

**Alessio Rocchi**

via Martiri della Libertà, 18

13878, Candelo, BI.

[rocchialessio@yahoo.it](mailto:rocchialessio@yahoo.it)

349 7504352

## **RELAZIONE FINALE SPERIMENTAZIONE DELLA DISCIPLINA MUSICOTERAPICA NELLA CURA DELLE DEMENZE**

Il progetto è nato dall'esigenza di valutare in un contesto di equipe terapeutica l'efficacia e le potenzialità del trattamento musicoterapico applicato a casi di demenza.

### **DEFINIZIONE DI MUSICOTERAPIA E REFERENTI TEORICI**

La musicoterapia fa parte di quelle discipline definite come terapie espressive; queste, in generale, si prefiggono l'obiettivo di promuovere quelle modalità di interazione interpersonale arcaiche, preverbalì e già presenti nei primi momenti della vita. Queste competenze si conservano anche quando il degrado neuronale dovuto alla malattia interessa i centri cerebrali della comunicazione verbale.

La musicoterapia si pone, quindi, l'obiettivo di aprire e valorizzare canali di comunicazione arcaici e preverbalì, creare uno spazio comunicativo transizionale basato sulle competenze residue del paziente, sulle sue parti sane, in cui si possa individuare un'area a cavallo tra le esigenze del mondo interno e le necessità della realtà esterna.

Essendo la musicoterapia un trattamento imperniato sul canale comunicativo corpo-sonoro-musicale nella sua accezione più vasta, essa è in grado di agire in modo isomorfo alle qualità innate, pre-protosimboliche dell'individuo, ma anche su quelle acquisite, simboliche, al fine di attivarle, regolarle, qualificarle, integrarle in una dimensione intrapersonale e interpersonale.

La peculiarità della relazione musicoterapica è quella di essere incernierata al mediatore sonoro-musicale, mediatore avente caratteristiche tali da favorire il generarsi di momenti di sintonizzazione affettiva (Stern) e di un'area transizionale (Winnicott), un ponte tra il mondo interno ed il mondo esterno, uno spazio in cui si può creare una comunicazione condivisa.

La finalità di un trattamento musicoterapico, applicato nei casi di demenza di Alzheimer, è quindi quello di instaurare un relazione terapeutica che si basi su una

comunicazione condivisa che si modelli sulle competenze del paziente, sulla valorizzazione dell'individuo e delle sue parti sane con la finalità ultima dell'armonizzazione e riduzione dell'handicap (Postacchini) attraverso un percorso terapeutico e/o riabilitativo. In secondo luogo c'è il fine di osservare le dinamiche inter-intrasoggettive dei pazienti, condividere questa osservazione con gli operatori e, quando utile per la salute dell'utente stesso, con i familiari e/o i caregivers al fine di dare loro obiettive chiavi di lettura dei comportamenti e di sensibilizzarli alla lettura del canale comunicativo non-verbale.

Le strategie utilizzate sono il ricercare momenti di sintonizzazione affettiva attraverso i quali poter attivare un processo di armonizzazione che migliori il rapporto tra la dimensione sensoriale e quella mentale e che faciliti la regolazione degli aspetti emotivi della relazione (vale a dire una maggiore fluidità bidirezionale tra sensazione↔percezione↔pensiero).

Questo intervento affonda le sue fondamenta in referenti teorici propri della psicologia dinamica: sono utilizzate le concettualizzazioni di Daniel N. Stern sulla psicologia dello sviluppo del senso del sé e il concetto di armonizzazione di Pier Luigi Postacchini; la modalità osservativa impiegata è quella espressa dall'osservazione diretta e partecipe della Bick. L'analisi dell'elemento sonoro-musicale fa riferimento al fonosimbolismo di Fernando Dogana e alla teoria degli oggetti transizionali e dei fenomeni transizionali di Donald Winnicott; il quadro teorico è inoltre integrato con concetti Benenzoniani quali quello di spazio vincolare, di oggetto intermediario e di ISO (identità sonoro musicale).

## APPLICAZIONE E OBIETTIVI DEL PROGETTO

Le demenze e la malattia di Alzheimer in particolare vedono spesso il loro decorso complicato da disturbi psichici; l'espressione delle capacità cognitive residue può essere influenzata negativamente dalla presenza di tali disturbi. Sia che vengano considerati primari, cioè manifestazione diretta dell'evoluzione della malattia neurologica, o secondari, cioè conseguenza delle sue ripercussioni funzionali, i disturbi psichici in corso di demenza modificano e modellano l'espressione clinica della patologia neurologica sottostante. Ciò giustifica un approccio terapeutico specifico e l'utilizzo di tecniche che valorizzino le parti sane del paziente all'interno della seduta, favorendo l'integrazione e l'armonizzazione di queste parti con la finalità di abbassare il livello di handicap.

La musicoterapia non si pone alcun obiettivo rispetto all'acquisizione di competenze musicali specifiche, né ricerca risultati validi rispetto a canoni estetici universalmente riconosciuti. L'aspetto più importante nel lavoro musicoterapico è quello della relazione che il soggetto, durante le sedute, instaura con il musicoterapista e con gli altri soggetti se si tratta di una seduta di gruppo. Lo scopo generale prevede la canalizzazione e l'educazione della socialità dei comportamenti e delle emozioni al fine di armonizzare ed integrare l'handicap; tale scopo comprende il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Aprire canali di comunicazione: espressivi, affettivi, di percezione e di comprensione.
- Migliorare la socializzazione e l'interazione cercando di far vivere esperienze positive e gratificanti.
- Stimolazione attiva e multisensoriale.
- Stimolo delle funzioni cognitive, attivando le capacità di base partendo da ciò che la persona è in grado di fare: attenzione, concentrazione, percezione, osservazione.
- Stimolo delle capacità sensoriali ed intellettive.

## **DESTINATARI**

I destinatari del progetto sono stati tre pazienti affetti da demenza (non solo malattia di Alzheimer) individuati dall'equipe del Centro Diurno del Cerino Zegna e del NAT con lo scopo di sottoporre al trattamento musicoterapico persone con caratteristiche personologiche varie e con diverse peculiarità patologiche.

Le persone sono state inviate al trattamento a partire dalla terza settimana di maggio 2008 ed hanno terminato il ciclo terapeutico alla fine di luglio. Le sedute hanno avuto cadenza bisettimanale per tutti e tre i pazienti sottoposti al trattamento.

I tre pazienti inviati al trattamento sono: Giacomo Piana (CDA), Antonella Cappato (NAT) e Rita Francesetti (NAT). La scelta dei pazienti è stata guidata dalla volontà di offrire ad un gruppo quanto più eterogeneo possibile lo stesso tipo di trattamento per poter monitorare gli effetti relativamente alle caratteristiche patologiche.

## MODALITA' DI VERIFICA

Il momento di verifica del lavoro svolto è costituito dalla condivisione dei contenuti dei Protocolli di Osservazione stesi al termine di ogni seduta. I protocolli si rifanno al metodo di verifica messo a punto da Raglio nel contesto di ricerca sulla musicoterapia applicata ai casi di demenza presso l'istituto Sospiro. I protocolli rilevano la quantità, la durata e le caratteristiche delle produzioni del paziente e del musicoterapista oltre che gli elementi e/o parametri sonoro-musicali ricorrenti o che compaiono per la prima volta nelle sedute; vengono inoltre rilevati la quantità di stimoli proposti dal musicoterapista e le produzioni spontanee del paziente.

Il protocollo deriva dalla teoria psicologica del Sé di D. Stern il quale individua nella compartecipazione dell'attenzione, nella compartecipazione delle intenzioni e nella compartecipazione dell'affettività gli elementi caratterizzanti la relazione intersoggettiva. La compartecipazione dell'attenzione si può considerare come un primo livello di intensità di relazione diretta con il terapeuta (T1) e/o mediante gli strumenti (S1): essa implica un contatto visivo del paziente con gli strumenti e/o con il musicoterapista; la compartecipazione delle intenzioni si pone come secondo livello di intensità (T2, S2) e implica un avvicinamento fisico al terapeuta e/o un ascolto-esplorazione degli strumenti; la compartecipazione degli affetti (unitamente alle sintonizzazioni) si considera come un terzo livello di intensità (T3, S3) e presuppone un'interazione con fine comunicativo con il terapeuta e/o un utilizzo con scopo comunicativo di strumenti o di materiale sonoro-musicale.

Attraverso la compilazione di questo protocollo è quindi possibile rilevare la quantità e l'intensità dei momenti relazionali di tipo T e di tipo S; è inoltre possibile quantificare i momenti di allontanamento del paziente dal musicoterapista e/o dal setting strumentale, i movimenti afinalistici del paziente, i momenti di wandering ed altri comportamenti.

## RISULTATI

### GIACOMO

**Giacomo** è stato inviato al trattamento musicoterapico per cercare di far fronte ad un problema specifico e circoscritto: l'ansia e l'agitazione che lo interessa ricorrentemente dopo il pranzo. In questo momento della giornata appare evidente l'irrigidimento delle difese di Giacomo nei confronti del disorientamento dovuto alla malattia. Queste difese, fortemente mentalizzate, si manifestano in comportamenti concernenti la vita professionale e pubblica di Giacomo, rendendo problematico il contenimento del paziente da parte del personale.

Durante le prime sedute di valutazione Giacomo ha investito il setting di un valore legato al suo mondo professionale; a questa proiezione va dato il valore difensivo di cui sopra poichè in un contesto a lui familiare, dove possa sentirsi maggiormente padrone delle situazioni come di se stesso, Giacomo è in grado di fare conversazione (usa in modo coerente le formalità che si riservano ai colleghi di lavoro, ai dipendenti, ecc..) e di gestire la relazione in modo coerente.

Una seconda caratteristica del setting di musicoterapia, durante le prime sedute, è stata quella legata alla ripetizione: la stessa frase, lo stesso proverbio, lo stesso argomento di discussione veniva proposto da Giacomo con andamento circolare e ripetitivo.

Queste strategie di difesa messe in atto da Giacomo mi hanno portato ad adeguare le caratteristiche del setting e della terapia alle sue peculiarità personologiche e patologiche. La stanza è stata allestita in modo da prestarsi meno alla proiezione di contenuti legati alla sfera professionale (luce soffusa, poltrona, assenza di oggetti posti tra me e Giacomo, musica a basso volume) e maggiormente caratterizzata da un'atmosfera informale.

La musica proposta a Giacomo è stata selezionata proponendo alcuni ascolti che potessero essere legati alla sua esperienza personale. “La strada nel bosco”, “Che gelida manina” e “Parlami d'amore Mariù” sono state subito riconosciute da Giacomo. L'ascolto di queste tre musiche ripetute circolarmente è stata la caratteristica sonoro-musicale del setting a partire dalla sesta seduta. La strategia difensiva di Giacomo, che si esprime nella ripetizione, è stata proposta dall'esterno, da una fonte altra. Per alcune sedute questa strategia terapeutica ha fatto sì che Giacomo disinvestisse la mia figura del valore formale legato alla sfera professionale e che cominciasse a relazionarsi con me in modo informale (il fatto che in questa svolta della relazione sia emerso l'utilizzo del dialetto piemontese pare significativo).

Il grafico di seguito riportato rappresenta l'andamento del trattamento nei suoi

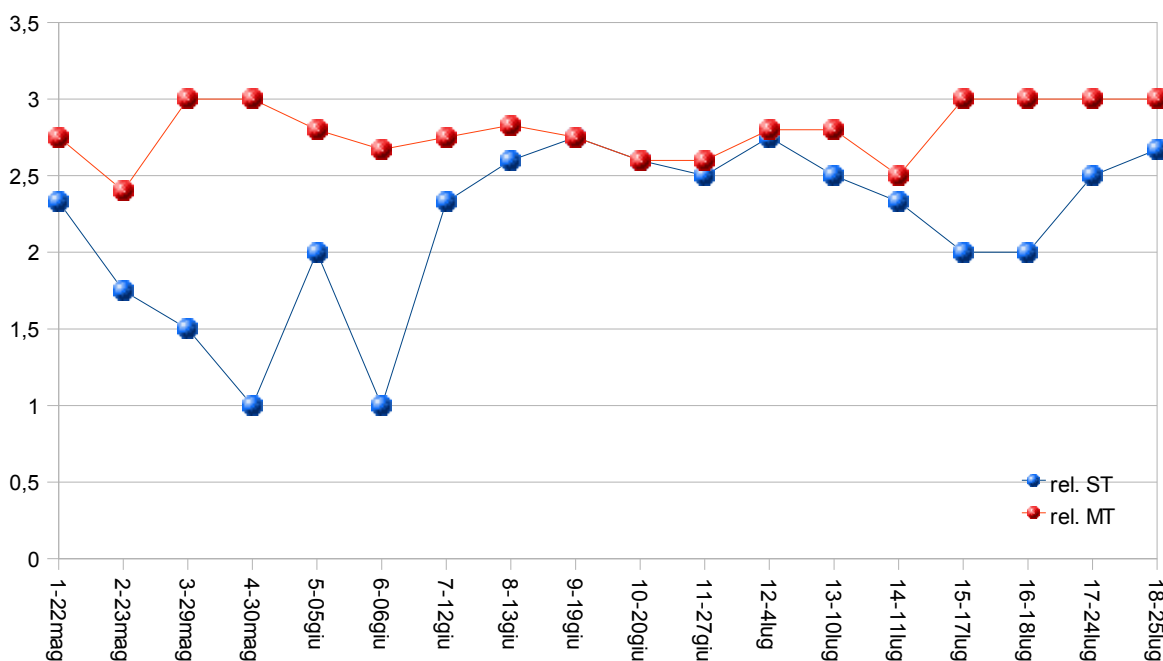
aspetti fondamentali: la relazione strumentale (con l'oggetto sonoro-musicale) e con il musicoterapista. Si può osservare che dopo la sesta seduta (modifica del setting ed inizio dell'ascolto circolare) l'andamento della relazione con il sottoscritto (si intende il contenuto emozionale delle verbalizzazioni, i momenti di rilassamento legati alla vicinanza empatica) sia sostanzialmente isomorfo a quello relativo alla relazione con l'oggetto musicale (durante le sedute Giacomo ha ascoltato in silenzio, cantato, commentato e, durante la tredicesima seduta, mosso un paio di passi di danza). Questo consolidamento delle dinamiche relazionali all'interno del setting induce a pensare che, nonostante la pressochè totale assenza di produzioni sonore musicali (se non il canto di alcune strofe), Giacomo abbia goduto della relazione terapeutica basata sulle sue competenze residue.

Vi sono stati, durante il trattamento e soprattutto durante le ultime sedute, dei momenti di vicinanza empatica particolarmente intensi. I contenuti delle verbalizzazioni che hanno portato il setting in questa direzione sono relativi al rapporto di Giacomo con la moglie Ilva ed alle vicende legali nelle quali Giacomo si sente ancora invischiato. Pare qui opportuno sottolineare l'importanza che ha acquisito la sensazione di risoluzione (in termini musicoterapici si è cercato di contenere questi momenti con delle cadenze) che è stata trasmessa a Giacomo e che ha intensificato il contatto relazionale fino alla commozione ed al rilassamento. Questi momenti di rilascio emotivo sono sempre stati accompagnati da un importante rilascio delle tensioni muscolari, da una riduzione dei movimenti afinalistici, variazioni della postura, prolungati contatti visivi, l'abbandono delle richieste relative alla moglie e da una difficoltà, particolarmente intensa, nell'abbandono del setting.

Posso dire che gli obiettivi progettuali sono stati raggiunti appieno se si considera il solo setting musicoterapico. Non ha trovato soluzione, invece, il forte disagio vissuto da Giacomo al momento del distacco dal setting stesso. Come era stato previsto, prima che cominciassero i trattamenti, si è provocata l'attivazione di queste dinamiche il cui contenimento è risultato difficoltoso. Questo stato agitato che ha tormentato Giacomo dopo le sedute è, con tutta probabilità, da imputarsi al contrasto che vi è tra uno spazio ridotto, organizzato temporalmente e dove la relazione può essere adeguata istante dopo istante al mondo interno del paziente ed uno spazio maggiormente ricco di stimoli potenzialmente difficili da gestire dallo stesso. La letteratura esistente sul trattamento dell'Alzheimer con tecniche musicoterapiche riporta questo possibile risvolto (soprattutto laddove il quadro patologico non sia ancora degenerato a tal punto da disorientare completamente la persona) negativo

specificando che, quando il trattamento si inserisce nella routine del paziente, l'impatto tra intrasetting ed extrasetting diviene meno disorientante.

In conclusione possiamo dire che il trattamento di Giacomo ha avuto buoni risultati solo all'interno del setting. L'agitazione e l'ansia che lo hanno interessato così fortemente in seguito alle sedute potrebbero essere motivo di invio ad un trattamento grupppale nel quale il paziente possa trovare delle costanti tra l'interno e l'esterno del setting.



## RITA

**Rita** è stata inviata al trattamento poiché da sempre appassionata di musica, di cui è da sempre una grande fruitrice. Durante le prime sedute le è stato proposto sia di utilizzare gli strumenti sia di ascoltare della musica. Dall'osservazione intrasetting è apparsa evidente una sostanziale adesività alle consegne, direttive o non direttive, alla quale però non corrispondeva una così immediata partecipazione emotiva alle produzioni sonoro-musicali. Queste ultime all'inizio del trattamento erano brevi e sempre interrotte quando l'intensità andava crescendo. L'adesività di Rita non sembra perciò essere una condotta imputabile alla malattia ma, piuttosto, una peculiarità personologica divenuta difesa.

L'ascolto di musica era caratterizzato da una profonda partecipazione: lunghi sospiri, lo sguardo fuori dalla finestra, fugaci occhiate al sottoscritto facevano intuire uno stato

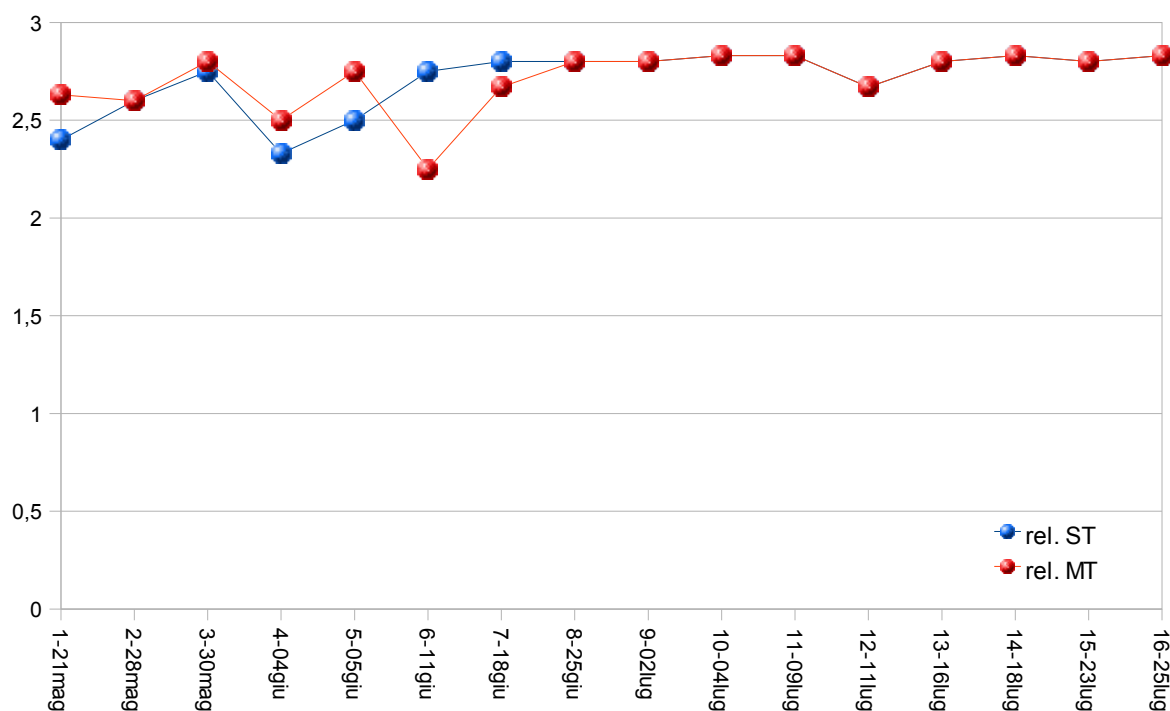
emotivo simile alla contemplazione nei confronti dell'elemento sonoro-musicale.

Gli obiettivi musicoterapici sono stati orientati in direzione di una maggiore partecipazione alle produzioni, ad una minore accondiscendenza rispetto alle consegne ed alla condivisione degli stati interni evocati dall'audizione. Durante le prime cinque sedute le produzioni sonore sono state di carattere esplorativo, gli strumenti venivano utilizzati dopo un momento di osservazione e le produzioni conseguenti erano speculari alle mie. Questa caratteristica è improvvisamente scomparsa in favore di una fruizione degli strumenti maggiormente espressiva dopo l'introduzione della voce cantata, accompagnata da un tamburello. La voce è diventata l'elemento facilitante principale, la relazione terapeutica si è incernierata a questa modalità espressiva che ha successivamente consentito l'utilizzo di quasi tutti gli strumenti del setting. Le produzioni sonore sono diventate sempre più ricche di espressività, più lunghe e maggiormente coerenti con gli stati emotivi evocati dagli ascolti. Dalla decima seduta Rita mi riconosce quando entro in reparto e cerca di attirare il mio sguardo battendo a terra il bastone, dalla stessa seduta esprime inoltre il suo piacere nell'entrare nella stanza dove svolgiamo le sedute (che lei chiama: "la nostra stanza").

Nel grafico più sotto riportato è rappresentato l'andamento della relazione che Rita ha avuto con l'oggetto sonoro-musicale (gli ascolti e le produzioni sonore) e quella che ha avuto con me. Si può notare che già dall'ottava seduta vi è un totale isomorfismo tra la relazione strumentale e quella terapeutica, questo andamento sottolinea la funzione centrale che ha avuto l'elemento sonoro-musicale nel percorso riabilitativo. Con il consolidamento della relazione terapeutica si è anche assistito ad un aumento delle produzioni spontanee, contraddistinte dalla scelta costante delle percussioni e dalla forte intensità. I crescendo che hanno popolato le sedute di Rita si sono sempre interrotti con il ritiro della paziente dalla produzione, il che fa ritornare il pensiero a quella caratteristica di auto-inibizione già menzionata. Questa dinamica interna si manifesta più tardi se la modalità espressiva è diversa dal gesto, le verbalizzazioni seguite agli ascolti ed il linguaggio del corpo durante gli stessi, infatti, mettono in luce una modalità inter-intrasoggettiva maggiormente riflessiva ed integrata. Nei momenti in cui Rita è stata in questa condizione le possibilità relazionali sono state maggiori come sono state più evidenti le sue competenze residue e le sue incomprensioni ambientali.

In conclusione possiamo riflettere sul fatto che Rita all'interno del setting di musicoterapia abbia manifestato una modalità relazionale legata alla contemplazione ed alla

riflessione, favorite dall'ascolto musicale. È inoltre importante sottolineare che tutte le produzioni sonore spontanee sono direzionate al crescendo (alla catarsi, allo sfogo).



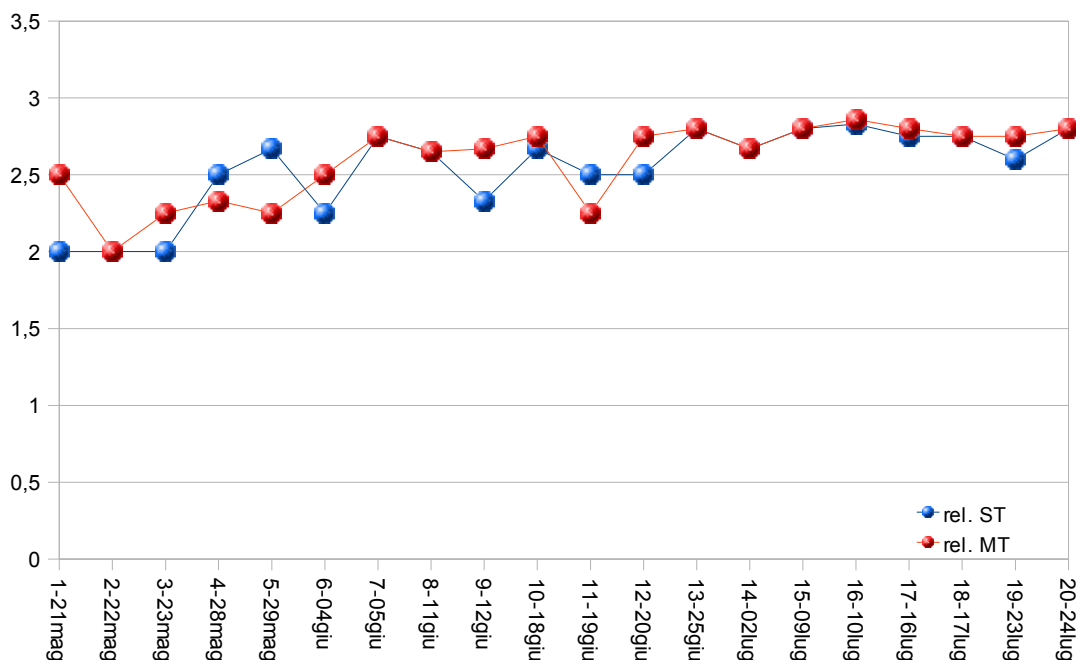
## ANTONIETTA

**Antonietta** (Nella) è stata inviata al trattamento musicoterapico poiché, durante le sedute condotte dalla psicomotricista nella stanza bianca, ha dimostrato in diverse occasioni la sua sensibilità riguardo alla fruizione musicale e di possedere memorie molto profonde rispetto alle liriche più famose. Nella risulta essere una assidua frequentatrice dei teatri, appassionata alla musica classica ed alle opere. Sin dalle prime sedute gli ascolti hanno suscitato, sia a livello verbale che motorio, reazioni espressive coerenti con l'ascolto. Il contesto sonoro musicale legato agli ascolti fa sì che Nella investa il setting di valenze legate all'affettività e alla sensualità. In diverse occasioni, infatti, Nella ha ascoltato la musica, si è alzata, mi ha invitato a fare lo stesso e dopo avermi abbracciato ha cominciato a ballare, muovendosi in modo coerente rispetto al ritmo della musica ed ai miei movimenti. In queste situazioni Nella ha utilizzato competenze molto fini nel gestire gli spazi, i movimenti, gli sguardi. Durante i momenti di cui sopra, inoltre, le verbalizzazioni sono state maggiormente concise e coerenti,

consentendo anche dello spirito.

Durante le prime sedute Nella non ha prodotto suoni spontaneamente, solo dopo avere ascoltato della musica, dopo avere ballato ha cominciato ad esplorare gli strumenti presenti nel setting. Osservando la gestualità con cui conduceva le esplorazioni ho potuto notare come la motricità fine sia decisamente più utilizzata e integrata rispetto all'uso di movimento massimali. Questo particolare riporta al fatto che le sue produzioni sonore siano state sempre caratterizzate da suoni a bassissima intensità, prodotti da movimenti piccoli. Dopo circa dieci sedute Nella ha cominciato a dimostrare un maggiore orientamento all'interno del setting e a riconoscermi quando mi vedeva in reparto. Una volta arrivata nella stanza di musicoterapia si dirigeva subito verso il timpano (un tamburo di fronte ad una sedia), afferrava i battenti e cominciava a suonare.

In conclusione possiamo dire che il contesto relazionale ha favorito il riaffiorare di competenze sopite (utilizzo di strumenti, imitazione, adattamento, gestione dello spazio nel contesto duale) e che tale contesto è stato favorito dall'elemento sonoro-musicale (in particolare dall'ascolto condiviso). Anche per Nella, la tabella sottostante riporta l'andamento di tale contesto relazionale.



## CONCLUSIONI

In conclusione del presente progetto si può certamente affermare che all'interno del setting musicoterapico i pazienti sottoposti al trattamento abbiano avuto la possibilità di instaurare una relazione significativa e basata sulle loro competenze residue. Che questa relazione abbia effetti terapeutici osservabili anche nel contesto quotidiano, extrasetting, vi sono studi, in ambito di ricerca, che lo dimostrano (vedasi l'esperienza della Fondazione Sospiro). Tuttavia, a fronte dei dati raccolti intervistando il personale di reparto, non vi sono state nei tre casi trattati variazioni comportamentali all'esterno del setting; la piacevolezza con la quale i soggetti inviati al trattamento seguivano il musicoterapista verso il setting è stata la sola particolarità osservata dagli operatori che, non avendo ricevuto consegne specifiche rispetto all'osservazione dei pazienti, non hanno rivolto particolare attenzione alle eventuali variazioni degli stessi.

Candelo, 4 ottobre 2008

**Alessio Rocchi**