convinzione dell'incurabilità della sofferenza psichica è stata sostituita da una maggior consapevolezza delle potenzialità insite nelle relazioni umane.

E' convinzione di molti autori che a fianco di competenze scientifiche e di tecniche sia necessaria nel trattamento degli stati psicotici, una profonda conoscenza dei bisogni di queste persone.

E' possibile, per esempio, parlare di "giusta distanza emotiva"<sup>1</sup> del terapeuta, che riesce a rispettare il desiderio contrastante della persona psicotica di essere contemporaneamente in completa simbiosi e dotato di assoluta autosufficienza.

---

<sup>1</sup> G.C. Zapparoli, *La psicosi e il segreto*

Nella prima fase della psicoterapia è necessario, a parere di questo autore, che il terapeuta assuma ed accetti una condizione di "non efficienza terapeutica" per permettere al paziente di utilizzarlo come un "oggetto inanimato"<sup>2</sup>.

Questa condizione permetterà al paziente psicotico di "sentire" il terapeuta come non pericoloso ed invasivo, e al terapeuta, in un secondo momento, di "avvicinarsi" alla "realtà" del paziente.

Le varie scuole di pensiero psichiatriche fanno risalire le cause della patologia a fattori genetici, psicologici e sociali.

La psichiatria psicodinamica indica nell'immatura strutturazione del sé di queste persone, rimaste ad una fase simbiotica delle relazioni, il deficit principale del paziente psicotico. Il neonato, per sue difficoltà, per quelle della madre, o per entrambe le situazioni, non usufruisce di quel "servizio di contenimento-metabolizzazione-restituzione" dei propri sentimenti negativi, necessario al superamento della fase fusionale. L'utilizzo che lo psicotico fa del linguaggio, con valore più espressivo che comunicativo<sup>3</sup>, viene spiegato con il fatto che le sue funzioni psichiche rimangono "bloccate" a questa fase di "comunicazione non-verbale".

---

<sup>2</sup> G.C. Zapparoli, *La psicosi e il segreto*

Il funzionamento della persona adulta sarà influenzato da quest'immaturità e sarà caratterizzato da un'espressione diretta delle pulsioni attraverso "l'azione", anziché attraverso la mentalizzazione.

Le attività dedicate alla cura del paziente psicotico prendono in considerazione i sentimenti che il suo funzionamento genera sia negli operatori sia nelle istituzioni. Gli stessi sintomi vengono considerati come l'unica soluzione che lo psicotico riesce ad adottare per mantenere il suo "equilibrio". Non solo è fatta attenzione a quelle "parti sane" della persona, che possono essere stimulate e riabilite, ma si considera anche la "creatività" che lo psicotico dimostra nelle sue produzioni deliranti. L'aggressività, la particolare atmosfera emotiva creata dalla "segretezza"<sup>4</sup> del pensiero psicotico, la caratteristica tendenza a opporre "resistenze" ai tentativi terapeutici, non sono più esclusivamente inserite in quegli atteggiamenti che la cura può modificare ma sono considerati punti sui quali poter fondare l'intervento terapeutico. Il costante lavoro d'equipe e di supervisione permette agli operatori di affrontare le difficoltà che nascono nel contatto con il mondo psicotico e i sentimenti di paura, noia e rabbia che suscita il lavoro con lo psicotico caratterizzato dall'alternanza di fasi di illusione-disillusione.

---

<sup>3</sup> J. Bergeret, *Psicologia Patologica*

## 2. LA PATOLOGIA PSICOTICA E LA MUSICOTERAPIA

In questo capitolo sono esposte, sinteticamente e per passaggi fondamentali, alcune teorie e pratiche di musicoterapia, e la loro specifica applicazione in ambito psichiatrico, attinte dalla letteratura italiana e internazionale.

### *2.1 “Il musicista guaritore”, considerazioni tratte da “Terapia Musicale”, Juliette Alvin*

Nel suo libro “Terapia Musicale”, Juliette Alvin dimostra come la musicoterapia sia una disciplina cresciuta e sviluppatasi assieme all’essere umano.

In quest’opera, scritta alla fine degl’anni sessanta, il musicoterapeuta moderno è considerato come il diretto discendente dei *musicisti guaritori*, coloro che, grazie a bravura, abilità e conoscenze, erano in grado di sfruttare i mezzi musicali, reperibili nel loro tempo, per scopi terapeutici.

Nonostante Alvin sottolinei l’importanza del rapporto tra terapeuta e paziente, e le potenzialità dinamiche insite nei gruppi, è evidente come la musica sia nella sua concezione il “fattore terapeutico attivo”.

---

<sup>4</sup> G.C. Zapparoli, *La psicosi e il segreto*

Il musicoterapeuta, in quest'ottica, è la persona in grado di gestire il fenomeno musicale e di soddisfare, tramite la musica, proprio quell'esigenza creativa delle persone "che spesso rimane frustrata". Così l'attività musicale può divenire momento di forte aggregazione, mezzo in grado di evocare stati d'animo, struttura educativa e edificante.

Nei trattamenti delle malattie mentali, si parla di ricreazione (nel senso di piacere momentaneo che non implica sforzi) e della possibilità di promuovere un passaggio graduale da questa ad una terapia.

"Questo avviene quando la musica diventa un mezzo di espressione di sé, viene applicata al controllo del comportamento e porta alla conoscenza di sé e degli altri"<sup>5</sup>.

Il "gruppo musicale" è qui descritto come un'entità che induce negli individui tolleranza verso atteggiamenti inadeguati (quali l'imprevedibilità e la bassa abilità musicale), ma, che non accetta gli elementi disgreganti e può combatterli per assicurarsi la sopravvivenza del gruppo stesso.

L'entità "gruppo musicale" esige il rispetto delle "regole musicali".

Il comportamento musicale può essere utilizzato dal terapeuta per indagare sulla personalità e sulle problematiche dei pazienti; egli può inoltre sfruttare lo "stato d'animo del gruppo" per mettersi in

---

<sup>5</sup> J.Alvin, *Terapia musicale*, pp.109

comunicazione con esso, per esempio improvvisando spontaneamente al pianoforte una musica che riflette questo stato. Viene anche descritta un'attività<sup>6</sup> che "DA' il LA" alla collaborazione tra musicoterapeuta e psichiatra.

Qui la musica diventa mezzo di proiezione poiché favorisce, grazie agli stati d'animo creati, una maggiore disposizione nei pazienti a rivelare, da un lato, problemi, paure, inibizioni, e, dall'altro, a descrivere le emozioni, le sensazioni e le immagini che la musica ha evocato in loro.

Inoltre, durante le discussioni sulla musica, può essere coinvolto il compositore, la sua vita nei suoi aspetti emotivi, sessuali, morali, e le problematiche che ha dovuto affrontare.

"In tal modo la musica e le sue varie sfaccettature può aiutare a fare emergere del materiale rimosso che poi viene apertamente discusso e interpretato dallo psicoterapista"<sup>7</sup>.

Nella psicoterapia la musica favorisce l'abbandono delle difese da parte di quei pazienti che si sono costruiti un mondo irrealistico interno e, grazie alle "profondità emotive" che essa raggiunge, può dare a queste persone la possibilità di riconoscersi per poi trasferire i vissuti nell'esperienza musicale.

---

<sup>6</sup> J.Alvin, *Terapia musicale*, pp.119

La musica può influenzare le risorse fisiche, intellettuali ed emotive alle quali il paziente deve attingere per ristabilirsi: il musicoterapeuta moderno deve sfruttare questa possibilità sotto la guida e il consiglio del medico, all'interno di un gruppo terapeutico. L'autrice in questione rileva come non sempre la musica sia indicata per la cura delle persone, soprattutto in ambito psichiatrico.

Nel testo sono riportati alcuni esempi significativi:

- Un paziente con sindrome maniaco-depressiva che suonava il violino prima dell'esordio della malattia. Quest'attività è vissuta dal paziente come causa dei suoi problemi.
- Un paziente, ex ottimo pianista, con forte stato d'ansia. La conseguente tensione muscolare gli impedisce di suonare e peggiora se tenta di farlo.
- Una paziente schizofrenica che vive la musica come "troppo piena" di associazioni e quindi insopportabile.
- Un paziente psicopatico al quale l'ascolto della musica induce un'eccessiva perdita di controllo con conseguenti scariche di aggressività.

---

<sup>7</sup> J.Alvin, *Terapia musicale*, pp.120



“Gli effetti benefici della musica, spesso, dipendono dal posto che ha occupato nella vita del paziente, dalle associazioni cui è collegata, che a volte è opportuno risvegliare, a volte, invece, lasciare sopite”<sup>8</sup>.

L'autrice rileva nell'ultima parte del testo come la musicoterapia moderna sia una disciplina giovane, complementare a quella medica, e che gli sforzi di coloro che se ne occupano debbano indirizzarsi verso una maggiore comprensione di tutti i fattori che la caratterizzano.

Considerando la molteplicità di questi fattori (psicologici, culturali, fisici, etc.), la loro continua interazione, e la difficoltà, al momento dell'opera, di poterli controllare, la musicoterapia viene considerata dall'autrice un'arte, più che una scienza.

Nel prossimo paragrafo vedremo come, negli anni successivi, sia stato fatto lo sforzo di definire la specificità della pratica musicoterapica, in previsione di una maggiore scientificità.

---

<sup>8</sup> J.Alvin, *Terapia musicale*, pp.121

## 2.2 "Peculiarità della musicoterapia", considerazioni tratte da "La Musicoterapia", Edith Lecourt

In quest'opera, scritta alla fine degli anni ottanta, e dedicata principalmente alle pratiche musicoterapiche esistenti in Francia, l'autrice cerca di colmare quel vuoto teorico esistente tra i due filoni presenti in quegli anni:

- Quelli derivati dal polo musicale: MUSICOterapia
- Quelli derivati dal polo terapeutico: musicoterAPIA.

L'autrice considera la musicoterapia una psicoterapia che impiega il suono o la musica come mezzo d'espressione, di comunicazione, di strutturazione e di analisi della relazione.

La musicoterapia condivide, infatti, i punti comuni di ogni psicoterapia quali la presenza di un terapeuta e di un paziente, un luogo d'incontro, una relazione, la remunerazione del terapeuta, un metodo ed una teoria, ed "aspetti connessi allo sviluppo di movimenti transferali e controtransferali"<sup>9</sup>.

L'autrice assegna alla musicoterapia, come specifico ambito d'intervento, non quello dell'area dei conflitti, ma quello più arcaico e precoce relativo alla strutturazione del sé.

Le prime percezioni del Sé, nel bambino, si sviluppano grazie all'interazione con la madre.

---

<sup>9</sup> E. Lecourt, *La musicoterapia*, pp.27

Questa relazione, come la musicoterapia, fa del suono e della "musica", un mediatore privilegiato.

La musica e il suono non sono terapeutici di per se stessi, ma, poiché "oggetti di relazione", lo diventano grazie alle tecniche musicoterapiche.

Per delineare la specificità della musicoterapia, l'autrice analizza le tecniche più utilizzate nel periodo dell'opera e ne ricava delle riflessioni in merito a modalità d'intervento e relazione terapeutica.

Le principali modalità d'intervento indicate sono:

- Selezione di brani da proporre, ascolto musicale e verbalizzazione.

Il musicoterapeuta ed il paziente vivono una co-presenza in un ambiente emozionale comune rappresentato dalla musica.

La qualità della relazione che si instaura durante l'ascolto, l'analisi percettiva e strutturale delle musiche scelte, i vissuti propri e del paziente possono essere sfruttati dal musicoterapeuta per raggiungere gli obiettivi terapeutici (per esempio nel trattamento delle sindromi depressive dove l'ascolto musicale viene utilizzato, in una prima fase come "nutrimento" ed esperienza fusionale, e in una seconda come stimolo alla relazione dove il ruolo della musica diventa intermediario).

- Partecipazione alla produzione sonora e/o musicale.

Il musicoterapeuta può scegliere, secondo gli obiettivi terapeutici preposti, di svolgere una funzione di sostegno, di promuovere un incontro sonoro-musicale, oppure di effettuare delle interpretazioni sonoro-musicali.

Nel primo caso, attraverso l'accompagnamento ritmico e/o la ricerca dell'equilibrio timbrico-dinamico, può essere promossa l'espressività e lo svolgimento del processo terapeutico.

Nel secondo caso il terapeuta s'impegna a ricercare una relazione con il paziente attraverso la musica e il suono.

Nel terzo caso il terapeuta, ponendosi in disparte (evitando la partecipazione attiva), può effettuare un'interpretazione della situazione terapeutica comunicandola poi al paziente o al gruppo di pazienti tramite:

- Una modifica alla cornice dell'intervento (ad es. togliendo degli strumenti o modificando la disposizione dei pazienti rispetto ad essi)
- L'ascolto di un brano prodotto o riprodotto,
- Un'interpretazione musicale propriamente detta (creando cioè un'atmosfera musicale che rappresenti l'interpretazione stessa).

- Interventi di animazione e proposte di attività musicali

All'interno di una relazione precisa e rassicurante dove il terapeuta si pone come leader della seduta, vengono promossi il rinforzo delle funzioni egoiche, il rapporto con la realtà e lo sviluppo sociale.

- Registrazione e feed-back sonoro

Il musicoterapeuta propone l'ascolto delle interazioni sonoro-musicali (ad es. improvvisazioni di gruppo) preventivamente registrate tramite supporti magnetici (oppure digitali ora).

L'autrice rileva come certi vissuti sonori (ad es. caos e silenzio ritrovabili nelle improvvisazioni), per la scarsa capacità dell'organizzazione psichica di contenerli per poi mentalizzarli (caratteristica di alcune patologie), possano far rivivere sentimenti negativi quali l'angoscia.

Questa modalità d'intervento permette, di contenere fisicamente la produzione sonora, di riproporla, di promuovere quindi consapevolezza dei propri vissuti e delle dinamiche di gruppo ed infine di sostenere il processo di mentalizzazione.

L'autrice si occupa a questo punto della relazione terapeutica, considerando il suo lavoro, rispetto a questo ambito, come un'apertura verso una ricerca ancora poco sviluppata.

Uno degli obiettivi primari, nella relazione musicoterapica, è che il suono, la musica e gli strumenti musicali diventino l'effettivo terzo polo di questa.

Possono rimanere, come citato nella parte dedicata all'ascolto, solo dei mezzi per vivere esperienze fusionali.

"In numerosi casi il momento in cui la musica viene considerata dal paziente quasi un oggetto culturale costituisce, per lo meno, un primo risultato terapeutico"<sup>10</sup>.

La componente culturale della musica, in questi casi, evidenzia i progressi del paziente che si confronta con il terapeuta in un contesto sociale e all'interno di un codice comune.

La relazione tra paziente e terapeuta non è più congelata in una dimensione fusionale: "prende allora corpo la triangolazione della relazione che può essere elaborata con l'aiuto del terapeuta"<sup>11</sup>.

Nella relazione terapeuta-paziente, il materiale sonoro-musicale viene investito da entrambi di contenuti emotivi personali.

---

<sup>10</sup> E. Lecourt, *La musicoterapia*, pp.27

<sup>11</sup> E. Lecourt, *La musicoterapia*, pp.94

L'analisi attuata nel corso della terapia mette in evidenza come la musicoterapia venga scelta dai pazienti per ricercare un certo tipo di relazione, comunicazione, transfert, caratterizzati da un linguaggio non verbale.

L'autrice rileva tre possibili scenari che possono essere all'origine di questa scelta:

- Il "bambino male ascoltato".

Il paziente, che ha vissuto un rapporto problematico legato alle prime comunicazioni con la madre, ricerca un nuovo ascolto sul quale possa reinvestire.

- Problemi nell'espressione delle emozioni attraverso la comunicazione
- Ricerca, in ambito transculturale, della lingua materna nei suoi aspetti emotivi.

Dalla parte del musicoterapeuta si presuppone che la sua posizione d'ascolto, caratterizzata da una particolare sensibilità per l'elemento sonoro-musicale delle interazioni, sia riconducibile ad un "precoce investimento affettivo" su questo versante.

Quest'investimento sarà stato favorito da vissuti personali e/o problemi familiari legati a suoni, rumori, musica, rapporto tra parola/intonazione-musica.

Per introdurre il prossimo capitolo è riportata di seguito la riflessione con cui si conclude l'opera fin'ora esaminata.

“Se è corretto parlare di <<musicoterapia>> è proprio perché consideriamo il ruolo specifico che il sonoro e il musicale occupano nel nostro funzionamento psichico, nell’elaborazione della nostra identità gruppale e individuale, nello sviluppo di due diverse e simultanee modalità di pensiero quali sono il pensiero verbale e il pensiero musicale”<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> E. Lecourt, *La musicoterapia*, pp.113



### *2.3 “Il gruppo e il sonoro”, considerazioni tratte da “Analisi di gruppo e musicoterapia”, Edith Lecourt*

In questo capitolo approfondirò il valore sonoro-musicale all'interno di un gruppo, le tappe evolutive che lo riguardano e le principali applicazioni rispetto ad un gruppo terapeutico.

Ancora una volta utilizzerò il contributo di E. Lecourt, la cui opera è stata sviluppata seguendo due linee principali:

- Il funzionamento psichico in gruppo
- La ricerca sulla dimensione sonora e la sua elaborazione psichica

L'evento che viene studiato è quello dell'improvvisazione sonoro/musicale di gruppo, considerato dall'autrice come “cassa di risonanza” di tutti gli aspetti osservabili nella convivenza tra suono e gruppo.

L'improvvisazione musicale è vista, in ambito culturale, come la possibilità di esprimere l'individualità in un processo collettivo le cui componenti sono: l'investimento affettivo dell'ascoltatore, quello dell'esecutore, ed il modello musicale in vigore.

L'improvvisazione, in ambito terapeutico, può facilitare il superamento delle fasi fusionali e isomorfiche (percepirsi un tutt'uno) e permettere al singolo di esprimere la propria individualità, ciò avviene solo quando il gruppo ha superato le angosce legate al "fantasma di rottura" ed è quindi pronto per riconoscere ed articolare le differenze individuali che arricchiranno la creatività gruppale.

L'autrice fonda il suo lavoro sulle teorie e applicazioni che la psicoanalisi ha sviluppato intorno all'attività clinica gruppale.

In questo campo si è evidenziato come il funzionamento dei gruppi sia caratterizzato da alcuni elementi peculiari:

- Gruppo Interno e Apparato Psicico Gruppale.

"La nozione di *gruppo interno* fa riferimento alla dimensione multipla dello psichismo individuale..."<sup>13</sup> il gruppo interno è costituito da una pluralità di istanze, di relazioni e di identificazioni (Es, Io, Super Io; immagine di corpo, complessi famigliari, ecc.). "Questa gruppaltà intrapsichica è particolarmente mobilizzata dalla situazione di gruppo, nella quale può proiettare le sue caratteristiche o ritrovarne altre in una sorta di eco."<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.31

<sup>14</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.32

L'incontro delle individualità psichiche dà origine all'*Apparato Psicico Gruppale* che a seconda del gruppo, delle sue dinamiche e del suo stato di evoluzione, può prendere diverse forme quali *l'archegruppo* (caratterizzato da fusione e onnipotenza), *l'illusione gruppale* (in cui il gruppo è idealizzato e bivalente: da un lato è l'oggetto d'amore, dall'altro cela i fantasmi di rottura), *il polo mitopoietico* (nel quale la minaccia di rottura è superata grazie al riconoscimento del sé individuale), che corrispondono al passaggio da una fase *isomorfica* ad una *omomorfica*.

- Contenitore-Contenuto, matrice, involucro psichico e Io-Pelle  
Autori come W.R.Bion, D.Anzieu, hanno utilizzato questi termini per definire quelle caratteristiche che coincidono, nell'esperienza gruppale, con l'esistenza di un *mondo esterno*, di un *mondo interno* e di una zona di confine tra questi due. A volte la funzione di contenitore è assunta dallo stesso analista. La linea di demarcazione oltre a contenere funge da mediatore, da terreno condiviso. Il gruppo stesso assume la funzione di "contenitore umano e di involucro"<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.35

- Emozionalità gruppale e ritmicità.

Il gruppo, con la sua identità propria, distinta da quella delle singole individualità, e costituita dall'apporto inconscio di queste, si *colora* di una sua emozionalità, nella quale ognuno coglie i segni dell'investimento emozionale altrui.

La *ritmicità* riguarda l'effetto che questa percezione emozionale partecipativa agisce sui singoli, ponendoli ritmicamente in fasi di attività-ricettività.

Anche nell'esperienza gruppale di improvvisazione musicale, come per la psicoterapia, è di fondamentale importanza l'uso della cornice, che in quanto oggetto di proiezione della parte psicotica della personalità, può essere utilizzata come processo.

In musicoterapia la cornice assume un rilevanza ancor maggiore per la presenza di strumenti musicali ed apparecchiature e per l'attenzione posta all'ascolto della componente sonora.

Come l'autrice mostra negli esempi d'improvvisazione di gruppo descritti nell'opera, l'attività sonora è influenzata da molti elementi: l'equilibrio sonoro trovato da un gruppo può essere rimesso in causa cambiando il luogo dove si svolge l'attività, inserendo-togliendo alcuni strumenti, o modificando la disposizione dei partecipanti o dello strumentario.

I gruppi studiati dall'autrice erano formati da studenti di psicologia oppure da operatori sanitari in formazione in musicoterapia, in entrambi i casi, l'obiettivo era la formazione, non la terapia.

Il ruolo assunto dall'autrice era quello di assicurare la cornice dell'esperienza, d'osservatrice e ascoltatrice delle produzioni sonore (alle quali non prendeva parte) e di analista al momento della verbalizzazione.

La consegna data al gruppo era di cercare di entrare in relazione in modo non verbale tramite l'intermediazione dei suoni e in un secondo momento, di esprimere verbalmente il vissuto.

Questa seconda fase poteva essere preceduta dall'ascolto della produzione preventivamente registrata.

La consegna sopra citata implica due regole:

1. Comunicazione sonora non verbale
2. Verbalizzazione a partire da questa produzione

La prima, invita i partecipanti del gruppo ad un tipo di comunicazione sensoriale, vicina alla fase *pre-verbale* (nel bambino la fase che precede l'utilizzo della parola).

Al gruppo non viene richiesto di "fare musica" ma, sempre la prima regola, invita all'ascolto della simultaneità del sonoro, fondamento della struttura musicale.

La seconda regola comporta il passaggio dal livello di funzionamento sonoro, sensoriale, a quello verbale.

Il materiale messo a disposizione per le produzioni sonore variava per i vari gruppi ed era costituito generalmente da strumenti di famiglie diverse (melodica, ritmica, armonica), di materiale diverso (legno, metallo, pelle), con modalità diversa di produzione (corda, fiato, percussione), e di diversa provenienza (classici, esotici).

L'autrice considera "libere associazioni" non solo quelle che scaturiscono dalla verbalizzazione del vissuto sonoro, ma anche gli interventi sonori dei singoli nella fase di improvvisazione.

Questi ultimi rappresentano l'espressione diretta, nel qui e ora, del "pensiero musicale" del soggetto.

A differenza dei gruppi di terapia verbale, nei gruppi di improvvisazione è possibile la simultaneità degli interventi: le "libere associazioni" derivanti dal "pensiero musicale" dei soggetti, non sono vincolate all'attesa del proprio turno.

Questa possibilità induce la modalità con cui i gruppi di improvvisazione iniziano a rapportarsi: il "brusio".

Secondo l'autrice, i primi momenti che caratterizzano l'inizio di ogni libera improvvisazione sonora di gruppo, sono caratterizzati appunto dal "brusio".

Esso è frutto dall'intervento *non casuale* ed *inconscio* dei partecipanti.

In questa condizione si percepisce una sorta di substrato di quella che sarà l'identità sonoro/musicale del gruppo.

“L'identità sonoro/musicale del gruppo comporta:

- la delimitazione fra rumore/musica, silenzio/parola;
- il rapporto interno esterno
- i registri di voce utilizzati;
- il repertorio delle diverse sequenze ritmiche e melodiche impiegate
- la selezione sonora musicale fatta dal gruppo.”<sup>16</sup>

La seconda tappa a cui giunge un gruppo durante l'improvvisazione è quella dell' "effetto d'insieme".

Nonostante i partecipanti possano percepire la sensazione di essere isolati nella loro produzione sonora e di non comprendere ciò che avviene intorno a loro, dall'ascolto delle registrazioni si nota come la produzione sonora sia caratterizzata appunto da questo effetto.

Secondo l'autrice da questo momento 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"<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.117

Da questa condizione, e dalla coesione che ne deriva, scaturiscono i primi "incontri sonori" tra i partecipanti e le conseguenti sensazioni di piacere.

Si assisterà poi all'attribuzione, da parte del gruppo, di qualità musicali al proprio "prodotto sonoro gruppale".

Questo momento segna il sorgere del "gruppo-musica".

L'autrice sottolinea il parallelismo tra questa situazione e il vissuto neonatale:

"... il neonato viene accolto dall'ambiente circostante, la sua culla è attorniata da visi e voci, così come tutte sue le produzioni sonore sono raccolte e riprese in una sorta di eco, di gioco di autentica orchestrazione del gruppo familiare. Quest'eco primordiale rappresenta, a tale arcaico livello, una sorta di Sé sonoro magnificato dall'ambiente gruppale; quest'esperienza potrebbe ben essere il referente primario del gruppo musica."<sup>18</sup>

A partire dalla nascita del "gruppo-musica" *l'Apparato Psicico Gruppale* prende la forma dell'*illusione gruppale*.

Questa fase è caratterizzata musicalmente dalla ricerca dell'unisono, di un ritmo comune, di un'armonia; le differenze vengono ridotte al minimo e il gruppo vive l'euforia dell'unità fusionale.

---

<sup>17</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.94

<sup>18</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.106



La presenza di un animatore o musicista, all'interno del gruppo, può favorire l'avvio di questa fase, per esempio con l'introduzione, fin dalle prime produzioni, di strutture ritmiche alle quali è facile aderire (es. tempo binario).

Questo precoce accesso alla fase dell'*illusione gruppale* però, può coincidere con un'eccessiva idealizzazione del musicale, rispetto al verbale, ed una conseguente inibizione dei processi mentali che portano alla consapevolezza.

Prima di raggiungere il *polo omomorfico* il gruppo attraverserà una fase di disillusione: i tentativi di riprovare il piacere vissuto nel momento fusionale sistematicamente falliscono.

Proprio la componente culturale, costituita dal codice musicale che il gruppo introduce attribuendo qualità musicali alla propria produzione, sarà "l'oggetto transizionale" necessario a superare questa fase.

L'adesione, non necessariamente cosciente, alle caratteristiche di differenziazione, regole, ascolto, che il codice musicale introduce, permetterà al gruppo di accedere alla fase creativa.

Le produzioni sonore, caratteristiche di questa fase, possono essere considerate delle "forme musicali" come ad esempio: *polifonia* (voci, battiti di mani, strumenti), *voce solista e accompagnamento ritmico*, sequenze di *rumore/ritmo/melodia*.

Il tipo di "forma musicale" generata dal gruppo dipende dal maggiore o minore sviluppo, all'interno del gruppo, della capacità di "ascolto multiplo".

Rispetto alle fasi precedenti, il *gioco musicale*, è caratterizzato da una "trama musicale più ricca" resa possibile dall'integrazione delle differenze e dalla diminuita rigidità delle relazioni: il funzionamento del gruppo gode ora della compresenza di fusione e differenziazione.

L'autrice sostiene che il percorso qui descritto, "dal brusio alla creazione", è indipendente dalle competenze musicali dei partecipanti.

Le produzioni sonore dei gruppi, che caratterizzano le varie fasi, da quelle più indifferenziate (*polo isomorfico*) a quelle più creative (*polo omomorfico*) rappresentano, secondo l'autrice, il risultato di un'elaborazione simbolica dell'Apparato Psicico Gruppale.

"La problematica del vissuto sonoro sembra favorire, per la sua prossimità con angosce arcaiche, attualizzate dalla situazione di gruppo, l'utilizzo della strutturazione musicale come espressione simbolica." <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.119

Secondo l'autrice, un lavoro terapeutico basato sull'improvvisazione sonoro/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 e ... alla musica"<sup>20</sup>.

La dimensione terapeutica, nell'utilizzo dell'improvvisazione sonoro/musicale in musicoterapia, è garantita dalla differenziazione tra cornice (l'esprimersi in gruppo tramite l'intermediazione dei suoni) e processo (analisi della vita inconscia del gruppo simbolizzata dalle produzioni sonore).

Un esempio di questo lavoro di differenziazione potrebbe essere quello del terapeuta che, durante la fase *d'illusione grupppale*, favorisce la consapevolezza e riporta l'attenzione sugli obiettivi prestabiliti mentre il gruppo "si sente pronto per registrare un disco!".

Le interpretazioni del musicoterapeuta devono, in quest'ottica, essere indirizzate alla promozione della mentalizzazione e conseguente consapevolezza dei vissuti sonori-relazionali e della loro evoluzione.

---

<sup>20</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.201

I tre "momenti" su cui si fonda sia l'attività di improvvisazione come è stata sopra descritta, che la sua applicazione terapeutica, sono:

- Alternanza espressione sonora/verbalizzazione: dalla pluralità all'individuazione (non è più possibile esprimersi contemporaneamente, è necessario attendere il proprio turno, si torna ad essere individui)
- Componente culturale-codice musicale: il terzo polo della relazione gruppo terapeuta, l'oggetto transizionale.
- La sensorialità: il corpo come espressione delle pulsioni e delle emozioni

In merito a quest'ultimo punto, l'autrice sottolinea:

"Attraverso questa materia sonora effimera ed imprevedibile si fanno sentire gli interrogativi, le alleanze, i rifiuti, gli aggiustamenti, le angosce, le costruzioni, le emozioni e i sentimenti, ma anche l'energia e i suoi effetti pulsivi, cioè il corpo."<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, pp.200

Questa dimensione terapeutica fin qui descritta può essere applicata secondo l'autrice, nel trattamento delle psicosi. Anche con questo tipo di pazienti si assisterà ad una strutturazione del sonoro in parallelo all'evoluzione psichica del gruppo e quindi alla manifestazione di coesione e sensibilità all'ascolto di se stessi e degli'altri. In questa situazione il musicoterapeuta dovrà, oltre a svolgere i ruoli sopraccitati, trovare delle modalità d'intervento che favoriscano il percorso sonoro del gruppo: potrebbe per esempio partecipare alle produzioni sonore ricordandosi che la sua presenza può "falsare" l'evoluzione del gruppo.

#### 2.4 “Musica e sofferenza psichica”, considerazioni tratte da “L’Angelo della Musica”, Geraldo Manarolo

Per concludere questa parte teorica dedicata alla Musicoterapia in ambito psichiatrico e per introdurre la parte esperienziale, sono qui esposte alcune considerazioni tratte dall’opera sopra citata.

L’autore, mantenendo come fulcro il rapporto tra strutturazione psichica e suono, sviluppa la sua idea di musicoterapia partendo da concetti teorici per arrivare poi all’esposizione di una pratica clinica.

La musica, il suono, sono percepibili dal corpo, ci fanno risuonare, le emozioni che trasmettono passano attraverso la sensorialità.

Il ritmo è l’aspetto della musica che maggiormente integra la dimensione biologica con quella culturale.

Nell’ambiente intrauterino il feto vive immerso in un bagno sonoro costituito da rumori intestinali e respiratori, rumori esterni, e da una “struttura ritmico-fonica primaria costituita dal battito cardiaco e dalla voce materna (Mancia 1990).”<sup>22</sup>

La ritmicità del battito cardiaco è essenziale per lo sviluppo psichico del feto e la voce materna costituisce un ponte, tra l’esperienza intrauterina e l’impatto ambientale della nascita.

---

<sup>22</sup> G. Manarolo, *L’angelo della musica*, pp.21

Dalla nascita fino all'esordio della verbalizzazione, il bambino e la madre, vivono una relazione sonora caratterizzata dalla *sintonizzazione affettiva*.<sup>23</sup>

Questo tipo di comunicazione è possibile grazie all'innata capacità della madre di cogliere empaticamente, nell'espressione del bambino, le caratteristiche d'intensità, di timbro, di durata, e di ritmo, che gli permettono istintivamente di dar vita ad un'interazione non verbale.

Il bambino percepisce in queste "interpretazioni" della madre di "essere ascoltato e capito", e questa condizione favorirà il suo sviluppo mentale.

Questa relazione sonora condivide con la musica alcune caratteristiche e può ispirare l'intervento musicoterapico.

La prima funzione del musicoterapeuta è quindi quella di dar voce alla musicalità del paziente, cercando di interpretarne le modalità di interazione con il sonoro.

In questo modo viene favorita la libera espressione nel paziente che si sente compreso ed ascoltato.

Per le sue valenze simboliche, la musica può inoltre essere sfruttata per contenere e sviluppare le "valenze simboliche" del mondo interno del paziente i cui contenuti restano spesso inespressi e cristallizzati.

---

<sup>23</sup> D.N. Stern, *Il mondo interpersonale del bambino*

I mediatori utilizzati in musicoterapia sono il suono e la musica.

Nelle richieste dei pazienti in merito a questi mediatori possono essere individuati dei tentativi di ricevere stimolazioni tonificanti e gratificanti alla ricerca di esperienze regressive.

“L'intervento musicoterapico avrà allora, fra le altre finalità, proprio l'obiettivo di proporre una modalità di fruizione musicale maggiormente “creativa”. Diverrà in questo senso un intervento mirato all'elaborazione ed al superamento di modalità relazionali arcaiche evocate e rappresentate proprio dalle caratteristiche dei mediatori “artistici”.”<sup>24</sup>

Nell'ambito della sofferenza psichica la musica può essere percepita come contenimento delle emozioni e possibile simbolo della vita interiore (forma musicale-struttura interna).

L'effetto di consolazione che può produrre dipende dalla gravità della sofferenza psichica: non deve essere compromessa in modo assoluto la possibilità di apertura ed investimento nei confronti del mondo.

Se oltre a questa condizione sussiste anche la possibilità di cogliere assonanze tra la propria interiorità e l'esperienza estetica, la musica acquista valore terapeutico.

Può essere usata per distanziarsi dal proprio dolore trasformandolo in un'espressione estetica potenzialmente “contemplabile”.

---

<sup>24</sup> G. Manarolo, *L'angelo della musica*, pp.118



Questa trasformazione creativa è favorita dalla "bellezza" e "calore" insiti nella musica.

"Recuperiamo in questo modo un rapporto con la nostra musica interna, con la voce materna che risuona in noi nei suoi aspetti consolatori ed affettivi ed è ad essa che attingiamo quando esprimiamo col canto la nostra sofferenza e tramite esso ne cerchiamo una consolazione."<sup>25</sup>

Nel trattamento delle psicosi la musicoterapia può essere considerata un linguaggio terapeutico appropriato alla rappresentazione delle pulsioni.

Può inoltre consentire al soggetto di seguire e di attribuire significato ai propri sentimenti.

Attraverso le attività di verbalizzazione, conseguenti per esempio ad un'attività di improvvisazione, può essere favorita l'elaborazione di vissuti e ricordi.

La pratica clinica, utilizzata dall'autore con pazienti psichiatrici e descritta in quest'opera, può essere classificata come "Musicoterapia Recettiva".

In quest'ambito la musica diviene il mediatore di una potenziale relazione terapeutica.

La pratica prevede la fruizione di brani musicali e una successiva verbalizzazione delle impressioni vissute durante l'ascolto.

---

25 G. Manarolo, *L'angelo della musica*, pp.96

L'autore sottolinea come la limitazione della motricità, che l'ascolto in questo tipo di cornice implica, favorisce un'attività di rappresentazione e simbolizzazione corporee.

Una delle finalità, dell'intervento recettivo, diventa quindi la "mentalizzazione di un eccitamento corporeo".

La scelta dei brani da proporre sarà, in un primo momento, dettata dal tentativo di avviare un'alleanza terapeutica tra soggetto e musicoterapeuta.

Qui la musica può essere utilizzata come "oggetto materno" in grado di colmare il senso di "vuoto" che spesso i pazienti psichiatrici vivono.

Successivamente la scelta dei brani sarà determinata dallo specifico obiettivo terapeutico: potrà limitarsi al soddisfacimento di una richiesta di rassicurazione e "nutrizione", oppure all'avvio di un'elaborazione psichica.

## *2.5 Un'esperienza dalla letteratura internazionale*

In questo paragrafo intendo descrivere a titolo esemplificativo una delle ormai molte esperienze, in ambito italiano ed internazionale, di musicoterapia con pazienti psicotici.

Quest'esempio, tratto da "Casi Clinici di Musicoterapia (adulti)" a cura di Kenneth E. Bruscia, serve da passaggio dalla parte più teorica, affrontata nelle pagine precedenti, ed il capitolo successivo dedicato all'esperienza intorno alla quale è sviluppata la tesi.

Da questa raccolta di casi clinici ho scelto di trattare il caso numero undici: "Terapia con improvvisazione di gruppo: l'esperienza di un uomo con la schizofrenia".

L'autrice di questo testo è Helen Odell Miller, una Musicoterapeuta inglese, attiva come direttore dei servizi terapeutici del "Fulbourn Hospital" di Cambridge.

L'approccio terapeutico da lei adottato, e definito *musicoterapia analitica*, è di tipo psicodinamico e si rivolge a persone con problemi psichiatrici.

Il gruppo da lei condotto si riunisce per un'ora, una volta la settimana, all'interno di un servizio di Day Hospital.

L'accertamento per la partecipazione di nuovi membri del gruppo avviene tramite un colloquio con la Musicoterapeuta.

Il gruppo del "protagonista" dell'esperienza descritta dall'autrice era formato da 6 persone.

La proposta terapeutica che caratterizza l'intervento è centrata sull'utilizzo dell'improvvisazione musicale, per la creazione di rapporti con e tra i pazienti, e della verbalizzazione dei vissuti.

L'obiettivo è quello di consentire la presa di coscienza, nei pazienti, delle difficoltà di socializzazione, attraverso una maggiore consapevolezza delle dinamiche che scaturiscono dalle interazioni sonore e verbali.

La convinzione dell'autrice è che l'espressione dei pazienti, impegnati nelle improvvisazioni, possa riflettere la loro condizione momentanea e gli eventuali cambiamenti che possono avvenire internamente.

Attraverso le interpretazioni della terapeuta, esplicitate tramite interventi verbali e/o musicali, è possibile mantenere l'accento sulle emozioni che i membri del gruppo esprimono, durante l'attività, nei confronti di se stessi, degli altri membri, del terapeuta e della musica.

L'autrice ritiene importante evitare che l'attività di creazione musicale sia utilizzata dal gruppo per creare delle resistenze al processo terapeutico, evitando così le interpretazioni.

Il ruolo del terapeuta è paragonato dall'autrice a quello del "genitore", soprattutto nell'utilizzo che fa della musica, vista come sostegno, o al contrario, inibizione per i pazienti.

Al paziente protagonista di questo caso, Brian, è stata diagnosticata la schizofrenia.

L'autrice ne descrive la vita e l'evolversi della situazione clinica.

Brian è presentato come un uomo di mezz'età, asociale, scontroso, incapace di porsi obiettivi o di fare progetti a lungo termine per la sua vita ma dotato di intelligenza e talento.

L'avvio all'attività di Musicoterapia è stato deciso considerando l'interesse dimostrato da Brian per questo tipo di terapia, dovuto, secondo l'autrice, alla sua capacità di suonare la chitarra e il pianoforte.

La speranza e l'obiettivo per lui era che la musica potesse aiutare a sviluppare una maggiore capacità di socializzare.

I primi due anni di trattamento di Brian, furono contraddistinti dal passaggio da un totale isolamento, al riconoscimento delle proprie emozioni fino ad arrivare ad un buon grado di socializzazione.

L'autrice li esamina suddividendoli in tre fasi:

- "Fase uno: mettersi alla prova e darsi una stabilità"
- "Fase due: fidarsi o no – dentro o fuori"
- "Fase tre: lavoro duro"

Il comportamento di Brian nella prima fase del trattamento era caratterizzato da atteggiamenti di sfida verso la terapeuta, di negazione dei benefici della terapia, di incostanza nella partecipazione, e dal tentativo di "distruggere" il gruppo.

La sua musica era caratterizzata spesso da un battito molto forte e strutturato e da un atteggiamento di "non ascolto".

Brian mostrava spesso il desiderio di controllare gli altri membri del gruppo, con richieste molto rigide sulle produzioni musicali e criticando la terapeuta se questa non utilizzava un atteggiamento direttivo.

Le interpretazioni della terapeuta, in questa prima fase, erano rivolte soprattutto ad evidenziare il tentativo di controllare gli altri, manifestazione di un desiderio di controllo su se stesso.

L'atteggiamento musicale della terapeuta era caratterizzato da un bilanciamento tra: momenti di sostegno attuato tramite strutture ritmiche o armoniche, e momenti in cui "raccoliere" dalle produzioni dei pazienti idee per la libera improvvisazione.

La svolta, in questa prima fase, fu l'ascolto di una registrazione di improvvisazione del gruppo, durante il quale Brian si rese conto di "soffocare la musica degli altri".

L'atteggiamento di Brian mutò soprattutto per quanto riguardava l'ascolto degli altri, la consapevolezza dei suoi atteggiamenti e la regolarità nel presentarsi all'attività.

Questo cambiamento era riconoscibile anche nella musica di Brian, che divenne più fluida e flessibile e nell'utilizzo liberatorio degli strumenti nei momenti di tensione.

La coesione del gruppo fu positivamente influenzata da questo nuovo modo di Brian di porsi.

Divennero più frequenti gli scambi verbali tra i membri ed aumentò l'attenzione alle emozioni vissute.

Questa nuova situazione di gruppo provocò in Brian la difficoltà di ammettere il desiderio di socializzare.

La seconda fase del trattamento fu caratterizzata dal problema di Brian in merito al rimanere o meno in questo gruppo.

L'utilizzo che fece Brian della musica in questa fase fu principalmente per evitare il confronto e l'approfondimento dei suoi vissuti.

Al termine di questa fase, Brian superò il suo momentaneo blocco, continuò la partecipazione al gruppo, e la terapeuta percepì la sua musica come "più avventurosa ed espressiva".

Le interpretazioni della terapeuta nella terza fase del trattamento erano indirizzate ad evidenziare il bisogno di Brian di essere distruttivo e offensivo, dimostrata dai tentativi di reprimere molte improvvisazioni di gruppo, per paura di essere ferito egli stesso.

Attraverso le interazioni musicali e la conseguente verbalizzazione, Brian riuscì ad accettare di far parte del gruppo ed a controllare la sua spiccata tendenza alla competizione.

La musica di Brian divenne più complessa ed intensa.

Nella conclusione del suo testo l'autrice ipotizza che nel caso di Brian la musica è servita da modalità comunicativa non verbale efficace, all'espressione e alla comprensione degli istinti psicotici e distruttivi.



### 3. L'ESPERIENZA

#### *3.1 Il Setting, l'attività e la conduzione*

Viene qui descritta l'esperienza del gruppo di Musicoterapia.

Il gruppo protagonista di quest'esperienza è composto da pazienti seguiti ambulatorialmente presso un CSM (centro di salute mentale), situato in una città del NordEst d'Italia.

Contemporaneamente a questo è stato avviato un altro gruppo di musicoterapia con pazienti, in fase subacuta, seguiti presso il DHT (day hospital territoriale) dello stesso CSM.

Queste due esperienze sono le prime, prettamente musicoterapiche, mai avviate nell'istituzione. Fanno parte di un progetto triennale e sono pensate contigue in una "attività di musicoterapia", che come vedremo in seguito, prevede la possibilità di passaggio dall'una all'altra.

All'interno del DSM (Dipartimento di salute mentale) sono già presenti da alcuni anni altre esperienze a carattere espressivo, come l'attività di un coro e quella di teatro.

La novità, rappresentata principalmente dal gruppo con pazienti ambulatoriali, è quella dell'intenzione di connotare l'esperienza come terapeutica e non riabilitativa.

I partecipanti al gruppo ambulatoriale sono pazienti psichiatrici clinicamente inquadrabili nel vasto ambito delle psicosi.

Il gruppo viene "co-condotto" da una musicoterapista e da uno psichiatra, quest'ultimo è inoltre responsabile e ideatore dei due gruppi.

Partecipano inoltre un infermiere, una psicologa volontaria, ed un tirocinante di musicoterapia.

In considerazione della novità costituita da questo tipo di modalità terapeutica e delle difficoltà d'avvio preventivate, legate al tipo d'utenza, l'equipe terapeutica partecipante alle sedute era, rispetto agli standard, di numero elevato. Questo con l'intenzione di costituire un "contenitore" umano stabile in grado di sostenere le importanti manifestazioni di sofferenza espresse nel corso delle sedute.

La valutazione dell'idoneità dei pazienti è stata effettuata dallo *staff* medico attraverso colloqui individuali, dopo aver proposto l'attività come "momento per affrontare i temi della sofferenza tramite l'ausilio della musica".

Tutta l'equipe curante si ritrova una volta al mese per un momento di condivisione e di confronto.

La durata minima del trattamento è stata fissata ad un anno.

La prima seduta è avvenuta il giorno 01 febbraio 2007.

L'attività è fissata per ogni giovedì della settimana alle 11:00 del mattino per una durata di due ore.

La stanza dove viene svolta è situata al primo piano di una palazzina all'interno della struttura, ex ospedale psichiatrico della città, che ospita il CSM.

La parete a sud e la parete ad est della stanza danno all'esterno della palazzina, in coincidenza del parco interno alla struttura, le pareti nord e ovest danno su degli uffici e piccole palestre per la riabilitazione. Le dimensioni della stanza sono all'incirca di sette metri per dodici per un'altezza di circa quattro. Le finestre che la illuminano sono sei ed hanno dimensioni di circa un metro per due. Le caratteristiche acustiche, nonostante il pavimento sia in parquet, non sono ottimali. L'arredamento della stanza è costituito esclusivamente da una ventina di sedie, da un piccolo tavolo e da un orologio digitale appeso alla parete ad est.

Prima di ogni seduta la stanza viene preparata disponendo le sedie in cerchio e disponendo, al centro, su un tappeto lo strumentario, costituito principalmente da strumenti ritmici (jembè, darbuka, cembali, doppi blocchi, sonagli, bonghi), da una chitarra, da un piccolo xilofono, da una fisarmonica e da una tastiera.

Tutti i membri dell'equipe di musicoterapia partecipano attivamente e liberamente alle attività musicali, sonore e verbali.

L'attività proposta è suddivisa in quattro parti principali:

1. Accoglienza:

La musicoterapista accoglie i pazienti intonando la canzone d'inizio, nelle ultime due strofe viene richiesta la partecipazione di tutto il gruppo tramite il battito di mani.

2. Lavoro sulle canzoni:

E' proposta, a tutti i partecipanti, l'esecuzione della canzone scelta nella precedente seduta, viene stimolata la verbalizzazione dei vissuti, viene richiesta ai pazienti la scelta della canzone per la seduta successiva.

3. Improvvisazione:

E' proposta e stimolata la libera improvvisazione e la verbalizzazione dei vissuti.

4. Conclusione:

La musicoterapista intona la canzone di commiato ed invia i partecipanti all'accompagnamento ritmico e al canto.

La struttura delle sedute col passare del tempo si è definita perdendo però al suo interno la rigidità che inizialmente la caratterizzava. I quattro momenti principali sono ultimamente vissuti con maggiore ritmo e fluidità sia dall'equipe sia dai pazienti. Può succedere, per esempio, che la canzone d'inizio, che

caratterizza la prima parte (Accoglienza), sì "colori" delle sonorità o del ritmo, scaturiti spontaneamente dal gruppo.

Infatti, è sicuramente aumentata la confidenza con gli strumenti ed il desiderio di sperimentarli.

Per alcuni dei partecipanti è anche aumentata la confidenza con la propria voce e di conseguenza la partecipazione vocale all'esecuzione delle canzoni.

Per altri pare invece che la voce, soprattutto quella cantata, sia ancora un'esperienza alla fase iniziale, caratterizzata da un "non permesso" al suo utilizzo.

Il gruppo sembra essersi formato intorno a queste esperienze sonoro-musicali piuttosto che a quelle prettamente verbali.

Durante queste ultime, soprattutto nei primi mesi, gli interventi dello psichiatra erano indirizzati a ricordare lo scopo dell'attività.

L'effetto conseguente sul gruppo era di "riportare a terra i pazienti", ne risentivano le emissioni sonore, soprattutto durante l'esecuzione delle canzoni.

In questi momenti la "voce del gruppo" era più ricca delle armoniche inferiori: la voce sembrava uscire da un corpo ben appoggiato a terra, più radicato.

La co-conduzione del gruppo era, soprattutto nei primi mesi, suddivisa per "compiti genitoriali": la musicoterapista era dedita agli aspetti più affettivi e lo psichiatra a quelli più normativi.

Dopo l'esecuzione di una canzone, per esempio, la musicoterapista chiedeva: "Vi è piaciuta, come vi siete sentiti? Come potremmo farla adesso?"

Lo psichiatra affermava: "E' opportuno ricordarsi come questo gruppo si ritrovi all'interno di un momento di cura, dove si cerca, tramite la musica e il canto, di esprimere parte delle emozioni legate alla sofferenza delle persone presenti, nel tentativo di rivederle e rielaborarle assieme."

### *3.2 I pazienti*

La caratteristica principale del gruppo dei pazienti è costituita dall'eterogeneità sia delle età che dell'estrazione socioculturale.

I più giovani e coetanei sono LUCIO ed ALESSANDRA, poco più che ventenni, e da poco seguiti presso questo servizio psichiatrico, il primo con diagnosi di depressione psicotica mentre la seconda per stato schizoaffettivo lieve.

ALESSANDRA, diplomata in ragioneria, vorrebbe continuare gli studi in giurisprudenza. Lavora da alcuni mesi in un mobilificio. Ha concluso una relazione sentimentale da un anno e una da poco. Molto legata alla famiglia. Vive coi genitori, il fratello più giovane ha 14 anni più di lei. La madre è riferita depressa.

LUCIO vive con i genitori, ha un fratello di 26 anni. Ha frequentato fino al 4° anno un istituto tecnico, ora sta pensando di concludere gli studi. Lavora con la madre e il fratello. Dimostra qualche resistenza ad assumere regolarmente la terapia.

Il più anziano è GIOVANNI, 50 anni, seguito presso questo servizio psichiatrico dal gennaio '96 per disturbo schizoaffettivo. Vive con la madre, il padre è morto di recente. Laureato in ingegneria, lavorava nella ditta della sorella che si occupa di informatica. Ha avuto numerosi ricoveri, alcuni in TSO (trattamento sanitario

obbligatorio). Ha avuto una relazione affettiva conclusasi 14 anni fa. Tende a spendere molto, per questo la sorella controlla gli acquisti. Appassionato di musica, possiede numerosi strumenti musicali. E' pensionato INPS. Aderisce alle proposte terapeutiche.

MARIA e CRISTINA sono anch'esse coetanee, trentenni, la prima è laureata in fisica e la seconda lavora come parrucchiera part-time. MARIA è in carico presso questo servizio psichiatrico dal febbraio '03, dopo un ricovero in TSO per scompenso psicotico. Ha compiuto studi di chitarra classica. Attualmente è ospite in una casa alloggio messa a disposizione dal servizio.

CRISTINA è seguita dal dicembre '05 per stato maniacale lieve. Ha avuto un paio di ricoveri. Vive coi genitori, ha una sorella più grande di lei. E' separata, le figlie sono col padre. Presenta una scarsa coscienza di malattia, pur avendo aderito in passato ad un percorso presso il DHT.

MIRKO ha 49 anni, seguito dal servizio psichiatrico dal '02 per stato schizoaffettivo. Ha due fratelli, attualmente è ospite diurno presso una CTRP (Comunità terapeutica residenziale protetta) e passa il resto della giornata da uno dei fratelli. Diplomato in ragioneria, si è iscritto a scienze politiche, ma non ha completato gli studi. Seguito dal SERT (Servizio Tossicodipendenze) per abuso di alcool e marijuana, è stato congedato dal servizio militare per uso di sostanze e depressione. All'età di 31 anni si è sposato, ma il



matrimonio ha retto solo un anno. Dal '91 ha cominciato con ricorrenti allontanamenti da casa vagabondando, dormendo in strada e guadagnandosi da vivere come "musicista di strada".

NICOLETTA ha 26 anni, è seguita da questo servizio psichiatrico dal novembre '05, dopo un ricovero per scompenso psicotico. E' diplomata in ragioneria, ha lavorato per meno di due anni in un panificio e come assistente alla poltrona. Vive coi genitori, ha una sorella più vecchia di lei di qualche anno. La sorella riferisce di lei che i problemi sono sorti nel passaggio dalla scuola al mondo del lavoro; la madre la descrive come una persona molto aperta che un po' alla volta si è chiusa. Ha poca coscienza di malattia e da quando si è ammalata la madre, i genitori ostacolano la cura.

VILMA ha 39 anni, è in carico dal marzo '93 per disturbo schizoaffettivo. Ha avuto alcuni ricoveri. Sposata, non ha figli. Sia lei che il fratello, vista l'impossibilità, per gravi problemi dei genitori, ad essere accuditi, sono stati accolti in istituto. Ha lavorato per un periodo come commessa e saltuariamente come colf. E' invalida civile dal '01. Proposti vari progetti riabilitativi, non andati a buon fine, sia per le difficoltà di lei, che per le resistenze del marito.

STEFANO e MARCO sono coetanei, quasi cinquantenni, il primo seguito per disturbo bipolare dal '94 ed il secondo per disturbo schizoaffettivo dal '85. Per entrambi l'esordio dei disturbi si è

verificato durante il servizio militare. Vivono entrambe con genitori e fratelli. STEFANO diplomato geometra, non ha completato l'università in scienze geologiche. Ha lavorato come impiegato fino al dicembre '06, poi è stato licenziato. Ultimamente ha fatto richiesta di invalidità civile. Ha scarsa coscienza di malattia.

MARCO in passato ha avuto due relazioni affettive. Ha cambiato vari lavori, a causa della sua difficoltà a reggerli. Attualmente lavora part-time con il fratello in uno studio commercialista. Ama la montagna, lo sci e il tennis. Ha poca coscienza di malattia, aggravata dal fatto che il padre (dalla morte della madre nel '95) e fino a poco tempo fa ha gestito per lui la terapia.

Tutti i pazienti sono in trattamento psicofarmacologico. Alcuni di loro hanno avuto ricoveri anche durante la frequenza al gruppo di musicoterapia.

### *3.3 Il Diario di Bordo*

In questo paragrafo sono descritti i momenti ritenuti importanti nella "crescita sonoro-emotiva" del gruppo dei pazienti. L'attenzione sarà maggiormente rivolta quindi a quegli episodi che sembrano essere stati fondamentali, appunto, per "l'evoluzione del gruppo". Ci saranno citazioni che si riferiscono ai singoli pazienti, ma questo, è sempre da intendere in un'ottica gruppale. La convinzione che ha dettato questa scelta nel raccontare, è che la "possibilità terapeutica", in questo contesto (musicoterapia di gruppo con pazienti psicotici), passi necessariamente dalla "concreta costituzione" e successiva "crescita" del gruppo. La prima parte del "racconto", sarà dedicata alla descrizione di una seduta sfruttando questo momento per: descrivere più dettagliatamente quelle "parti della struttura" che come anticipavo prima ha acquistato ritmo e fluidità. La seconda parte sarà costituita dal racconto di quegli episodi ritenuti fondamentali nell'ottica gruppale sopradescritta, senza rispettare un ordine cronologico, nel tentativo di riportare al lettore non tanto una visione scientifica quanto una visione "sonoro-affettiva".

La partecipazione dello scrivente, in veste di tirocinante di musicoterapia, è iniziata il 22/02/2007, alla quarta seduta del gruppo.

Erano presenti ALESSANDRA, STEFANO, GIOVANNI, LUCIO e VILMA.

Per VILMA era la prima partecipazione al gruppo, NICOLETTA era assente per la prima volta, MIRKO per la seconda, CRISTINA per la terza, MARCO e MARIA non avevano ancora iniziato il loro percorso. L'equipe era al completo: lo psichiatra, la musicoterapista, la psicologa, l'infermiere e il tirocinante di musicoterapia.

La seduta è iniziata con il momento di accoglienza scandito dalla *canzone d'inizio*: la musicoterapista canta accompagnandosi con la fisarmonica, saluta il gruppo e lo invita a partecipare con il battito di mani.

Questa prima emissione sonora del gruppo è stata caratterizzata da un'intensità bassa e da una partecipazione "diffidente". Dal semplice gesto di battere le mani scandendo il *beat* della canzone si potrà, in seguito, rilevare la maggiore coesione del gruppo. Già dalla nona seduta il gruppo sarà in grado, dopo aver acquistato maggior confidenza e sicurezza, di avviare autonomamente il battito di mani e di seguire le variazioni (di tempo e d'intensità)

che la musicoterapista, notando questa nuova "disposizione del gruppo", introdurrà.

La canzone che era stata scelta per questa seduta era "Il Ragazzo della Via Gluck" di Adriano Celentano. Come prima di ogni esecuzione, è stato distribuito ad ogni partecipante, operatori compresi, un foglio con il testo del brano. La musicoterapista ha cantato da sola la prima esecuzione, sempre accompagnandosi con la fisarmonica, mentre tutti gli altri seguivano il testo: questa prima esecuzione solistica, che precederà sempre quella gruppale, è mirata alla promozione dell'ascolto.

La seconda esecuzione è stata affidata al gruppo intero. L'esecuzione della canzone, ripetuta in alcune sedute fino a 4 volte, sarà utilizzata dalla musicoterapista come strumento per favorire la ricerca di un equilibrio energetico e sonoro attraverso:

- proposte di stili e ritmi diversi (ad es. walzer lento, marcia, swing, etc.)
- suddivisione di parti (ad es. maschi prima strofa, femmine seconda)
- dinamiche del brano (piano sulla strofa, molto forte ritornello)
- enfaticizzazione testo (ad es. vocali più sonore)

Il brano "Il Ragazzo della Via Gluck" di Adriano Cementano è stato cantato da tutti i partecipanti tranne da GIOVANNI, che ha invece suonato il basso acustico personale, portato da casa. Nelle sedute in cui sarà presente, anche MIRKO, si accompagnerà con una chitarra classica personale. Spesso MIRKO arriverà in seduta con altri strumenti come l'armonica, che suona contemporaneamente alla chitarra, sfruttando un supporto metallico, dei sonagli e dei campanelli tibetani, che in genere mette a disposizione del gruppo appoggiandoli assieme agli altri strumenti, sul tappeto al centro della stanza.

La musicoterapista ha cantato ed accompagnato il brano con la fisarmonica, il tirocinante ha accompagnato con la chitarra classica, la psicologa, lo psichiatra e l'infermiere hanno invece cantato.

In alcune occasioni anche l'infermiere e lo psichiatra accompagneranno le esecuzioni dei brani con la chitarra. L'emissione vocale dei pazienti è stata caratterizzata, come quella sonora del battito di mani, da bassa intensità e insicurezza. Il suono del basso acustico di GIOVANNI, nonostante si potesse notare una certa tecnica strumentale, non era udibile.

A questo punto è stato stimolato, da parte dello psichiatra, un momento di verbalizzazione prendendo spunto dal testo della canzone:

“là dove c’era l’erba ora c’è una città.

Questa è la storia di uno di noi  
anche lui nato per caso in via Gluck

.....

ma un giorno disse: “vado in città”

e lo diceva mentre piangeva

.....

ma come fai a non capire  
che è una fortuna per voi che restate”

STEFANO racconta della sua esperienza di difficoltà nel ritrovare le “buone amicizie d’infanzia”: dopo essersi trasferito per un periodo con la famiglia in una città diversa da quella di nascita, ritorna ormai adolescente e non ritrova l’ambiente e le persone che avevo lasciato. Questo “momento di scongelamento”, vista la difficoltà di queste persone nell’esprimere i propri vissuti, può essere considerato molto importante dal punto di vista sia personale che gruppale: gli altri pazienti hanno infatti dimostrato attenzione e qualcuno, anche se in modo molto sintetico, è intervenuto. E’ possibile qui riscontrare la presenza del terzo polo della relazione

costituito dal contesto sociale ispirato dal testo e "dall'atmosfera" della canzone.

Lo psichiatra ha effettivamente sfruttato questo momento per ricordare che nel percorso di maturazione sono sicuramente importanti i vissuti del passato, ma è anche necessario il cambiamento, e possibilmente, la fiducia nel prossimo.

Al gruppo è stato quindi proposto di cantare una canzone tra quelle già eseguite nelle precedenti sedute: sono state scelte ed eseguite "Alba Chiara" di Vasco Rossi e "La canzone del Sole" di Lucio Battisti. L'esecuzione di brani scelti dal "repertorio" servirà in alcune occasioni per accogliere i pazienti rimasti assenti per molto tempo: magari offrendo loro proprio la canzone da loro proposta.

La musicoterapista richiede al gruppo di proporre e scegliere il brano da eseguire nella seduta successiva. L'unico limite a questa scelta è che il testo della canzone sia in lingua italiana e non straniera. La preferenza cade su "Rose rosse per te", proposta da LUCIO. Come in tutte le sedute è stato richiesto a colui che ha proposto la canzone scelta, di spiegare le ragioni di tale proposta. LUCIO racconta che questo brano è parte di una selezione, masterizzata dal fratello su CD, che egli ascolta spesso in macchina in questo periodo. Da questa spiegazione nasce uno scambio di opinioni sul fatto che anche ragazzi giovani come LUCIO, grazie alla loro sensibilità, possano apprezzare "brani datati". Vedremo in



seguito come la "canzone proposta" costituisca un "oggetto emozionale".

La musicoterapista, in seguito, propone al gruppo un momento di libera improvvisazione sonora che, nelle varie sedute, sarà caratterizzata dalle seguenti varianti:

- nascere libera e spontanea da un paziente e spontaneamente esaurirsi
- partire da una precisa consegna ritmica della musicoterapista
- partire da un ritmo libero prodotto dalla musicoterapista
- avere termine ad un segnale prestabilito

Gli strumenti sono scelti liberamente e possono essere cambiati nel corso dell'improvvisazione, al termine della quale, può essere richiesto dalla musicoterapista un momento di riflessione sui vissuti esperiti.

Al termine dell'improvvisazione GIOVANNI, dopo che "finalmente" era stato "percepibile" il suono prodotto dal suo basso acustico, soprattutto durante un momento caratterizzato dall'accento ad un "Blues in SI bemolle 12 battute", afferma: "I Jazzisti dicono: l'improvvisazione non s'improvvisa!"

STEFANO comunica al gruppo di aver fatto una ricerca e di aver scoperto che il tipo di musica che viene prodotta nelle improvvisazioni, durante questa attività di musicoterapia, può

essere classificata come “.....*musica aleatoria*: sembra musica casuale!”.

La seduta si conclude con la *canzone di saluto*, in questa la musicoterapista canta accompagnandosi con la fisarmonica, saluta il gruppo e invita i partecipanti ad essere presenti alla prossima seduta.

Le resistenze, percepibili sia nelle esecuzioni delle canzoni sia nelle fasi d’improvvisazione, concretizzate da una pesantezza ritmica e un’emissione di bassa intensità, sono rese esplicite nella verbalizzazione di GIOVANNI e STEFANO.

Il primo, riferendosi ai jazzisti e alla loro modalità “didattica” di improvvisare, il secondo, lamentando la “casualità” tipica della *musica aleatoria*, sembrano dimostrare disagio nel sentirsi “liberi” durante l’improvvisazione e l’esecuzione delle canzoni.

Questi interventi sono dei riferimenti alla cornice terapeutica, hanno infatti un sapore “critico e professionale” nettamente in contrasto con lo scopo che il “fare musica insieme” ha nelle sedute di musicoterapia. Lo psichiatra sarà impegnato svariate volte ad assicurare la cornice terapeutica per permettere l’avvio e il mantenimento del processo terapeutico.

“La canzone del sole” eseguita in questa quarta seduta è servita da spunto a GIOVANNI per mostrare le sue doti chitarristiche e la sua sensibilità musicale: al termine della seduta successiva ha infatti mostrato, al tirocinante e all’infermiere, “come suonarla” nel modo corretto, suddividendo cioè il brano nelle sue parti “energiche” e “soffuse”. Durante questa “dimostrazione” l’atteggiamento di GIOVANNI era notevolmente diverso da quello mantenuto durante l’attività di gruppo: l’emissione sonora era molto più intensa e sembrava guidata dal desiderio di mostrarsi. Per GIOVANNI la partecipazione alle sedute di musicoterapia è stata caratterizzata da un “crescendo espressivo” coinciso con la crescita emotiva del gruppo. Molto controllato ed insicuro, GIOVANNI, prima di “permettersi” di portare con sé il basso acustico, ha prima anticipato le sue intenzioni nella seconda seduta e in quella successiva si è presentato con un piccolo trattato che ne spiegava le caratteristiche. Successivamente si è presentato alle sedute con lo strumento che, come faceva notare lo psichiatra, era utilizzato “a mo di fucile da sentinella” (messo a tracolla): il suono non era udibile, nonostante l’evidente tecnica, l’unico scopo sembrava quindi quello protettivo. Come vedremo in seguito non solo il suono diventerà udibile ma sarà amplificato con la strumentazione portata in seduta da GIOVANNI.

Le esecuzioni dei brani, soprattutto nei primi mesi, sembrano essere molto legate alla presenza o assenza di MIRKO. In genere, quando è presente, MIRKO sembra svolgere "il suo lavoro quotidiano di menestrello in piazza", il gruppo ne approfitta e sembra appoggiarsi nettamente su di lui. Le esecuzioni risultano così molto sbilanciate: si assiste ad una specie di coro afono che accompagna all'unisono il solista, che canta al limite massimo della sua possibilità d'emissione. L'ascolto rivolto da MIRKO al gruppo è quasi assente: al termine delle esecuzioni è lui stesso che dà il via ad un applauso al quale il gruppo si unisce automaticamente. STEFANO nella seduta del 22 marzo, afferma: "Quelli che cantano meglio sono poi quelli che dicono "BRAVI" agli altri!" Le assenze di MIRKO diventano, di conseguenza, momenti di "depressione", soprattutto durante l'esecuzione delle canzoni: il gruppo non si prende la responsabilità di riempire il vuoto "creato" dall'assenza di MIRKO. Questa situazione coincide con "l'illusione gruppale" e conseguente "disillusione" descritta nel precedente capitolo.

L'apporto della musicoterapista e del tirocinante sono mirati, in questa fase, al tentativo di "guidare" e "sostenere" il gruppo nell'esecuzione, mantenendo però, sempre attivo l'ascolto, rivolgendolo alla "sezione afona del gruppo".

I pazienti non riconoscono l'esistenza di un gruppo che possa contenere la "fatica iniziale". Le numerose assenze, indice di questa

“sfiducia”, rendendo difficile il tentativo di promuovere l’equilibrio e l’ascolto.

Alla diciannovesima seduta viene raggiunto l’apice di assenze: sono presenti solo GIOVANNI, LUCIO ed MARCO

La settimana precedente, ed esattamente il 03 06 2007 si era svolta, nella piazza della città nella quale si trova il CSM, una “Giornata della Salute Mentale”.

I pazienti del gruppo ambulatoriale e del DHT, sono stati inviati a partecipare liberamente ed individualmente. Assieme ad operatori e musicisti esterni, è stato eseguito un repertorio costituito dai canti scelti durante le attività al CSM.

Del gruppo ambulatoriale erano presenti esclusivamente MIRKO e GIOVANNI.

Per entrambi è stato un momento importante: per MIRKO un’esibizione dignitosamente ripagata (contributo Banca del Tempo al posto delle monetine nel cappello) e in compagnia di altri musicisti, per GIOVANNI una “prima” ormai insperata, che ha rappresentato l’appagamento dell’esigenza creativa da tempo rimasta frustrata.

Per gli assenti è stato comunque un momento sentito, viste le domande rivolte nelle sedute successive:

“Com’è andata?”

“C’era gente?”

“Applaudivano?”

Le canzoni portate in piazza nella “Giornata della Salute Mentale” erano, infondo, state scelte da tutti i partecipanti del gruppo e gli stessi avevano contribuito alle “prove del repertorio”.

Il “periodo di preparazione”, iniziato nel mese di maggio, è stato caratterizzato da un generale entusiasmo e da qualche momento di preoccupazione, come quando STEFANO comunica al gruppo di non accettare l’invito alla giornata e consiglia indirettamente agli altri di rifletterci bene prima di decidere.

Questo stile aveva caratterizzato altri interventi di STEFANO:

“Non so cantare, non so suonare, mi sembra di tornare a scuola e di essere l’ultimo della classe: forse è così anche per gli altri, ecco perché sono spesso assenti.”

Ed a qualsiasi minimo “accenno teorico” alla musica:

“Non capisco niente di quello che dite: non so nemmeno cos’è un DO.”

Questi interventi venivano in genere mitigati dallo psichiatra, ricordando a tutti il vero scopo di “essere lì a suonare e cantare in gruppo”: poter affrontare il tema della sofferenza.

In realtà la maggior parte dei partecipanti non sembra disposto a parlare della sua “realtà interna”, sembra che l’attività musicale sia vissuta come “nutrimento”. Sono molto significativi, in questo senso, i “distacchi” che seguono le sedute più “armoniose e

musicali”: sembra che al termine nessuno si voglia alzare ed uscire dalla stanza, saranno i conduttori a dover avviare questo “momento difficile”.

Per un buon numero di sedute e con regolarità la persona che sceglieva la canzone per la seduta successiva non si sarebbe poi presentata. E’ STEFANO che nella decima seduta fa notare questa consuetudine.

Ad esempio CRISTINA, dopo aver proposto “Quello che le donne non dicono” durante la prima seduta del gruppo, non si presenterà più giustificandosi: “E’ troppo emozionante per me!”. LUCIO rimane assente dopo aver proposto “Rose rosse per te”, VILMA dopo aver proposto “Caruso”, GIOVANNI dopo aver proposto “Generale”. La scelta della canzone sembra così comportare un investimento affettivo importante, tale da rendere difficile l’essere presenti all’esecuzione della canzone personalmente “richiesta”. La responsabilità di realizzare un pensiero, un’emozione, viene delegata al gruppo.

Questa impressione viene comunicata dallo psichiatra e dalla musicoterapista e sembra raccogliere la conferma dei pazienti in modo indiretto con “sorrisi” di approvazione.

A differenza, però, del momento della canzone, quello dell'improvvisazione non permette di "nascondersi dietro al gruppo", e di conseguenza ne derivano maggiori "reazioni".

Mentre il canto pareva mantenere tutti sulla stessa "lunghezza d'onda" e sullo stesso "tono muscolare", nell'improvvisazione libera sono molto più visibili le emozioni esperite, sia quelle positive che quelle negative.

Così MARCO, che ha iniziato la partecipazione il 15 marzo 2007 (settima seduta), rimane per tutto il tempo di un'improvvisazione, circa 10 minuti in quell'occasione, ad osservare il sonaglio che fa "autisticamente" suonare. Sentendo poi che il gruppo, guidato dai terapeuti, abbassa il volume per "farlo rientrare", sorride ed il suo suono acquista finalmente significato.

VILMA che dopo aver percosso in modo ossessivo, con un battente, i bonghi che aveva scelto, viene "recuperata" dal gruppo che si adegua al suo tempo e la "riporta" a sonorità meno aggressive. Al termine VILMA ammette, sorridendo: "Stavo pensando a mia suocera!"

GIOVANNI durante un'improvvisazione riesce a "trovare il coraggio" per indicare, in modo molto educato e con un gesto da direttore d'orchestra, un *decrescendo* che stimolerà la conclusione.

GIOVANNI al termine: "Il ritmo incalzante mi creava parecchia tensione!"



Lo stesso GIOVANNI in altre occasioni: "Ho gioito!", "Era come un abbraccio!", "Mi sto rilassando!", "Africa".

STEFANO, frequentemente, vive le occasioni di ricalco (il terapeuta aderisce al ritmo e/o al timbro emessi dal paziente), come invasive e se ne distoglie, smettendo di suonare, appena se ne accorge.

STEFANO, al termine di un'improvvisazione, rivolto ai terapeuti: "Avete fatto i registi!"

LUCIO, partendo da un'iniziale evidente timidezza, acquista in seguito molta confidenza con il ritmo e con la possibilità di poterlo condividere con gli altri. Grazie alla sua buona capacità d'ascolto si ritroverà spesso, durante le improvvisazioni, a "dialogare" con pazienti ed operatori dimostrando soddisfazione e piacere.

MIRKO sembra vivere il momento dell'improvvisazione come possibilità di sfogo: lo strumento da lui preferito è sicuramente lo jambè che suona con evidente dimestichezza e disinvoltura. In più di un'occasione sembra però rendersi conto che il gruppo non è in grado di seguirlo e si giustifica: ".....non sono io, è lo strumento che per la sua sonorità tende a primeggiare."

ALESSANDRA e NICOLETTA sono le due pazienti del gruppo che più di tutti tendono ad isolarsi e a chiudersi in se stesse: spesso il loro sguardo è assente e l'emissione sonora, sia vocale sia strumentale, molto eterea. NICOLETTA dopo un'improvvisazione, alla richiesta di una parola per spiegare l'esperienza vissuta, afferma:

“Trasparente”. E ALESSANDRA: “Rumore”. ALESSANDRA e NICOLETTA, in alcune occasioni, anche se con difficoltà, hanno partecipato alle attività in modo più consapevole soprattutto aderendo a momenti ritmici.

Le evoluzioni personali dei partecipanti sono state in alcuni casi molto evidenti, come per esempio per GIOVANNI che dall’iniziale modo di suonare “muto” è passato all’utilizzo dell’amplificatore (che porta con sé dalla seduta successiva al “Concerto in piazza”), e a qualche brillante intervento canoro (“Quel mazzolin di fiori!”).

O come nel caso di STEFANO che dall’iniziale vistosa diffidenza e resistenza si “ritrova” in un’occasione ad essere applaudito per una sua *performance* da operatori e pazienti. Prima dell’inizio di una seduta si era “lanciato” in un ritmo, con i bonghi, in sostegno di un brano *bossa nova* suonato dal tirocinante con la chitarra. La sua reazione, sorpresa e divertita, è stata così espressa: “Grazie. Però adesso è ora di iniziare.”

Con il costituirsi da una parte del “repertorio di canzoni”, e dall’altra del “repertorio di sonorità ed attitudini”, il gruppo si è così effettivamente amalgamato, nonostante le numerose assenze, attorno all’esperienza sonora. La sensazione iniziale di fatica e pesantezza, riscontrabile soprattutto nelle esecuzioni delle canzoni, è andata diminuendo lasciando il posto a un senso di familiarità: i rientri, anche dopo lunghe assenze, non sono mai stati difficili e i

“ritornati” sembravano trovare qualcosa di accogliente nella “musicalità del gruppo”.

Sono stati molti i momenti, musicali e non, che hanno segnato la crescita del gruppo “dal brusio alla creazione”: nonostante non si possa dire che il gruppo abbia mai raggiunto un equilibrio lontano dalla fusionalità, dove cioè siano percepibili le individualità, in alcune occasioni, come vedremo, lo stato d’animo del gruppo è sembrato coincidere con un “momento di trasformazione”.

Nella settima seduta, l’improvvisazione durata circa 15 minuti, è stata caratterizzata da un costante decrescendo e dalla chiusura stimolata da note di fisarmonica, suonata dalla musicoterapista. Al termine si è assistito ad un momento di silenzio molto “intenso” e “sereno”, seguito da un applauso spontaneo e “dolcissimo”. La musicoterapista ha approfittato dell’occasione per far notare che questa generale “intesa” era da attribuire alla buona capacità di ascolto dimostrata dal gruppo in quell’occasione. STEFANO in un’occasione simile afferma: “Anche con il silenzio si comunica!”

Nella nona seduta, l’esecuzione della canzone “Azzurro” di Paolo Conte stimola una discussione sui colori, che sfocia in un lungo racconto di STEFANO il quale premette: “Non so se c’entra!”

STEFANO racconta di aver letto su un quotidiano un articolo che lo ha colpito e che la canzone gli ha fatto tornare alla mente:

“Raccontava di un episodio avvenuto su un treno: una “ragazza punk” è sorpresa dal controllore sprovvista di biglietto, questa, spiegando che si sta recando ad una mostra di pittura, attira l’attenzione di un’altra signora che, condividendo la stessa passione per l’arte, si offre di pagare la multa. Anche il controllore è un appassionato d’arte e si fa coinvolgere: le condona la multa e chiede solo di pagare il biglietto.”

L’intervento dello psichiatra è stato centrato in quest’occasione sul fatto che non sempre “si deve pagare una multa”, per le cose piacevoli, riferendosi indirettamente alla sensazione di coesione che si era creata con l’esecuzione di “Azzurro”.

Il gruppo riesce a mantenere questa coesione anche in assenza di MIRKO. Nell’undicesima seduta, il 12 aprile, MIRKO arriva in ritardo e come suo solito entra con molto “impeto”, durante un momento di “intima e soffusa discussione”, scaturito dopo l’esecuzione della canzone “Caruso” di Lucio Dalla. MIRKO sembra accorgersene e, nell’esecuzione successiva, riesce a “mettersi in ascolto” del gruppo ed a non emergere eccessivamente.

Nella seduta successiva GIOVANNI porta con sé, e legge a tutto il gruppo, un brano di un’intervista a Lucio Dalla dove il cantante racconta l’episodio che ha ispirato la canzone “Caruso”:

“Mi trovavo nell’appartamento che aveva ospitato il grande tenore Caruso durante i suoi ultimi giorni di vita.....il portiere mi raccontò

l'episodio in cui Caruso fece portare il pianoforte sulla terrazza che dava sul golfo...nonostante la malattia attirò, con il suo canto, l'attenzione dei pescatori della zona.....cantò il suo amore segreto per la ragazza.....”

Nella stessa seduta, GIOVANNI riesce a “dirigere” il gruppo nell'esecuzione del brano “La canzone del sole”: utilizzando gesti da direttore d'orchestra, come in altre occasioni, indica i momenti “energici” e “soffusi”del brano.

Anche se il gruppo sembra non razionalizzare questa “prestazione musicale” il suo “stato d'animo” ne è evidentemente e positivamente influenzato.

Nella ventunesima seduta si assiste forse al momento più creativo del gruppo, sia da un punto di vista musicale che emotivo.

Il brano proposto da STEFANO e scelto dal gruppo per questa seduta era “Il cielo in una stanza” di Gino Paoli.

Dopo alcune esecuzioni “deludenti” (lento, swing), GIOVANNI propone di “tentare” un'esecuzione “a cappella”, il gruppo accetta e la musicoterapista suggerisce di mantenere la linea di basso. GIOVANNI accetta di accompagnare il gruppo, con il suo basso acustico ormai da alcune sedute “amplificato”. L'esecuzione risulta molto equilibrata ed emozionante tanto da spingere MARCO, solitamente molto “concentrato” sul proprio stato d'animo, ad affermare: “Oh finalmente è uscita bene!”. STEFANO, quasi

ringraziando: "Possiamo finalmente dire che il Signor GIOVANNI sa suonare."

L'impressione, ascoltando ed osservando l'esecuzione, è stata che in quest'occasione il gruppo ha usufruito dell'armonioso apporto delle individualità senza bisogno dell'intervento "per riportare a terra" dello psichiatra. Ripensando all'idea della "nuova intonazione" proposta dalla Lecourt, questi momenti musicali caratterizzati dall'equilibrio e dall'armonia, contrapposti alla pesantezza e difficoltà riscontrata in altri momenti, musicali e non, si costituiscono attorno all'integrazione delle sonorità individuali.

L'effettiva esistenza di un gruppo è stata tangibile durante la ventitreesima seduta nella quale erano presenti VILMA, rientrata dopo tre mesi, STEFANO LUCIO ed MIRKO arrivato in ritardo. Erano assenti NICOLETTA, ALESSANDRA GIOVANNI e MARCO, MARIA non aveva ancora iniziato il suo percorso.

Il ritorno di VILMA è stato accolto con entusiasmo sia dai pazienti sia dagli operatori. Appena entrata nella stanza di musicoterapia VILMA ha iniziato a suonare un sonaglio, che solitamente sceglieva durante le improvvisazioni. Il gruppo, guidato dalla musicoterapista, ha affiancato VILMA in questa suo "slancio" dando vita ad un'improvvisazione sfociata poi nella canzone d'inizio. Dopo il momento dell'accoglienza la musicoterapista suggerisce di eseguire il brano "Caruso". Questa canzone era stata proposta da

VILMA, è scelta dal gruppo per la seduta seguente, nell'ultima seduta alla quale era stata presente. Ricordandosene VILMA commenta: "Ah è vero. Chi propone la canzone poi non viene." E' STEFANO a rispondergli: "Eh no. Questo mito è stato sfatato, anzi, chi propone sicuramente si presenta la volta successiva."

VILMA giustifica la sua lunga assenza raccontando di aver dovuto assistere la suocera malata. Durante la prima esecuzione del brano entra MIRKO e sembra voler interromperla. Butta un grosso sonaglio in mezzo agli altri strumenti, appoggiati sul tappeto al centro della stanza, e si siede rumorosamente. Al termine della canzone afferma: "Caruso è veramente una lagna e porta sfiga!". Da questo istante comincia un lungo monologo di MIRKO che si lamenta della sua condizione di vita e minaccia come soluzione estrema il suicidio. Il gruppo è evidentemente scosso da quest'atteggiamento, a tratti anche aggressivo. L'infermiere e la psicologa tentano di contenere MIRKO con degli interventi verbali. In questa seduta lo psichiatra non era presente. La musicoterapista propone di eseguire "Il cielo in una stanza". MIRKO prova ad accompagnare con la chitarra senza cantare, ma non riesce a terminarla: "Oggi proprio non ce la faccio!". Esce dalla stanza con i suoi strumenti dopo che STEFANO si era alzato e gli aveva stretto la mano. A turno l'infermiere e la psicologa lo seguono all'esterno

della stanza. A questo punto è evidente lo stato di angoscia che MIRKO ha lasciato "in affido al gruppo".

VILMA racconta dei suoi tentativi di suicidio, LUCIO dei suoi pensieri sulla morte e STEFANO del suo ricovero. La musicoterapista propone al gruppo di scegliere una canzone dal repertorio. E' scelta ed eseguita "Io vagabondo". I pazienti si accompagnano con degli strumenti percussivi che vengono utilizzati, soprattutto da VILMA, per scaricare la tensione. Il risultato è molto caotico ma sembra essere efficace sul piano "distensivo". VILMA richiede un brano più "movimentato". Eseguiamo "Abbronzatissima". LUCIO, accompagnando con lo jembè, tenta di "mettere ordine" al "ritmo" che il gruppo crea. Sembra quasi riuscirci e ne gioisce. A questo punto la musicoterapista propone un ritmo al quale i pazienti riescono a aderire, avviando così il momento dell'improvvisazione.

STEFANO, commentando la seduta, prima della canzone finale afferma: "In gruppo, in generale, ma soprattutto in questo di musicoterapia, si perde l'individualità e la cosa più importante diventa la musica, si smette così di pensare ai propri problemi."

Gli "utilizzi" della musica e del suono sono stati completamente diversi per i quattro pazienti presenti in questa seduta: MIRKO con il suo insolito "non utilizzo", VILMA con il suo modo "scaricante", LUCIO con la modalità più creativa e STEFANO con quella fusionale.



La sensazione è stata però di essere di fronte ad un gruppo che, grazie anche alla musica, è riuscito a superare un evidente momento difficile.

Per MIRKO questa "crisi" sembra essere l'inizio di una nuova fase sia nella vita privata che all'interno del gruppo di musicoterapia. Torna a frequentare un centro diurno e si dedica maggiormente alla cura personale. Il suo atteggiamento verso il gruppo sembra cambiare in un migliore ascolto degli altri ed una maggiore capacità di controllo.

Nell'ultima seduta, la venticinquesima, prima della pausa estiva, era stato consegnato, ai presenti, una raccolta incisa su CD di tutti i "brani del repertorio" eseguiti nei primi sei mesi di vita del gruppo. Anche gli assenti, durante i loro appuntamenti estivi con lo psichiatra, hanno ricevuto la raccolta.

Al rientro dalla pausa estiva, il 13 settembre '07, alla ventiseiesima seduta, è stato chiesto ai presenti se avevano ascoltato il CD con la raccolta. Anche se in modo molto sintetico tutti hanno dimostrato di aver gradito quest'iniziativa.

In questa seduta sia l'atteggiamento che la presenza di MIRKO sembrano essere ancora influenzati da quella "nuova fase". Il gruppo da parte sua tenta timidamente di contenerlo: durante l'attacco della canzone "Gente di mare" (questa seduta è stata dedicata ad un *revival* dei brani in repertorio), ALESSANDRA fa

notare alla musicoterapista, con uno sguardo, la sua "disapprovazione" per il fatto che MIRKO ha attaccato da solo. La musicoterapista interrompe l'esecuzione chiedendo ad MIRKO se era consapevole di questo fatto. MIRKO risponde: "E' sì che mi sono accorto. Ma perché non sono partiti?"

La seconda "partenza" di "Gente di mare" è più corale ed accompagnata da sorrisi di approvazione da parte di tutti i partecipanti.

In questa seduta ha fatto il suo ingresso nel gruppo MARIA che in precedenza era stata ricoverata al DHT e che frequentava il relativo gruppo di musicoterapia. Dopo essere stata dimessa le è stato proposto di frequentare il gruppo ambulatoriale. MARCO, che come gli altri sembra aver ben accolto MARIA, propone per la seduta successiva il brano: "Tuca Tuca".

La ventisettesima seduta è coincisa, a parere degli operatori, con l'impressione di una "ri-nascita" del gruppo che dopo aver affrontato la pausa estiva riesce ad affrontare la paura della disgregazione e ritrova la coesione. C'è spazio in quest'occasione per vari momenti diversi e "gratificanti": dall'armoniosa partecipazione musicale durante l'improvvisazione, alla capacità ironica durante l'esecuzione del brano, al momento "quasi riflessivo" della verbalizzazione.

Simbolo di questa "emancipazione" del gruppo può essere considerato il momento della scelta del brano: da un'iniziale titubanza generale alla "cascata di proposte".

Da "Con il nastro rosa" passando per "Gelato al cioccolato" e "una di Jovannotti" fino ad arrivare a "Gli uomini", "Il tempo di Morire", "Luce (Tramonti a Nord Est)".

Anche in questa sequenza di brani proposti è possibile notare un ideale percorso che comprende la nascita, la maturazione, la morte e la "ri-nascita".

### *3.4 Il vissuto emotivo dello scrivente: una forma di setting interno.*

In questo paragrafo lo scrivente tenta di delineare il percorso della propria consapevolezza emozionale, maturata durante l'attività. Inoltre cercherà di comprendere quale importanza essa possa avere nel lavoro di Musicoterapia con pazienti psicotici.

Le considerazioni qui riportate sono frutto di alcuni momenti di supervisione risultati particolarmente importanti vista l'inesperienza dello scrivente nell'ambito psichiatrico.

Il ruolo svolto nell'attività sopra citata era quello dell'osservazione attiva: lo scrivente, in veste di tirocinante di musicoterapia, aveva cioè il compito di osservare il gruppo di musicoterapia e le sue evoluzioni.

Inoltre, egli stesso, con il consenso dei conduttori, ha ritenuto interessante il poter partecipare attivamente alle proposte sonore e musicali.

Nel percorso di consapevolezza emozionale è possibile indicare come principali 3 fasi:

1. "Entusiasmo" associato a prevalente ascolto di sé e sentimenti di "paura inconscia" e rabbia.
2. Pesantezza e tentativo di riempire i momenti "vuoti", associati al sentimento di tristezza.
3. Scoperta della possibilità di un Migliore equilibrio tra ascolto interno ed esterno.

La prima fase è stata caratterizzata da un utilizzo "espulsivo" della musica. Riprendendo il concetto della "segretezza" che Zapparoli espone nel suo testo "La Psicosi e il Segreto", è possibile ipotizzare che il sentimento di rabbia, che ha caratterizzato questa fase, sia ricollegabile a quella particolare atmosfera emotiva che si crea nel contatto con il paziente psicotico. Come è stato evidenziato nel paragrafo precedente il primo periodo dell'esperienza è stato caratterizzato, come testimoniano i vissuti degli operatori, dalla comune sensazione di "fatica". La difficoltà nell'avviare il processo terapeutico era dovuta alla non ancora sufficiente fiducia nel tipo di terapia e ai sentimenti di angoscia provocati dalla situazione grupale.

In questa fase il desiderio di "riempire" gli spazi vuoti e le verbalizzazioni con la musica, era per il sottoscritto, impellente ma costantemente auto-represso, solo nella seconda fase sarà realizzato.

Da parte del sottoscritto il modo di affrontare "momenti musicali" risultava "carico" di espressività e di apparente entusiasmo, nascondendo il reale bisogno di "espellere" sensazioni negative. In contrapposizione a questo apparente stato quello reale veniva dimostrato durante i momenti verbali all'interno dell'attività e nei momenti successivi di confronto tra gli operatori. Gli interventi

verbali dello scrivente erano caratterizzati dalla tendenza alla negazione e dalla "rabbia". Grazie ad un momento di supervisione è stato possibile ricondurre queste modalità ad una "paura" non riconosciuta ed espulsa tramite la musica, la negazione e la rabbia. Questa prima maturazione della consapevolezza ha poi condotto lo scrivente a percepire l'effettiva situazione di "fatica" nel vivere il gruppo, riscontrabile anche nelle esecuzioni dei brani, che risultavano appesantite e poco fluide. Il sentimento provato era ora la tristezza percepita soprattutto al termine delle sedute.

La modalità sonora era qui caratterizzata da un eccessivo tentativo di "riempire" attuato sia durante l'accompagnamento dei brani, sia durante le improvvisazioni sia durante i momenti di verbalizzazione. Lo scrivente in questa fase sperimentava, infatti, una modalità a mo' di "colonna sonora" creando degli accompagnamenti improvvisati anche durante i momenti di verbalizzazione. In alcuni casi queste "atmosfera" erano ben accette dai conduttori anche se dopo un'incontro di riflessione si è convenuto fosse più indicato suddividere nettamente i momenti "musicali" da quelli "verbali".

Anche questa fase è stata superata tramite una supervisione, nella quale si è ricondotto il sentimento di tristezza, alla "perdita energetica" dovuta alla sensazione di "fatica". Un episodio che risulta estraneo all'attività ma che ben simboleggia il momento è

stato lo smarrimento della propria chitarra, da parte dello scrivente, avvenuto durante un viaggio di ritorno in treno dopo una seduta.

Proprio il rapporto con lo strumento sarà importante per accedere alla terza fase. Evitando di utilizzare la chitarra fin dai primi momenti delle sedute, è stato possibile dedicarsi ad un "ascolto interno. In questa alternanza tra il dedicarsi ai sentimenti esperiti e l'utilizzare la musica in modo "difensivo" si è evidenziata una nuova possibilità d'ascolto più "completa". Un ascolto cioè multiplo: da un lato dedicato ai vissuti interni e dall'altro concentrato sugli eventi sonori. L'accettazione di vissuti interni negativi e la possibilità di utilizzare la musica come protezione (in modo più consapevole), ha generato nello scrivente un nuovo equilibrio, sfociato in sensazioni di maggiore serenità.

Nel lavoro con pazienti psicotici è fondamentale per il terapeuta la consapevolezza dei vissuti emotivi.

Si pensi all'esecuzione di una canzone: il musicoterapista consapevole del proprio vissuto emotivo può scegliere, pur partecipando direttamente alla produzione, sia di influenzarla sia di "analizzarla".

Nel primo caso userà la canzone come strumento terapeutico e nel secondo come momento di verifica dello "stato d'animo del

gruppo”, facendo attenzione a non influenzare l’esecuzione con il suo apporto sonoro.

Sempre nel lavoro con pazienti psicotici, può essere sfruttata la musica per alleviare i momenti d’angoscia che il gruppo può sperimentare.

Anche in questo caso, grazie alla consapevolezza e alla sensibilità musicale, il musicoterapista può intervenire “alleggerendo” ed “armonizzando”, per esempio, i momenti di verbalizzazione.



## 4. INTERVISTE E RESOCONTO

In questo capitolo sono riportate le trascrizioni delle interviste agli operatori che hanno partecipato all'attività sopra descritta.

Gli intenti sono:

- Verificare come professionisti nel campo della malattia psichica abbiano vissuto questa prima esperienza di musicoterapia.
- Verificare quale impatto questa prima esperienza abbia avuto sull'istituzione.
- Verificare come la musicoterapista abbia vissuto l'impatto con la realtà psicotica e l'istituzione psichiatrica.

La domanda che lo scrivente ha rivolto agli intervistati è la seguente:

“Quali sono secondo lei, alla luce delle esperienze passate, i Punti di Forza, I Punti di Debolezza, le Opportunità e i Rischi riscontrati durante la partecipazione all'attività di Musicoterapia?”

#### *4.1 Intervista allo psichiatra*

##### Punti di Forza:

La funzionalità della musica nella terapia risiede nella possibilità di modulare l'aggressività e l'angoscia che costituirebbero altrimenti un ostacolo al processo terapeutico.

La musica può essere considerata un linguaggio pre-verbale e in quanto tale essere utile nella terapia di patologie relative appunto all'area pre-verbale, come per esempio la psicosi.

##### Punti di Debolezza:

Trattandosi in questo caso di un gruppo con doppia conduzione è necessario che si crei la "coppia terapeutica". L'attuale formazione dei musicoterapisti non comprende la necessaria preparazione adatta al lavoro con pazienti psicotici.

##### Opportunità:

Questo tipo di attività risulta immediatamente socializzante prima che terapeutica facilitando e "alleggerendo" il lavoro degli operatori.

##### Rischi:

La musicoterapia nell'istituzione psichiatrica, visto il "cambiamento" che impone, può essere vissuta come "corpo estraneo", isolata e di conseguenza esclusa dal lavoro di "rete" necessario nel trattamento della psicosi.

## *4.2 Intervista all'infermiere*

### Punti di Forza:

La musica facilita l'espressione e la comunicazione anche in quei pazienti che non sarebbero in grado di affrontare psicoterapie di gruppo verbali.

Rispetto a queste, l'attività di musicoterapia, appunto perché usa lo strumento "musica", crea un clima di gruppo 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 risultano brevi ma molto significativi, la co-conduzione permette l'immediata restituzione da parte dello psichiatra.

Come per le altre terapie risulta di fondamentale importanza il lavoro d'equipe sia all'interno dell'istituzione che sul territorio.

### Punti di Debolezza:

La musicoterapia è un'attività nuova per questo CSM. La letteratura in merito risulta non ancora conosciuta e divulgata sufficientemente. Di conseguenza gli operatori incontrano delle difficoltà, all'interno dell'istituzione, nel proporre la musicoterapia come opportunità terapeutica.

#### Opportunità:

La Musicoterapia rappresenta una soluzione adottabile per quei pazienti che non sono in grado di affrontare terapie di gruppo di tipo verbale.

#### Rischi:

Come per le psicoterapie di gruppo esiste il rischio di un eccessivo carico di emozioni ed una conseguente crisi.

### *4.3 Intervista alla psicologa*

#### Punti di Forza:

Con i pazienti psicotici, la musica, ha rappresentato una "protezione" iniziale e, in un secondo momento, un tramite tra le emozioni e la loro espressione verbale. Risulta inoltre un facilitatore per la coesione del gruppo e rappresenta un terzo elemento nella relazione terapeutica.

Questa attività risulta anche stimolante nel recupero di ricordi e delle emozioni connesse ad essi, come ad esempio nel caso di MIRKO dopo l'esecuzione della canzone "In cerca di te" ("me la

cantava la mia mamma”) o come nel caso di GIOVANNI durante il momento di verbalizzazione seguito alla canzone “Generale” (“mio padre è un po’ `UN GENERALE’”).

Punti di Debolezza:

Necessitano di maggiore attenzione le fasi iniziali di accertamento e selezione: si è dimostrato maggiormente “faticoso” l’inserimento dei pazienti meno conosciuti dagli operatori.

Opportunità:

Promuovere una continuità, come nel caso di GIOVANNI, tra l’attività di musicoterapia e le altre sia di gruppo che singole: è possibile sfruttare “gli episodi” di espressione scaturiti durante il gruppo di Musicoterapia ed ampliarli in altri contesti.

Rischi:

E’ possibile che la musica sia utilizzata sia da pazienti, sia da operatori, come “alibi”, “difesa”, rallentando o addirittura impedendo il processo terapeutico.

#### *4.4 Intervista alla musicoterapista*

##### Punti di Forza:

Con la musicoterapia anche il paziente psicotico trova la possibilità di liberare e manifestare la propria espressione e sensibilità. Il suono e la musica che con la relazione, costituiscono i principali elementi dell'intervento, proprio perché rientrano in un linguaggio "altro" rispetto al verbale costituiscono un importante aggancio con la patologia psicotica. In particolare la musica cantata (canzoni) consente di esplorare aspetti legati all'affettività e al mondo emozionale; la musica suonata (improvvisazioni) fornisce un importante spazio espressivo-creativo e regressivo. Inoltre Attraverso questo lavoro si può favorire la consapevolezza della malattia; si muovono i primi passi verso un cambiamento di ottica di vita.

Questo tipo di attività ha anche rappresentato sia per i pazienti che per gli operatori uno spazio "leggero" dove poter sperimentare che la terapia può avvenire anche attraverso una dimensione ludica e di piacevolezza.

L'attività, proprio in virtù delle proprietà della musica, riesce ad sconfinare dal setting di seduta ed "infiltrarsi" anche nella quotidiana attività della struttura apportando dei benefici indotti

(esempio: la canzone scelta si canta sia giorni prima che giorni dopo la seduta; si parla della Musicoterapia anche tra gli operatori, tra pazienti, ecc.)

#### Punti di Debolezza:

Non avendo mai svolto lavori nell'ambito psichiatrico, ho incontrato alcune difficoltà principalmente nella scelta delle giuste attività da proporre.

- Ansia e diffidenza iniziale da parte dei pazienti.
- Hanno faticato ad affidarsi con fiducia alla nuova esperienza.
- Irregolarità nella frequenza e/o le frequenti assenze
- Soprattutto nella fase iniziale chiari sintomi difensivi e di disagio

Tra gli operatori che vi hanno partecipato, ho notato a volte un'importante imbarazzo nell'affrontare un tipo di lavoro espressivo, quale è quello musicoterapico. L'esporsi e il mettersi in gioco con l'utilizzo di modalità non "convenzionali" è stato a volte difficoltoso e troppo controllato.

#### Opportunità:

E' possibile "svelare" con la musicoterapia aspetti e risorse dei pazienti sconosciuti a loro stessi e agli operatori.

Negli operatori partecipanti può affinare un ascolto di tipo empatico portando l'attenzione su atteggiamenti e manifestazioni non considerate in altri contesti terapeutici (gruppi verbali, di disegno, ecc)

Rischi:

Questo tipo di attività potrebbe, sia dai pazienti che dalla struttura, essere fraintesa e valutata più di contenuti didattico-educativo o ricreativi che terapeutici.

Rappresentando una forma di terapia "alternativa" e innovativa l'istituzione potrebbe non essere ancora sufficientemente adeguata e flessibile e manifestare o troppo elevate aspettative o eccessive riserve.



#### *4.5 Resoconto dell'esperienza*

Attualmente gli operatori direttamente impegnati nell'attività, assieme a tutta l'equipe curante (a parte qualche "resistenza"), sono d'accordo sul ritenere la musicoterapia un'utile modalità d'intervento con pazienti psicotici.

Tutti i rischi ravvisati dagli operatori sono evitabili, assicurando una solida *cornice terapeutica* ed esercitando un lavoro di divulgazione dei risultati all'interno dell'istituzione.

Le opportunità riconosciute dagli operatori evidenziano come l'aspetto sonoro delle relazioni, possa positivamente influenzare il lavoro terapeutico in ambito psichiatrico.

Considerando le ultime sedute alle quali lo scrivente ha partecipato nell'ottobre '07, si è rilevato che per i pazienti non è ancora possibile affrontare in modo diretto il tema della sofferenza, a causa dell'inadeguata maturazione del gruppo.

Il fatto però che dopo nove mesi di vita, questo gruppo continui ad esistere, è già di per se un importante risultato, che rende evidenti i miglioramenti raggiunti dal gruppo stesso.

A questo proposito due sono i fattori che hanno rappresentato un ostacolo all'avvio e allo svolgimento dell'attività:

1. La musicoterapia assunta come nuova modalità terapeutica all'interno di quest'istituzione psichiatrica.
2. Le difficoltà insite nelle caratteristiche del gruppo: costituito da pazienti psicotici ambulatoriali.

La "risonanza" dell'attività ed i suoi risultati hanno raggiunto l'intera equipe curante durante le riunioni mensili, e un più ampio pubblico, durante un seminario organizzato dall'azienda ospedaliera (ULSS) della quale il CSM, più volte citato, fa parte. All'interno di questo seminario, dedicato al "senso del suono nel trattamento del disturbo mentale", gli operatori hanno esposto "l'esperienza ambulatoriale di musicoterapia in un CSM".

Considerato lo spazio temporale che l'istituzione accetta di dedicare alla nuova modalità, sembra così superato il primo ostacolo.

Anche il secondo ostacolo sembra appartenere al passato prossimo.

La coesione del gruppo descritta nel terzo capitolo appare ormai consolidata, è dimostrata da una maggiore fiducia dei pazienti nella "nuova opportunità terapeutica". La "nuova intonazione" tra pazienti ed operatori, è riscontrabile nell'atmosfera delle sedute, in particolare nelle ultime dell'ottobre '07, caratterizzata dal senso di

“leggerezza” contrapposto all’evidente “fatica” delle sedute di tutto il periodo iniziale.

Sono stati fondamentali, per raggiungere questo stato, due fattori:

1. La possibilità di sperimentare “l’essere con” dato dalla simultaneità, che nelle attività sonore e musicali si può vivere.
2. L’aver assicurato la cornice terapeutica.

Vedremo nella conclusione come sia possibile gestire questi due importanti fattori.

## CONCLUSIONE

*Chi ha detto, amico e fratello,  
che devi morire fra mille tormenti?  
Sai che il tormento è una voce?  
Sai che il dolore canta?  
Io mi sono chinato sopra di te,  
ho lavato le tue piaghe  
e ho scoperto la musica,  
la musica del dolore.  
E te l'ho anche detto,  
e tu mi hai guardato  
come si guarda un pazzo.  
Non hai creduto che tu,  
nascosto nell'immondizia,  
potessi darmi fremiti d'amore.*

Alda Merini

da "Francesco Canto di una creatura"

"Giocare con i suoni" può riportare l'essere umano a funzionamenti arcaici, dove poter percepire se stesso e gli altri in modi diversi da quelli che le altre forme di comunicazione possono dare. Grazie a queste "regressioni" torniamo a vivere esperienze di simbiosi e di fusione vicine alle prime della vita neo natale. Questi "viaggi" hanno caratterizzato un "momento terapeutico" fondamentale nel lavoro di musicoterapia con pazienti psicotici. Adeguando le proposte musicali all'effettiva disponibilità del gruppo e sostenendolo nelle esecuzioni, è stato possibile favorire la coesione grupppale.

E' stato così sperimentato "l'effetto d'insieme": i pazienti si sono trovati a "vivere" contemporaneamente la "stessa" "esperienza sensoriale" e quindi un prototipo di socializzazione. Questa condizione ha permesso di attenuare i sentimenti di angoscia, tipicamente vissuti nell'attività terapeutica di gruppo, ed accentuati nella patologia psicotica. L'effettiva esistenza di un gruppo al quale "appoggiarsi", è stata vissuta come possibile. Hanno così potuto trovare spazio anche momenti di ironia e di "leggerezza".

Nel percorso è importante l'ascolto che il musicoterapista dedica al gruppo. La scelta dei giusti tempi e dei giusti ritmi, quelli cioè praticabili dal gruppo, favorisce nei pazienti una maggior fiducia in se stessi, nel gruppo e nella modalità terapeutica.

L'utilizzo dello "strumento canzone" è risultato efficace sia nella ricerca della coesione, sia per altri aspetti non meno importanti. Limitando la scelta delle canzoni al repertorio italiano, è stato possibile stimolare un altro "piano d'azione", dal quale partire per riflessioni e recupero di ricordi ed emozioni. Il testo delle canzoni è servito in più occasioni come momento di contatto tra l'attività musicoterapica e quella psichiatrica. Stimolando delle discussioni sui testi delle canzoni, lo psichiatra ha potuto favorire un passaggio dal funzionamento "sensoriale" a quello "mentale". Contrapposto a quello precedente del "nutrimento" e della "consolazione", questo è stato il momento del cambiamento, della maturazione. Come

evidenziato dalla Lecourt il passaggio dal funzionamento "sensoriale" a quello "mentale" può provocare sentimenti di "frustrazione", vissuto che si è reso particolarmente evidente nel gruppo in questione.

Le "ri-esecuzioni" delle canzoni risultavano in questa fase "ottimali" diluendo la tensione creata e diventando "specchio della maturazione" del gruppo. Era possibile, infatti, notare come la produzione sonora fosse evidentemente influenzata dai momenti di verbalizzazione. In particolare il "suono grupale" sembrava "arricchirsi" di tutte le componenti individuali, dopo gli interventi dello psichiatra indirizzati a ricordare l'obiettivo terapeutico delle sedute, quello cioè di affrontare i temi della sofferenza anche attraverso l'uso della musica,.

Un apporto fondamentale per il buon funzionamento dell'attività, è stato l'assicurare la *cornice terapeutica*. E' infatti necessario "mantenere in rotta" il gruppo ed i suoi pensieri in merito all'attività sonora. In questa fase del lavoro è stata indispensabile la conoscenza messa in campo dagli operatori psichiatrici.

Il rischio che corre l'attività musicoterapica è quello di essere vissuto dai pazienti, ma anche dalla struttura istituzionale, esclusivamente come "ludico" e "di svago". In entrambi i casi, questo atteggiamento, può nascondere delle "resistenze" da parte dei pazienti, rispetto alla "maturazione" attivata dalla terapia e da

parte dell'istituzione, rispetto al riconoscimento ed accettazione della "nuova modalità" terapeutica.

Come si è evidenziato e motivato nel precedente capitolo, entrambe le "resistenze" sono state superate.

La "nuova" opportunità che la musicoterapia ha rappresentato nel trattamento con pazienti psicotici seguiti ambulatorialmente, è stata la promozione di funzionamenti emotivi e mentali diversi da quelli stimolati, per esempio, con terapie di tipo verbale.

Grazie alle conoscenze della musicoterapia intorno al mondo del sonoro, è possibile creare e gestire, le condizioni necessarie a far "vivere la musica" anche a pazienti gravi come quelli psichiatrici. La musicoterapia può fornire, "nuovi" modi di "ascolto" indirizzati alla scoperta delle capacità espressive dei pazienti e all'analisi degli "stati d'animo gruppali". Inoltre la promozione di utilizzi maggiormente creativi della musica, distanti dall'esclusiva espressione delle pulsioni, può fornire prototipi di maturazione affettiva e mentale.

A proposito di queste possibili "maturazioni" l'utilizzo dello strumento "libera improvvisazione sonora" può rivelarsi fertile.

Attraverso l'esperienza, si è potuto constatare, come questo momento costituisca un "linguaggio pre-verbale" adeguato all'espressione di pulsioni, resistenze e vissuti interni. Con un'adeguata e "armonica" modifica alla cornice terapeutica,

sarebbe possibile favorire un'ulteriore "momento di maturazione". Effettuando la registrazione sonora delle improvvisazioni e proponendone l'ascolto, si favorirebbe la mentalizzazione delle "comunicazioni" "agite" dai pazienti durante le improvvisazioni.

Il passo successivo ipotizzabile, sarebbe quello di promuovere nei pazienti l'accesso e l'espressione delle proprie emozioni, esperite durante le improvvisazioni.

Per far sì che queste opportunità si concretizzino, è fondamentale una collaborazione "armonica" tra musicoterapista ed operatori psichiatrici. Avvicinarsi alla "realtà psicotica" comporta un impegno "emotivo" notevole. Le varie esperienze infermieristiche, psicologiche e psichiatriche psicomotriche, possono coordinare i "percorsi terapeutici". Dal canto suo la musicoterapia, offre la possibilità agli operatori, oltre che ai pazienti, di vivere il lavoro di terapia in modo più "leggero".

"Vivere la musica" si è dimostrato non solo uno strumento terapeutico ma anche una grande opportunità di crescita.



## BIBLIOGRAFIA

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 Psicanalisi*, Milano 1988

AA.VV. a cura di D. Aldrige G. di Franco E. Ruud T. Wigram, *Musicoterapia in Europa*, Roma 2001

J. Alvin, *Terapia Musicale*, Roma 1981

Jean Bergeret, *Psicopatologia Patologica*, Milano 1979

K. E. Bruscia, *Casi clinici di Musicoterapia (adulti)*, Roma 1991

G.O. Gabbard, *Psichiatria Psicodinamica*, 1995 Milano

E. Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Parigi1993

E. Lecourt, *La musicoterapia*, Parigi1988

G. Manarolo, *L'Angelo della Musica*, 1996 Omega Edizioni

D.N. Stern, *Il Mondo Interpersonale del bambino*, 1987 Torino

G.C. Zapparoli, *La psicosi e il segreto*, 1987 Torino

*Ringrazio*

*Mario, Manuela e la scuola per la fiducia*

*Antonia per la pazienza ed il prezioso aiuto*

*Silvia per l'entusiasmo*

*Annibale per la sincerità*

*Tatiana e Giovanni per la collaborazione*

*I bibliotecari di Ghedi per la professionalità*

*I pazienti*

*Alberto, Marco, Annarosa, Matteo, Elisa, Daniele, Paola, Marco e Sara per l'energia*

