



FONDAZIONE I STUD

L'Arteterapia: efficacia, efficienza e sostenibilità in Italia e all'estero

Programma Scienziati in Azienda - XII Edizione

Stresa, 26 settembre 2011 – 27 luglio 2012

I° Project Work

A cura di: Antonio Caputi, Michele Cotugno De Palma, Federica Di Gennaro, Stefania Piarulli,
Federica Picone, Ines Sisti, Patrizia Tota e Rita Villanacci

INDICE

PREFAZIONE	pag 3
1. L'ARTETERAPIA	
1.1 Cos'è l'arteterapia	pag 4
1.2 Arteterapia ieri e oggi	pag 5
1.2.1 Excursus storico	pag 5
1.2.2 Evoluzione delle teorie psicologiche sull'arteterapia	pag 7
1.3 L'arteterapia in Italia	pag 12
1.3.1 Osservazioni sull'arteterapia	pag 15
1.4 Ambiti di applicazione	pag 19
1.4.1 Disegno e la pittura	pag 20
1.4.2 L'uso della scrittura	pag 21
1.4.3 La danza	pag 21
1.4.4 La musica	pag 22
1.4.5 Il teatro	pag 22
1.4.6 La cinematografia	pag 22
2. LA MUSICOTERAPIA	
2.1 Introduzione	pag 24
2.2 Cenni storici	pag 25
2.3 I modelli di musicoterapia	pag 26
2.3.1. Immaginazione guidata di H.Bonny	pag 26
2.3.2 Musicoterapia creativa di Nordoff-Robbins	pag 28
2.3.3 Il modello di M.Priesley	pag 28
2.3.4 Il modello di Benezon	pag 29
2.3.5 Il modello di Alvin	pag 30
2.3.6 Il modelli di Orff	pag 31
2.4 Gli aspetti tecnico operativi	pag 32
2.4.1 Il ruolo della coppia terapeutica: musico terapeuta e coterapeuta	pag 32
2.4.2 La supervisione	pag 32
2.4.3 La costruzione di un progetto musicoterapico	pag 32
2.5 Le tecniche musicoterapiche	pag 33
2.5.1 La musicoterapia improvvisativa individuale	pag 34
2.5.2 Musicoterapia improvvisativa gruppale	pag 35
2.5.3 Musicoterapia ricettiva individuale	pag 35
2.5.4 Musicoterapia ricettiva gruppale	pag 35
2.6 Basi scientifiche della musicoterapia	pag 36
2.7 Musicoterapia e patologia	pag 38
2.8 Campi di applicazione della musicoterapia	pag 39
2.9 Musicoterapia in dementia	pag 41
2.9.1 Alzheimer disease	pag 41
2.10 Musicoterapia nell'autismo	pag 45
2.11 La musicoterapia nel trattamento del dolore	pag 48
2.11.1 Musicoterapia e cure palliative	pag 49
2.12 Efficienza e sostenibilità	pag 51
3. LE ARTI GRAFICHE COME TERAPIA	
3.1 Introduzione e cenni storici	pag 52
3.2. Metodi e campi di applicazione	pag 52
3.3 Efficacia ed efficienza delle arti grafiche come terapia	pag 59
3.3.1 Esempi di applicazione	pag 59
3.3.2. Il punto di vista di un esperto: Paola Bianchi	pag 65
3.4 Pubblicazioni in Italia e all'estero	pag 66

4. LA DANZATERAPIA	
4.1 Cenni storici	pag 69
4.2 Cos'è la danza terapia	pag 70
4.3 Metodologie di danza terapia	pag 71
4.3.1 Danzaterapia analitica	pag 72
4.3.2 Metodo di Maria Fux	pag 73
4.3.3 Metodo dell' "expression primitive"	pag 74
4.4 La danza terapia in Italia	pag 75
4.5 L'uso della danza nell'osservazione di una bambina con Sindrome di Down	pag 77
4.5.1 Introduzione	pag 77
4.5.2 Metodi, analisi dati e risultati	pag 77
4.6 Effetti dell'attività fisica su pazienti con Morbo di Alzheimer	pag 83
4.6.1 Introduzione	pag 83
4.6.2 Metodi, analisi dati e risultati	pag 85
4.6.3 Discussione	pag 86
4.7 Danza come terapia per gli individui con Morbo di Parkinson	pag 86
4.7.1 Introduzione	pag 86
4.7.2 Metodi, analisi dati e risultati	pag 88
4.7.3 Perché la danza? Potenziali meccanismi d'azione	pag 88
4.8 Conclusioni	pag 89
5. DISCUSSIONE	pag 90
BIBLIOGRAFIA	pag 93

PREFAZIONE

Sempre più l'approccio farmaceutico convenzionale con cui vengono trattate alcune tipologie di pazienti, risulta essere sterile, un approccio che scinde l'unità corpo-mente dell'individuo, un approccio che non considera il lato psicologico del soggetto.

Crediamo che sia molto importante che il paziente affetto da determinate patologie venga affiancato non solo dal medico, ma anche da una figura che crei un collegamento tra l'ambiente esterno e il soggetto, una figura che tenga conto delle sue sensazioni e dei suoi stati d'animo e che permetta al paziente di esprimersi nel miglior modo possibile, che gli permetta di affrontare al meglio il disagio psicologico derivante dalla malattia.

CAPITOLO 1

L'ARTETERAPIA

1.1 Cos'è l'Arteterapia?

“Ogni forma d’arte, di letteratura, di musica deve nascere nel sangue del nostro cuore . L’arte è il sangue del nostro cuore; io non credo in un’arte che non nasce dal desiderio dell’individuo di rivelarsi all’altro. Io non credo in un’arte che non nasce da una forza , spinta dal desiderio di un essere di aprire il suo cuore.”

Edward Munch.

Citando le parole della studiosa **Alessandra Improta**, collaboratrice del Prof. Lucioni, per dare una definizione di Arte- terapia: *“L’Arte- terapia può essere intesa come l’insieme dei trattamenti terapeutici che utilizzano come principale strumento il ricorso all’espressione artistica allo scopo di promuovere la salute e favorire la guarigione, e si propone come una tecnica dai molteplici contesti applicativi, che vanno dalla terapia, alla riabilitazione e al miglioramento della qualità della vita”*.

L’arte permette un’espressione diretta, immediata, spontanea, arcaica ed istintiva di noi stessi che non passa attraverso l’intelletto.

Ognuno ha in sé delle risorse proprie e un potenziale autorigenativo che va semplicemente stimolato. L’Arteterapia svolge questa funzione e ci consente di credere ed essere fiduciosi nelle capacità che tutti quanti noi possediamo. Lavorando sulle risorse individuali e utilizzando le parti positive, si ottengono dei cambiamenti più facilmente e stabilmente che andando a sollecitare le parti negative, oscure. Dall’Illuminismo in poi, sono stati privilegiati l’aspetto cognitivo, la mente, l’intelletto, la ragione, (aspetti caratteristici dell’emisfero sinistro) a discapito della creatività, della fantasia, dell’intuizione, delle percezioni sensoriali (aspetti caratteristici dell’emisfero destro). In questo modo le risorse tipiche dell’emisfero destro sono state quasi completamente dimenticate con un conseguente impoverimento della capacità a vivere “con tutto sé stessi” la propria esistenza. L’Arteterapia si pone come obiettivo la riappropriazione di tale patrimonio in quanto può essere un valido sostegno nelle situazioni di difficoltà che la vita ci pone. Attraverso un disegno, un colore si può contattare l’aggressività. Con la musica si può facilitare l’espressione dei sentimenti e con la danzaterapia il corpo è libero di esprimersi con il proprio linguaggio, al di là delle convenzioni. Attraverso il teatro si ha la possibilità di impersonare ruoli nuovi e mettersi nei panni degli altri.

Così, l’Arteterapia, con le sue tecniche e materiali, favorisce la conoscenza di sé stessi e delle proprie potenzialità e rende possibile l’integrazione di tutte le risorse di cui disponiamo per poter vivere meglio. L’Arteterapia quindi svolge la funzione non solo di trattamento di malattie ma anche di trasformazione, evoluzione e crescita dell’individuo.

La produzione artistica non avviene in completa solitudine, ma prevede una relazione tra due persone, il terapeuta e il paziente, e nell'ambito della quale, la propria creazione viene osservata e discussa, un po' come accade ai bambini quando mostrano il proprio disegno ai genitori. I materiali e le tecniche che il paziente utilizza gli permettono di esprimere, plasmare e dare una identità precisa al problema che l'ha portato in terapia; attraverso l'aiuto del terapeuta è possibile raggiungere una nuova visione di tale difficoltà, un'intuizione, un *insight* che lo avvicini alla risoluzione. L'arteterapeuta deve saper quindi accogliere, legittimare, amplificare i messaggi dell'altro con parole, disegni e proposte. Nel fare ciò deve avere una sensibilità estetica capace di cogliere non la bellezza, il gradevole o il piacevole ma il *significativo*, il *comunicativo*. In questo contesto i canoni di bellezza non esistono, ciò che conta è la *comprensione*, l'*accettazione* e la *contemplazione* di ciò che il paziente intende comunicare con la propria opera. I prodotti artistici non devono mai subire "interpretazioni", il significato è sempre personale, privato, egocentrato e va ricercato attraverso il colloquio, cosicché sia il paziente stesso ad individuare il giusto messaggio della propria creazione.

1.2 L'Arteterapia ieri e oggi.

1.2.1 Excursus storico.

La storia delle arti creative si è spesso intrecciata, fin dall'antichità, con quella della salute mentale; gli antichi Egizi incoraggiavano le persone affette da disturbi mentali a "perseguire interessi artistici e frequentare concerti e balletti".

Anche gli antichi Greci utilizzavano il teatro e la musica per favorire la catarsi, liberare le emozioni represses e ritornare ad una vita equilibrata. La struttura del teatro greco con i suoi rituali, ritmi e coro costituiva un "appoggio arteterapeutico" di massa senza esser stato studiato a tavolino per questo scopo, così come certi canti militari strutturati in determinato modo servivano a togliere, o meglio lenire, la paura dei combattenti allorquando si lanciavano contro l'avversario. I metodi utilizzati in questo senso erano correlati ad una "situazione teatralizzata". Di questi parla diffusamente Sigmund Freud nella prefazione delle prime edizioni del libro "Totem e Tabù": la tecnica citata di tipo "teatrale", considerata come anticipazione della metodica psicoanalitica, permetteva, anzi, invitava il combattente, turbato da ansie anche "incomprensibili", a convocare un "Consiglio di uomini". Tale consiglio ascoltava timori, fantasie e quant'altro il "guerriero" potesse pensare fossero per lui causa di turbamento e di stati angosciosi che avrebbero potuto mettere a rischio, a causa della sua scarsa o nulla efficienza in determinate circostanze, la vita sociale. Tutti i membri del Consiglio erano tenuti al silenzio, in caso contrario sarebbero incorsi in un perpetuo ostracismo con allontanamento dalla Comunità. Si tramanda che il guerriero dopo aver aperto il proprio animo al consenso, ne provasse gran giovamento.

Durante il periodo medievale l'arte intesa come cura dei disturbi emotivi subì un vero declino, sostituita dalla magia e dalla superstizione. Dal Rinascimento in poi, invece, si assiste a un cambiamento nella concezione dell'arte e soprattutto dell'artista: quest'ultimo viene visto come una figura dotata di particolare sensibilità e l'opera d'arte

viene concepita come una sorta di strumento terapeutico che permette l'espressione di una realtà fantastica, che altrimenti l'avrebbe potuto portare alla follia.

Successivamente, durante la Rivoluzione Industriale, in Inghilterra l'arte diventa uno strumento utilizzato per la cosiddetta "terapia morale" grazie alla quale i pazienti affetti da disturbi mentali venivano accolti in rifugi in campagna dove ricevevano cure, assistenza e svolgevano attività artistiche come la pittura, scultura e musica. Fu in uno di questi rifugi che Vincent Van Gogh trascorse buona parte della sua esistenza.

Ma è solo nel XX secolo che vennero mossi i primi passi verso l'Arteterapia così come viene intesa oggi grazie a Freud e Jung e alla psicoanalisi. L'opera artistica è concepita come l'espressione dell'inconscio e come un derivato del processo di sublimazione degli istinti di base.

Dal 1950 l'Arteterapia iniziò ad avere un suo peso nell'appoggio/cura di stati psichici disturbati divenendo terapia individuale per poi espandersi, laddove possibile, al gruppo, e orientandosi con maggior vigore verso metodi di espressione non verbale.

Margaret Naumburg, psicoanalista e seguace di Freud, è considerata la fondatrice dell'Arteterapia in America (**Art Therapy**). Ella scrive: "il processo dell'arte terapia si basa sul riconoscere che i sentimenti e i pensieri più profondi dell'uomo, derivati dall'inconscio, raggiungono l'espressione di immagini, piuttosto che di parole". Tali immagini esprimono i conflitti e in questa nuova veste appaiono più comprensibili, e quindi, più facilmente risolvibili. La relazione terapeuta-paziente gioca un ruolo importante nel processo terapeutico e il prodotto artistico diviene lo strumento che rafforza tale relazione.

Un'altra fondatrice dell'Arteterapia è Edith Kramer, contemporanea della Naumburg, la quale considera l'opera d'arte come un "contenitore di emozioni" e l'atto stesso del creare come terapeutico di per sé. Attualmente l'Arteterapia riflette un'ampia varietà di assunti teorici che si collocano in posizioni intermedie tra la Naumburg e la Kramer e forti influenze provengono dall'approccio umanistico, gestaltico, evolutivo e corporeo.

In ambito localistico genovese, l'azione iniziata da Claudio Costa con lo psichiatra Antonio Slavich, ex-collaboratore di Franco Basaglia, coinvolse, con gli anni, un sempre maggior numero di artisti e professionisti, Miriam Cristaldi, critico d'arte, Gianfranco Vendemiati, attuale presidente dell'associazione I.M.F.I. e l'artista, psichiatra, Margherita Levo Rosenberg, che, a partire dal 1990, conduce i laboratori di arte terapia, coadiuvata da altri artisti che si sono succeduti nel tempo. Tra questi Cea Boggiano, Serena Olivari e Alfonso Gialdini. La terapia col mezzo pittorico ha dunque una lunga storia a Quarto mentre, col mezzo scultoreo, prese avvio solo successivamente. Dopo la morte di Costa, che a Quarto aveva soprattutto portato avanti un'azione di rottura culturale con l'istituzione stessa dell'Ospedale Psichiatrico - non aveva infatti competenze specifiche per occuparsi di arteterapia in senso stretto - Margherita Levo Rosenberg, cui competeva già da anni la responsabilità operativa degli atelier di arte terapia, ha assunto anche il ruolo di riferimento culturale nell'ambito dell'I.M.F.I.

1.2.2 Evoluzione delle teorie psicologiche sull'arteterapia.

"La stretta affinità dell'arte con il processo primario, la forza dell'arte di creare organizzazioni o strutture senza imporre la quotidianità della vita sulle fantastiche complessità del mondo interno dell'uomo, rende possibile la ricerca del nascosto, dell'informe, del represso, del bizzarro senza abbandonare la spinta verso la forma. In arte, infatti, la forma è la veste della verità interna."

Edith Kramer

A partire dal XIX secolo, con la fondazione delle strutture psichiatriche, si erano aperti atelier artistici, con la convinzione che i pazienti fossero in grado di cambiare quando disegnavano e creavano. E' del 1919 l'inizio del progetto di raccolta dell'arte prodotta negli istituti psichiatrici tedeschi che vedrà in **Karl Wilmanns** il promotore e in **Hans Prinzhorn**, psichiatra e critico d'arte, il curatore della raccolta.

Quest'ultimo pubblicò il saggio "*Bildneri der Geisteskranken*" (Produzione artistica dei malati mentali), un libro poco meno che rivoluzionario, denso di illustrazioni, riguardante soprattutto pazienti schizofrenici, dove era messo in rilievo il loro atteggiamento ludico e il disinteresse rispetto alla realtà esterna a vantaggio di quella interna, e l'esistenza di un pensiero "magico" che sostituisce il ragionamento logico e con il quale si vuole agire sul mondo.

Più tardi, precisamente nel 1921, lo svizzero **W. Morgenthaler** pubblicò una monografia intitolata "*Ein wahnsinniger als Künstler*" (Un pazzo artista) in cui sosteneva che opponendo delle forme al caos minaccioso, il malato può ottenere "una sorta di liberazione da sé stesso". Così il mondo delle forme dello schizofrenico, che era stato considerato al principio solo come espressione morbosa di un cervello squilibrato, successivamente diventò per Morgenthaler l'espressione di tendenze di guarigione. Si aprì così uno spiraglio verso un'evoluzione che doveva sfociare in una visione completamente nuova del fenomeno della creazione.

L'attenzione per l'attività artistica del malato di mente portò "la produzione psicopatologica" all'interno del movimento dell'*Art Brut* e alla conoscenza del pubblico e della critica; questo grazie anche all'interesse suscitato in **Jean Dubuffet** dalle iniziative di alcuni psichiatri. Dubuffet studiò il metodo e le costanti dell'arte di alcuni malati di mente per arrivare alla genesi stessa della loro visione, laddove il "pensiero selvaggio", le misteriose energie che vivono latenti in ogni uomo, colto o incolto, sano o malato, di ogni razza e condizione, si liberano e manifestano. E' così che Dubuffet offrirà nuovi mezzi di indagine per una realtà più totale. Uno di questi è il segno, spesso più pittografico che rappresentativo; l'altro è la ricerca della provocazione, meglio del contraddittorio drammatico, tipico dei nevrotici e dei malati di mente.

Nel tempo è apparso sempre più chiaramente che il linguaggio grafico, non potendo arrivare a strutturazioni in regole e definizioni mediante leggi, diventava significativo solo nel rapporto unico e irripetibile tra paziente e terapeuta, grazie anche agli apporti teorici mutuati dalle diverse impostazioni psicoanalitiche.

Come tecnica terapeutica e riabilitativa l'arte-terapia si è sviluppata solo di recente (circa una cinquantina di anni fa) in seguito ai successi ottenuti da alcuni specialisti in attività creative nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della riabilitazione e dell'educazione speciale.

Il concetto stesso di arte-terapia è dunque relativamente nuovo. Da sempre però l'arte è considerata una forma di comunicazione importante, che riesce ad arrivare dove le parole non riescono a giungere. Proprio per questa sua peculiarità, l'arte è stata spesso oggetto di interesse per molti studiosi nel campo della psicologia.

Anche **Sigmund Freud** si interessò all'arte. Egli definì l'artista come "uomo che si distacca dalla realtà poiché non riesce ad adattarsi alla rinuncia al soddisfacimento pulsionale che la realtà inizialmente esige, e lascia che i suoi desideri di amore e di gloria si realizzino nella vita della fantasia" (1911). L'artista, cioè, "trasforma le sue fantasie in una creazione artistica invece che in sintomi". Per cui, il prodotto artistico per Freud si rivela specchio del mondo interno del soggetto, delle sue strutture e dei suoi processi psichici, e la creazione artistica diventa materiale di interpretazione per l'analista. Anche se appare evidente la concezione patologica dell'arte per il fondatore della psicanalisi (Freud coniò anche il termine "patografia"), e l'attenzione sul prodotto più che sul processo artistico, resta però il fatto che già Freud aveva colto la straordinaria peculiarità dell'arte come strumento privilegiato di accesso ed espressione dei propri contenuti interni.

Seppur da un'ottica molto diversa, anche **Carl Gustav Jung** parlò di arte come un mezzo per contattare ed esprimere le immagini appartenenti all'inconscio. A differenza di Freud, però, Jung porta l'attenzione sul processo creativo, che consiste, a suo parere, nell'attivare le immagini archetipe inconse, rielaborarle e tramutarle in un prodotto finito. L'artista è dunque colui che traduce le immagini archetipe che derivano dal profondo inconscio nel linguaggio del presente, rendendole così comprensibili a tutti. A partire dalla sua teoria degli archetipi e dal concetto di inconscio collettivo - e ben lontano dalla concezione patologica di Freud - Jung attribuisce, dunque, all'arte un valore sociale.

Del valore sociale dell'arte, in quanto mezzo fondamentale di comunicazione in cui le emozioni individuali diventano generali e collettive, parlò anche lo psicologo sovietico **Lev Semenovic Vygotskij**. Egli inoltre trattò il concetto di creatività e di immaginazione, ritenuti due momenti integranti e indispensabili ad una corretta conoscenza della realtà. La creatività stimola, secondo lo psicologo, alla ricerca di nuove soluzioni e al cambiamento, dunque l'espressione artistica non è più una fuga dalla realtà, bensì ne diventa uno strumento di conoscenza fondamentale.

Arteterapeuta *ante litteram*, artista della Bauhaus, dopo la deportazione a Terezin nel '42, Friedl Dicker- Brandeis dedicò il suo talento artistico e umano ai bambini del campo di concentramento. Fin dall'inizio della sua esperienza di pedagogia attraverso l'arte, Friedl Dicker- Brandeis aveva applicato i principi della Bauhaus ai suoi corsi di disegno per bambini. In questa sua esperienza le sarà accanto una giovane allieva, **Edith Kramer**.

Edith Kramer così ricorda l'esperienza: "Quando ero a Praga tenevo dei corsi a bambini rifugiati tedeschi con Friedl Dicker. Il suo atteggiamento e le modalità di trattamento mi influenzarono molto ed ebbi l'occasione di imparare molto da lei. Quando Friedl fu internata nel campo di Terezin con la popolazione del ghetto, ha continuato a lavorare e a insegnare ai bambini e questi lavori si sono salvati. Nel dopoguerra questi bambini ,malgrado tutto quello che avevano affrontato, avevano avuto una buona infanzia che permetteva loro di fare arte".

Edith Kramer è ancora attiva come artista e arteterapeuta a New York, dove ha dato impulso alla fondazione del Dipartimento di Arteterapia della NY University; qui insegnò, negli anni Settanta, anche **Margareth Naumburg**.

Secondo la studiosa il processo dell'Arte- terapia, orientata dinamicamente, è basata sul riconoscimento che i pensieri e i sentimenti fondamentali dell'uomo sono derivati dall'inconscio e spesso raggiungono la loro espressione nelle immagini piuttosto che nelle parole.

La Naumburg usava il disegno spontaneo per raggiungere un più facile accesso all'inconscio e incoraggiava i suoi pazienti a fare delle libere associazioni rispetto a quello che vedevano nei propri lavori. Le immagini quindi, come nella procedura psicanalitica, hanno a che fare con i dati dei sogni, delle fantasie, delle paure, dei conflitti e delle memorie d'infanzia. Attraverso questa proiezione pittorica l'Arte-terapia diventava comunicazione tra paziente e terapeuta. Oltre a ciò ella vide che le censure che operavano nel linguaggio verbale, venivano aggirate nel linguaggio visivo usando spesso lo scarabocchio *“una tecnica che è illustrata ai pazienti in Arte- terapia come mezzo di aiuto per liberare la loro espressione spontanea”*. Il processo, però, era finalizzato alla produzione verbale, senza una particolare attenzione ai materiali e al processo artistico. Quando si usa l'arte con queste modalità, le potenzialità insite nei materiali e nel processo artistico non vengono utilizzate pienamente, e si ci trova di fronte semplicemente ad un trampolino di inizio verso la psicoterapia verbale.

Come osserva Edith Kramer: *“Il metodo di Margaret Naumburg detto degli scarabocchi è ancora la via migliore per raggiungere il contenuto latente. È un esercizio che in un primo momento consente di creare segni informali, successivamente di scoprire una forma in queste configurazioni caotiche e quindi di trasformarle in figurazioni che costituiscono già il primo sbocco di contenuto nascosto. Questo metodo ha molti punti in comune con la libera associazione usata in psicanalisi ma è anche significativamente diverso”*. La terapia d'arte è concepita in partenza come un mezzo di sostegno dell'Io, capace di favorire lo sviluppo di un senso di identità, e di promuovere una generale maturazione. La sua principale funzione la vediamo nel potere dell'arte di contribuire allo sviluppo di un'organizzazione psichica che sia capace di funzionare sotto pressione, senza crollare e senza dover ricorrere a infirmanti misure difensive. Così concepita l'arte come terapia diviene, in pari tempo, un'essenziale componente dell'ambiente terapeutico e una forma di terapia che integra o sostiene la psicoterapia ma non la sostituisce.

In altre parole, Margaret Naumburg ha una visione molto vicina a quella di Freud e considera il prodotto artistico del paziente come uno strumento d'accesso ai suoi

contenuti inconsci, da utilizzare nel corso della terapia come materiale da interpretare e favorire così l'*insight* e la risoluzione dei conflitti interni. L'espressione artistica del paziente è dunque vista ed utilizzata esclusivamente come strumento diagnostico. L'arte, dunque, come strumento *ai fini della* terapia, e non arte *come* terapia.

Con la sua opera, l'autrice dette un netto orientamento psicanalitico alle principali scuole di arte-terapia americane: l'arte-terapia impara a leggere i disegni del paziente secondo un codice d'interpretazione piuttosto rigido. Per esempio, delle montagne innevate saranno "i seni freddi della mamma", o il campanile del villaggio "il pene del papà". Questo esempio illustra in modo caricaturale un metodo di arte-terapia in cui le regole della psicanalisi tendono a sostituirsi all'esperienza e alla sensibilità del terapeuta.

Edith Kramer, come già detto proveniente da una formazione artistica e dall'ambiente psicanalitico viennese, invece si muove da un'ottica completamente diversa e concentra l'attenzione sul processo creativo, ritenuto di per sé uno strumento terapeutico. L'espressione artistica del paziente non è vista solo come mezzo per l'espressione dei conflitti inconsci, ma come strumento per la loro risoluzione e come risorsa per la crescita e la maturazione personale. Arte, dunque, finalmente, *come* terapia. Come sottolinea Edith Kramer, "*l'arte serve come modello di funzionamento dell'Io: diventa una zona franca in cui è possibile esprimere e saggiare nuovi atteggiamenti e risposte emotive, anche prima che queste modificazioni abbiano luogo a livello della vita quotidiana*".

È dunque dalla Kramer in poi che si può parlare di arte-terapia vera è propria, e cioè con lo spostamento dell'attenzione dal prodotto artistico come materiale da interpretare, al processo creativo vero e proprio, che, avvalendosi di simboli e metafore, coinvolgendo il soggetto in attività che implicano un impegno sensoriale e cinestesico, si propone come un mezzo per identificare ed esprimere le proprie emozioni, e per comprendere e risolvere certe difficoltà. Già la Kramer quindi, che ha lavorato come terapeuta d'arte con bambini affetti da quasi tutti i disturbi emotivi o sociali oggi conosciuti (nevrosi, psicosi, delinquenza, carenze gravi, frustrazioni derivanti dalla cecità e da altre minorazioni), aveva intuito che la sua comprensione di simili problemi doveva derivare da un'approfondita preparazione psicoanalitica, unita alle qualità di intuizione proprie dell'artista e alla sensibilità umana di un'educatrice. Essa afferma che il suo punto di vista "*è quello di un'artista professionista e di un'educatrice, che unisce l'abilità professionale nel campo dell'arte con una generale conoscenza della normalità e della patologia infantile*". Quindi, un arte-terapeuta abbisogna di conoscenze e competenze che riguardino sia la psicologia, sia il fare arte, sia la pedagogia.

Approccio Psicodinamico.

E' un intervento multidisciplinare che può essere di grande aiuto, nell'ambito della terapia e della riabilitazione, a molti quadri psicopatologici. Le esperienze cliniche hanno messo in evidenza come una buona applicazione di Arte-Terapia può essere in grado di riattivare lo sviluppo psico- affettivo del paziente bloccato da problematiche ,ad esempio autistiche, attraverso la riattivazione della coscienza e del pensiero. L'Arte-terapia aiuta a sviluppare nuove capacità di esprimere sé stessi. L'obiettivo è di creare

“meccanismi mentali” che possano permettere al malato di liberarsi delle proprie ansie e paure, e di attuare una rappresentazione del sé nuova e benefica. Inoltre l’Arte-terapia è importante per far trovare al bambino disabile psichico il cammino per la scoperta degli oggetti, per l’organizzazione spazio-temporale, per il recupero della coordinazione, per lo sviluppo dell’integrazione oculo-motoria, del senso di sé, dell’accettazione di un sistema di rappresentazione condiviso, dello sviluppo del linguaggio.

Le applicazioni di arte-terapia- psicodinamica si sono già dimostrate un valido aiuto ed una tecnica utilizzabile nell’affrontare casi di debolezza psichica, di disturbo dello sviluppo e di disagio esistenziale. Questi interventi richiedono però l’impiego di personale specializzato, che sia cioè preparato sia sul piano teorico-conoscitivo (psichiatri, psicologi) che su quello relativo all’esperienza specifica (l’artista e Maestro d’arte).

L’arte-terapia- psicodinamica, nel suo aspetto operativo- applicativo, accenna ad una possibile dicotomia, nel senso che potrebbe prospettare un confronto tra chi, in un ambito di lavoro terapeutico, si propone come psico-terapeuta capace di leggere-interpretare i contenuti dell’elaborazione artistico-fenomenologica, ed un terapeuta-operatore (artista) preparato a distinguere e a convalidare i linguaggi dell’arte.

In realtà, la lettura puramente psicoanalitica, seppure comune e molto spesso accettata e l’impostazione teorica decisamente terapeutica non supportano completamente l’ “arte-terapia- psicodinamica proprio perché: - non si tratta di dare interpretazioni (sarebbe un modello riduttivo) dal momento che questa esperienza deve essere utilizzata per **“creare cambiamenti”**. Questa finalità non richiede una semplice lettura, ma, al contrario, una dimensione “creativa”, che porti il soggetto a liberarsi delle pastoie inibitorie, dei blocchi e delle deformazioni psico- affettive. Tali obiettivi non si raggiungono con un’ interpretazione, ma, come ha perfettamente insegnato l’applicazione psicodrammatica, attraverso il “fare”, il “porre sul tavolo” la propria esperienza, i propri contenuti consci ed inconsci che sono emotivi, affettivi e cognitivi. In questa ottica, l’operatore, anzi, gli operatori, aiutano il soggetto a trovare le modalità più idonee per ottenere il risultato, a scoprire le linee-guida di un linguaggio che, prima di tutto, deve essere riconosciuto come valido dallo stesso “soggetto-parlante”. Quello che conta è attivare un “dialogo”, far circolare la parola e non sclerotizzarla in una semplice “lettura interpretativa”.

A questo punto, nella arte-terapia- psicodinamica, artisti e psicoterapeuti devono entrambi possedere una preparazione specifica e specializzata, carica di un bagaglio esperienziale, culturale e relazionale.

Possiamo parlare di “esperienza multidisciplinare” proprio perché le tecniche psico-terapeutiche devono integrarsi con quelle artistico- espressive.

La psicoterapia non può operare senza il supporto dell’artista che insegna le modalità tecniche che si arricchiscono continuamente per adeguarsi alle necessità del soggetto (che deve apprendere) e del terapeuta (che deve applicarle).

Per altro lato, l'artista non deve assumere ruoli che non gli competono, se non dopo aver acquisito le conoscenze specifiche. Affinare la competenza significa esercitare il proprio ruolo in una continua, proficua ed essenziale interazione per:

- affrontare le situazioni contingenti che richiedono interventi combinati;
- predisporre una continua ricerca sull'operatività che così arricchisce la ricerca delle modalità pratiche, per raggiungere gli obiettivi che restano sempre quelli di **stimolare la creatività e fare emergere l'immaginario bloccato dal disagio**.

Possiamo, a questo punto, leggere nell'arte-terapia- psicodinamica **un incontro a tre**, proprio perché:

- **il soggetto** porta con una mano le sue problematiche esistenziali;
- **l'artista** offre la sua sensibilità e la sua ricchezza intima per capire ed affrontare la "visione del reale", unite alle sue capacità tecniche, che sono imprescindibili, per dare al soggetto qualità operative idonee ed al "terapeuta" gli spunti per approfondire le applicazioni pratiche;
- **il terapeuta** si offre per "far circolare la parola" e così indurre comprensione, integrazione personale e relazionale e chiarimento su tutte quelle interferenze che rendono difficile lo sviluppo psico- affettivo.

Naturalmente, questa integrazione diventa necessaria se si vuole dare un "senso compiuto" all'esperienza di "arte-terapia- psicodinamica" che richiede di:

- mettere al centro dell'esperienza il soggetto nella sua complessità e completezza;
- creare un ambito carico di sapere tecnico-pratico per poter indurre delle esperienze operative sufficientemente valide per essere accettate ed anche riconosciute come utili;
- sviluppare un "dialogo" che supera la lettura interpretativa;
- ricordare che tutto il "processo arte-terapeutico" non può essere attivato solamente con la poesia o con la pregnanza artistica, ma neppure dalla pura e semplice lettura-interpretazione delle opere, proprio perché per raggiungere gli obiettivi è imprescindibile integrare, attivare, sviluppare e fomentare un "dialogo" che è soggettivo, artistico- espressivo, psicoanalitico, ma soprattutto espressione di quelle valenze d'amore che solo il dialogo, la partecipazione, la solidarietà e la sussidiarietà possono far raggiungere.

1.3 L'Arte-Terapia in Italia.

Fino ad oggi l'Arteterapia, in Italia, è stata utilizzata come tecnica riabilitativa e/o di sostegno con il fine di ridurre gli handicap psicofisici, di migliorare le capacità relazionali e per facilitare l' inserimento di gruppo per personalità affette da patologia che va al di là della nevrosi: è stata applicata da professionisti esperti nei più diversi

campi, che vanno dalla musica alla letteratura, non arrivando mai alla psicoterapia in senso stretto, per mancanza di istituzioni che selezionassero e formassero un Arteterapeuta professionalmente, con specifiche ed istituzionalizzate nozioni di psicoterapia correlate alla loro applicazione col metodo dell'Arte. Attualmente cominciano a sorgere scuole di questo tipo.

È necessario sottolineare la mancanza di una figura che sappia riunire in modo coerente una solida formazione psichiatrica- psicoanalitica con spiccate ed affermate, anche se relative, si intende, qualità artistiche. In Inghilterra tali interventi sono impostati da uno psicoanalista e/o psichiatra, che oltre a possedere rilevanti attitudini artistiche, corredate con bagaglio teorico necessario alla sua cosiddetta "spersonalizzazione artistica", ha la capacità di elaborare in forma terapeutica quanto può assorbire dalla seduta di arteterapia di gruppo e/o di singolo. In tal modo si viene a riunire in un unico soggetto sia lo psicoanalista che il "maestro" artista. Va anche detto che la figura dell'Arteterapeuta in Inghilterra si configura come specializzazione autonoma dopo gli studi in psichiatria e psicoanalisi. In Italia la situazione è profondamente differente.

Il luogo preposto all'applicazione della metodica Arteterapeutica è generalmente un laboratorio avente in dotazione materiali a basso costo e possibilmente di vario tipo e provenienza. In casi particolari però l'applicazione nella Scultura richiede un particolare settore del laboratorio con attrezzi e materiale ben specifici e talvolta costosi nonché misure di protezione e sicurezza. Per le espressioni corporee come gli esercizi ginnici e la danza, lo spazio a disposizione deve esser sicuro ed adeguato alla libertà di movimenti.

L'Arte- terapia, nella maggior parte dei centri di cura e delle associazioni private, viene tenuta unicamente da psicologi o medici.

L'ideale è che si possano creare dei centri che offrano il lavoro, la guida e il supporto di tutte e tre le figure professionali. Lo psicologo dovrebbe essere affiancato dall'artista e dal pedagogo. Essi dovrebbero lavorare in équipe, in continua interazione e collaborazione, mettendo assieme tutte le risorse possibili. Sembra, per fortuna, che le cose si stiano lentamente orientando in questo senso. Infatti, ci sono corsi di formazione a Milano per la figura dell'arte-terapeuta nei quali vengono formate due figure professionali: il *terapeuta primario* (in possesso di laurea in Medicina o Psicologia), e il *professionista* che, in possesso di una laurea in discipline artistiche o con requisiti equivalenti, con la sua specializzazione interviene in affiancamento alle suddette figure. Importante è avere figure professionali con le seguenti competenze:

1) conosce il linguaggio artistico, i materiali e le tecniche specifiche dell'Arte anche in riferimento all'evoluzione storico-artistica dai primordi alla contemporaneità; conosce il processo creativo e le sue implicazioni sul piano emotivo, psicologico e cognitivo;

2) impiega queste competenze nei diversi ambiti di intervento (sostegno, prevenzione e orientamento, riabilitazione), e con diverse modalità organizzative degli incontri (incontri individuali e di gruppo) come terapeuta primario o in affiancamento;

3) si assume la responsabilità della relazione terapeutica, formulando piani di intervento differenziati a seconda dei bisogni educativi, riabilitativi o terapeutici dell'utenza;

4) svolge il proprio intervento, osservando e riflettendo sugli accadimenti, facendo riferimento a modelli teorici che permettano di inquadrare e decodificare gli avvenimenti della seduta svolta con il/i paziente/i;

5) mantiene l'impegno di supervisione periodica per accrescere le proprie capacità di intervento e garantire un intervento depurato da problematiche proiettive; è tenuto alla formazione permanente;

6) si inserisce in strutture ed enti, comprendendo il proprio ruolo e sapendo collaborare, nel lavoro d'équipe, al progetto individuato sul cliente. Ciò significa anche sapere informare in modo idoneo i responsabili sul percorso che il cliente compie con e attraverso l'Arte-terapia. Può svolgere, se in possesso dei requisiti precedentemente esposti per il terapeuta primario, la libera professione;

7) svolge la propria pratica professionale in ambito pubblico e/o privato, nel rispetto della deontologia professionale e di quanto stabilito dal Codice Etico del Registro Professionale degli Arteterapeuti Italiani.

Molti centri sono maggiormente organizzati come veri e propri **atelier d'arte**. Considerare l'Arteterapia in questi termini, significa avvalersi del cosiddetto "modello polisegnico": un modello teorico emergente in Arteterapia che mette al centro del processo non la matrice psicologica, ma quella artistica come trampolino per arrivare a comprendere il mondo interiore e relazionale del paziente, come della persona non malata, ma che desidera comunque esercitare l'Arteterapia per ridurre ansie legate alla nostra società. Il modello polisegnico in Arteterapia fa riferimento alle regole che governano l'arte considerata come un linguaggio.

Punto di partenza per comprendere questo modello è accettare che l'arte non sia un fenomeno unico ed irripetibile del quale non si riesce a cogliere razionalmente l'essenza, ma che sia un oggetto strutturato di cui si può comprendere il meccanismo di funzionamento interno, accettare in altre parole che l'arte abbia lo stesso statuto, regole e "grammatica" del linguaggio. L'importanza che diamo così all'arte come linguaggio, tecniche, materie, estetica, è ciò che distingue l'Arteterapia da altre forme di terapia verbale. Il medium artistico non è, per il modello polisegnico, proposto per accedere al verbale, non è usato per agevolare la comunicazione, la relazione verbale. La questione non è quella di abolire o sottostimare la parola negli atelier d'Arteterapia, ma sicuramente di porla in secondo piano rispetto al codice artistico.

L'arte può essere usata in soccorso del colloquio, della diagnosi e della gestione dei gruppi, ma la sua grande forza esprime un linguaggio a sé stante che muove processi profondi e conduce le persone che si dedicano all'Arteterapia a lavorare su aspetti del proprio mondo interno e sulla frattura (o ad esempio sul conflitto) presente con il mondo reale.

Si arriva a dare all'arte il ruolo autonomo e principale quando si riesce a capire il suo messaggio e le pieghe complicate del suo procedimento.

Partiamo dal presupposto che la capacità di esprimere le proprie esperienze è profondamente liberatrice, sia per la persona affetta da malattie, che per un individuo

sano. Questa capacità incide efficacemente su un soggetto in sviluppo, perché lo aiuta a conoscere sé stesso in rapporto con le cose, interprete di esse, e in rapporto con le persone alle quali comunica la propria esperienza. Tale comunicazione favorisce cioè i processi di identificazione con sé e con gli altri. Fra i diversi modi di espressione, quella figurativa grafico-plastica si presta ad esprimere in maniera caratteristicamente immediata e profonda l'esperienza soggettiva e favorisce l'educazione estetica, che è riconosciuta come essenziale alla formazione umana.

Ma non solo il soggetto in sviluppo e il soggetto malato possono sfruttare l'Arteterapia così intesa; lo può fare anche l'individuo sano, di qualsiasi età, che desideri semplicemente liberarsi dalle preoccupazioni, ansie, nevrosi e angosce che il mondo d'oggi ci procura quotidianamente, sottoponendoci ad ogni tipo di stress. L'arte, per queste persone, è utilizzata a scopo liberatorio e catartico, ed infine, se desiderato, a scopo estetico.

1.3.1 Osservazioni sull'Arte-Terapia.

Il *focus* dell'arte-terapia, più che sul prodotto artistico finale, è sul processo creativo in sé. Ciò che è importante è soprattutto l'esprimersi, il creare. L'atto di produrre un'impronta creativa, infatti, permette all'individuo di accedere agli aspetti più intimi e nascosti di sé, di contattare ed esprimere le emozioni più recondite e spesso inaspettate, e di sperimentare e potenziare abilità spesso ignorate o inutilizzate. In questo senso il processo creativo, al di là del contenuto e del risultato finale, è già terapeutico in sé. *“L'arte ha valore per la sua capacità di perfezionare la mente e la sensibilità più che per i suoi prodotti finali” (Fred Gettings, 1966).*

Ciò non toglie che queste impronte creative, e cioè i prodotti finali dell'espressione artistica, possano svolgere altre importanti funzioni. Prima di tutto rappresentano per “il creatore” una traccia di sé, la testimonianza della propria autoaffermazione e il ricordo delle esperienze vissute durante la sua produzione, e dunque un punto di partenza per ulteriori riflessioni. Inoltre, in quanto rappresentazione simbolica del mondo interno del soggetto, rappresenta per il terapeuta uno strumento privilegiato di accesso ai suoi contenuti interni, e dunque un materiale molto ricco ai fini della diagnosi e di una maggior comprensione del paziente.

Spesso in passato la creatività e il genio sono stati apparentati alla follia; tale posizione è ormai superata poiché è stato riconosciuto un confine fondamentale di diversità fra artisti e malati di mente: l'artista è in grado di far emergere il proprio materiale inconscio con la produzione di immagini, di note o di movimenti, come nel caso della danza, ma contemporaneamente mantiene un aggancio e un controllo con la realtà; lo psicotico, e in generale il malato, invece ne viene sopraffatto e la produzione grafica o quale che sia, lo sommerge; egli non è più in grado di scegliere o di modulare l'esperienza ma ne è strumento, la subisce e perde ancor più il proprio rapporto con il reale. L'artista vive la spontaneità e la creatività, ma ha contemporaneamente coscienza delle proprie intenzioni, attuando all'interno del processo creativo un'organizzazione e una ricerca intenzionale; tutto questo manca, almeno coscientemente, nel malato mentale.

Entrando poi nell'aspetto estetico dell'Arte-terapia, essa non è Arte per antonomasia, bensì l'utilizzo di mezzi d'espressione e di comunicazione diversi dal linguaggio verbale usato quotidianamente; l'arte, come già sottolineato, usa un linguaggio fatto di simboli, metafore, analogie, segnali corporei e sensoriali che si esplicitano attraverso attività grafiche, plastiche, di musica, di danza ecc.; attività queste tutte legate comunque all'inconscio. Favorendo l'espressione creativa si perverrebbe quindi ad una "catarsi", purificazione, liberazione da angosce, stati d'ansia, traumi e in generale stati d'animo negativi. Durante l'atto creativo, non solo si dà sfogo a pulsioni pericolose quali aggressività, rabbia, frustrazione, paura, sofferenza, liberandosi pian piano dell'energia negativa e distruttiva generata da tali stati, ma – punto non affatto trascurabile – si realizza un allontanamento e una distanza dall'emozione negativa contingente, che viene "proiettata", riversata, sul foglio, sulla tela, sul supporto artistico. Comunque buttata fuori. A quel punto si ha un'immagine di sé esterna. Guardandosi dall'esterno, non ci si sente più intrappolati da una realtà, contingente o meno, infelice, e la distensione nervosa è conseguenza ultima. E' quella sana distanza rispetto all'io a cui attingono le filosofie orientali. Durante il processo creativo, chiaramente quando il contenuto è autoreferenziale, si attua un distacco emotivo che permette al creatore di prendere distanze dalle emozioni negative e di guardarsi, dal di fuori, come un osservatore. Il distacco emotivo permette di riconquistare uno stato di benessere ed equilibrio, e un contatto più autentico e obiettivo nei confronti delle situazioni e della realtà.

E' un viaggio verso la consapevolezza che parte dal dolore e raggiunge la calma ed il benessere interiore.

Sempre durante l'atto creativo, mentre si attua una distanza dal proprio io sofferente, può accadere, che s'insinui il tentativo di fare intervenire la propria sensibilità estetica nel processo. Per cui la mente si allontana dalle emozioni negative per impegnarsi ludicamente ed intellettualmente sul fronte estetico- espressivo. Secondo **D.M. Winnicott** *"il gioco e l'arte sono libere manifestazioni della pulsione vitale"* e poiché *"l'accettazione della realtà è un compito che non ha mai fine nell'arco della vita e nessun uomo riesce a liberarsi del tutto dalla tensione che gli suscita la propria realtà interiore in relazione con quella esterna a sé, l'arte offre un'area intermedia di esperienza che allevia questa tensione..."*. Moltissimi sono gli artisti che han cercato, alcuni con ampio successo, di attingere all'inconscio e alle sensazioni interiori per esprimere il loro mondo interiore: tra questi, Vincent Van Gogh, gli espressionisti, i fauves, i dadaisti, i già citati surrealisti e molti altri.

1.3.2 Come cura l'arte?

L'arte-terapia come disciplina attinge da una varietà di approcci teorici, come quello psicoanalitico, quello psicodinamico, quello cognitivista, quello gestaltico e, in generale, da tutti quegli approcci terapeutici che mirano a contattare e riconciliare i conflitti emotivi, alla promozione dell'autoconsapevolezza e dell'accettazione di sé, e allo sviluppo di abilità relazionali e comunicative. Ma veniamo a rispondere alla domanda cruciale per poter comprendere le potenzialità di questo strumento terapeutico, e cioè in che modo l'arte-terapia, e cioè il *fare arte* (e non il rapportarsi ad un prodotto

artistico), può diventare momento di cura e terapia. Come si è più volte precisato, ci sono una serie di **caratteristiche intrinseche** al *fare arte* che rendono l'impegnarsi in questa attività di per sé terapeutica. È stato dimostrato che quando una persona è immersa in un'attività creativa riceve una serie di sollecitazioni a livello fisico, intellettuale ed emozionale che portano a mutamenti organici e psicologici che favoriscono i processi di guarigione. A queste proprietà benefiche del fare arte, l'Arte-terapia unisce la guida competente dell'arte-terapeuta, affiancato al maestro d'arte, i quali devono saper utilizzare al meglio questi strumenti, adattandoli via via alle persone e alle situazioni, e amplificando determinati aspetti piuttosto che altri a seconda degli obiettivi prefissati. *Fare arte* riprende le modalità di conoscenza e azione sul mondo tipiche del bambino. Vi è infatti, come nel gioco infantile, una totale presenza e coinvolgimento verso ciò che si sta vivendo; vi è la possibilità, e lo stimolo, a prendere confidenza e sperimentarsi in tutte le ipotesi che la realtà e le proprie potenzialità presentano, e per di più divertendosi. E' per questo motivo che il bambino può, ancor più facilmente rispetto all'adulto, godere dell'arte-terapia.

Nell'adulto però, come s'è già detto, questo tipo di attività può, liberando l'inconscio, alleviare condizioni di stress e di problematiche esistenziali. Nel momento in cui si esternano, attraverso l'atto del fare (in questo caso del disegnare o del dipingere), le emozioni negative che inducono ad un disagio, l'individuo impara a "guardarsi dall'esterno". Egli/ella non è più intrappolato nella morsa del doloroso sentire, ma riesce ad uscire dal proprio Io creando distanze benefiche rispetto alla situazione che gli provoca la sofferenza. L'adulto non è, durante l'atto liberatorio, costretto ad automatismi e comportamenti fissi e ripetitivi (tipici delle azioni quotidiane), sicuramente più comodi e rassicuranti ma per lo più fissi, stabili e repressivi. Può finalmente sfogare gli impulsi più violenti e forti in modo creativo piuttosto che distruttivo. L'Arte-terapia oltre che a costituire un mezzo elettivo per "lavorare" con i bambini, favorisce un allargamento degli schemi abituali con i quali l'adulto vede e si relaziona alla realtà, sia interna che esterna, e lo stimola a prendersi la libertà di individuare, contattare e sperimentare tutte le potenzialità inesprese, sia dentro che fuori di lui, al fine di "guardare con più chiarezza la propria interiorità" e far scivolar via tensioni di qualsiasi tipo. *Fare arte* coinvolge l'individuo nella sua totalità mente-corpo. L'attività creativa richiede infatti non solo un impegno intellettuale e cognitivo, legato all'immaginazione e all'ideazione del prodotto artistico, ma anche un impegno percettivo, sensoriale, e motorio, legato alla produzione artistica in senso stretto. Le tecniche legate all'arte-terapia hanno dunque la funzione di porre in miglior comunicazione soma e psiche, mente e corpo, e di far in modo che vi sia un rapporto più fluido ed equilibrato, e dunque più sano, tra questi due inscindibili aspetti che ci costituiscono, troppo spesso vissuti in maniera separata. *Fare arte*, nel senso di impegnarsi in un'attività nuova e creativa, promuove inoltre l'attivazione dell'emisfero destro del cervello, che presiede appunto alle attività creative, alla fantasia, all'intuizione, alla comunicazione e ai segnali corporei (pensiero analogico). Nella nostra società contemporanea, e in particolar modo in quella occidentale, il pensiero analogico viene ritenuto di solito come meno importante rispetto al pensiero logico-razionale, dovuto invece all'attività dell'emisfero sinistro. In realtà, invece, abbiamo bisogno dell'attività congiunta dei due emisferi del cervello per poterci adattare adeguatamente alla mutevole realtà. Il cosiddetto "pensiero laterale", infatti, il cui sviluppo viene promosso dall'attivazione dell'emisfero destro, è fondamentale per

arginare i limiti del pensiero logico-formale. Come bene sintetizza il medico psicologo De Bono “*il pensiero laterale permette di riconoscere i criteri e le idee dominanti che di solito polarizzano la percezione di un problema, di cercare dunque modalità nuove di guardare ed operare sulla realtà, e quindi di rendere più flessibile il rigido controllo del pensiero logico razionale e stimolare lo sviluppo della creatività. L’arte-terapia dunque diviene un’importante opportunità per promuovere e potenziare queste fondamentali capacità*”.

Abbiamo ripetuto che l’Arte-terapia permette all’individuo di liberarsi in parte delle sue sofferenze antiche e tenaci, di allontanare le angosce e le alienazioni, per costruire il suo “io” primitivo ritrovando l’interessa della sua personalità. Infatti, poiché la terapia artistica visiva lavora basandosi sulla forza dei colori e delle forme, è in grado di raggiungere campi profondi e sconosciuti dove non arrivano le parole. L’espressione artistica, riesce a superare lo stato di coscienza facendo emergere dall’inconscio senza alcun filtro tutto quanto vi è di più nascosto ma anche di più vero nell’individuo. La ricerca di una forma porta poi il soggetto alla presa di coscienza di sé, in quanto la terapia dell’arte utilizza un linguaggio arcaico che supera quello verbale, perché smuove gli stati più profondi dell’inconscio e pone l’individuo di nuovo in armonia con la sua struttura primordiale. *Fare arte* implica il ricorso al linguaggio dei simboli. Dipingere, disegnare, plasmare, danzare, implicano un’attività nella quale tutti i nostri sensi vengono stimolati e noi veniamo assorbiti nella nostra totalità. Ciò che proviamo e sperimentiamo si riflette nella nostra produzione artistica in termini di qualità ed intensità di linee, tratti, colori, movimenti, nel modo in cui usiamo il tempo e lo spazio, eccetera. Per cui l’espressione artistica si propone come un riflesso, una rappresentazione simbolica del nostro mondo interno e delle modalità che solitamente usiamo nel rapportarci alla realtà, sia esterna che interna. È proprio la caratteristica di utilizzare il linguaggio dei simboli, e dunque non solo quello verbale, che rende l’arte-terapia un canale privilegiato rispetto alle altre forme di terapia. L’espressione artistica funge infatti da fattore di protezione e contenimento, e da oggetto mediatore nella relazione tra l’utente e il terapeuta, e così, pur rispettando i meccanismi di difesa, in qualche modo li aggira e favorisce la libera espressione del proprio mondo interiore, una maggiore autoconsapevolezza e l’attivazione di risorse creative. È infatti più facile parlare di un disegno, di una poesia, di un brano musicale, di un film o di qualsiasi altro prodotto artistico, che parlare di sé. Va aggiunto anche il fatto che l’arte-terapia, pur essendo utilizzata anche nel corso di terapie individuali, si svolge di solito in un contesto di gruppo. La presenza del gruppo svolge infatti molteplici funzioni. Prima di tutto, crea quell’atmosfera di spontaneità e quella sensazione di contenimento necessaria affinché ogni membro possa esprimersi liberamente. Inoltre, consente al soggetto di rendersi conto di non essere solo in una situazione difficile unica, ma di trovarsi, sia pure nella specificità dei propri vissuti personali, in una situazione comune ad altri e da altri “partecipata”. L’intero gruppo, infatti, può, volendolo, discutere e confrontarsi sui vissuti dei singoli membri; questo non solo permette al singolo di percepire una rassicurante sensazione di contenimento, ma offre anche all’intero gruppo un’importante occasione di confronto e di crescita. Facendo ricorso alle modalità infantili, ai più diversi registri sensoriali e comunicativi, e stimolando la creatività, l’arte-terapia permette a tutti, e soprattutto a chi ha, per qualsivoglia ragione, difficoltà di comunicazione, di esprimere emozioni e sentimenti inibiti (o di cui è difficile parlare); identificare ed affrontare conflitti e blocchi emozionali; migliorare la

conoscenza e il rapporto con il proprio corpo; aumentare l'autoconsapevolezza; incrementare l'autostima e la percezione di autoefficacia; affermare sé stesso e la propria identità/individualità; sviluppare nuove strategie di comportamento; incrementare le capacità relazionali e comunicative. L'arte-terapia viene usata nei contesti più vari. Questa diversità rispecchia la natura multidisciplinare dell'arte-terapia e la pluralità degli approcci teorici cui questa fa riferimento, e riflette non solo l'efficacia della semplice partecipazione ad un'attività creativa, ma anche le molteplici funzioni che questa può svolgere a seconda dei diversi momenti e obiettivi terapeutici. L'arte-terapia, infatti, contribuisce sia alla diagnosi che alla presa in carico, che al trattamento del disagio, fisico psicologico o sociale che sia, nonché alla prevenzione del disagio stesso.

1.4 Ambiti di applicazione

Per fare ordine possiamo suddividere gli **ambiti di applicazione** dell'arteterapia in tre grandi aree, e cioè, quella della *terapia*, quella della *riabilitazione*, e quella dell'*educazione-prevenzione*. Sin dalla sua nascita l'arte-terapia si è subito sviluppata principalmente come strumento di sostegno nelle cure psichiatriche di persone con gravi disturbi psichici, come ad esempio gli psicotici e gli autistici (*area terapeutica*). Fu infatti presto chiaro a medici e psicologi che queste persone riuscivano ad esprimersi meglio con il corpo o con i gesti, modellando la creta, ballando, o raffigurando nei disegni le proprie angosce, piuttosto che attraverso le parole, per cui il ricorso all'espressione artistica poteva aiutarle a superare le gravi difficoltà di comunicazione, tipiche delle persone affette da questi disturbi. Tali risultati portarono ad estendere l'uso di queste tecniche anche a pazienti con disturbi "meno gravi", come ad esempio disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, nei quali si riscontra grazie all'uso dell'arte-terapia (Pasanisi, 2001) un aumento dell'autostima, un consolidamento dell'Io e un miglioramento delle capacità di socializzazione. I successi ottenuti nell'ambito della terapia portarono, con il passare del tempo, ad estendere l'uso dell'arte-terapia al campo della *riabilitazione* di soggetti con danni neurologici e con handicap fisici, ma senza vere e proprie patologie psichiche, ambito di applicazione più frequente oggi. Esprimersi in attività creative aiuta queste persone a ridurre la negazione della disabilità, sviluppare maggiore autonomia personale e sviluppare relazioni sociali. Infatti "Insegnando alle persone a vedere ciò che le circonda, a esprimere le loro emozioni, e affermando continuamente che loro, e soltanto loro, possono tracciare quei particolari segni sulla carta o sulla tela, queste persone hanno maggiori opportunità di conoscere se stesse e il loro diritto di essere rispettate e di volersi bene" (Warren, 1993). Ma l'uso dell'Arte-terapia nell'area della riabilitazione non riguarda solo i disabili. L'Arte-terapia, infatti, viene spesso usata anche come strumento di sostegno nel trattamento di malati terminali di AIDS e dei malati oncologici, dove grazie anche ad un semplice scarabocchio, ballando o assumendo determinate posizioni, è possibile scaricare lo stress e le tensioni e alleviare quel senso di torpore che spesso fa dimenticare di avere un corpo. Per quanto riguarda invece l'*area dell'educazione*, mi riferisco invece al *trend*, più nuovo, di utilizzare l'arte-terapia anche con persone "normali", o comunque non portatrici di disagi specifici, come forma di educazione, appunto, alla sensibilità, alla creatività, all'autoconsapevolezza e alla accettazione di sé.

Sono tante, infatti, le situazioni quotidiane in cui le persone, sia adulti che bambini, avvertono una sensazione di “crisi”, di difficoltà, e il bisogno di ristabilire l’equilibrio con se stessi e con il mondo esterno (lutti, separazioni, insuccessi a scuola o nel lavoro, etc.). L’arte-terapia, come abbiamo visto, può aiutare queste persone a contattare, esprimere ed elaborare le proprie emozioni, ad affrontare i propri conflitti, e a ritrovare la fiducia in sé. Inoltre, in una società che dà sempre meno spazio ed importanza alla creatività e alla fantasia – intese nel senso di capacità di esprimere se stesso e di relazionarsi con il mondo in maniera sempre nuova ed originale, e dunque nel senso di flessibilità e capacità di adattamento – e in un mondo talmente frenetico e in eccesso di stimolazione che non ci agevola ad una reale conoscenza di noi stessi e delle nostre emozioni, ritengo che l’arte-terapia possa costituire quello spazio e quel tempo in cui incontrare noi stessi, esprimere le nostre emozioni, qualunque esse siano, confrontarci con i nostri aspetti più profondi, e sperimentarci in diverse abilità, per promuovere l’autoconsapevolezza e mantenere o ritrovare il benessere psicofisico. Tra le forme d’arte principalmente utilizzate in arte terapia si possono menzionare tutte le arti grafiche, dal disegno alla scrittura; la danza; la musica; il teatro e la cinematografia.

1.4.1 Il disegno e la pittura.

Il disegno e la pittura vengono utilizzate in Arteterapia per acquisire o potenziare la capacità di contattare le emozioni e rappresentarle in una dimensione fantastica attraverso la forma e il colore. Inoltre, richiedendo l’attivazione della coordinazione visuomotoria e la capacità di movimenti fini e precisi, comporta un giovamento anche da un punto di vista strettamente motorio. Il disegno assume infatti in arte-terapia tre significati: un **significato ludico** (per creare), un **significato narrativo** (per raccontare di sé), e un **significato conoscitivo** (per porsi e rispondere a delle domande). Ma soprattutto il disegno ha un valore proiettivo. Il disegno infatti permette di esplicitare i propri conflitti e le proprie ansie che, assumendo concretezza e divenendo finalmente qualcosa di esterno a sé, trovano finalmente il distacco necessario per poter essere affrontate in maniera meno ansiogena, qualsiasi tipo di disegno contiene ovviamente aspetti proiettivi, che si ritrovano nel modo in cui viene usato lo spazio (in questo caso il foglio), il tipo di tratto, e i **colori** utilizzati. Il disegno può inoltre essere utilizzato in arte-terapia come strumento di analisi delle dinamiche di gruppo e del modo in cui ciascun soggetto interagisce nel gruppo. Proponendo, ad esempio, un disegno di gruppo – in cui sia lo spazio (il foglio), che gli strumenti (colori, matite, etc.), che il tema sono unici per tutto il gruppo – potranno rendersi evidenti le dinamiche di potere all’interno del gruppo e le modalità che il gruppo elabora per la risoluzione degli eventuali conflitti, nonché il modo in cui ciascun membro si relaziona al gruppo, alle sue dinamiche di potere e al conflitto.

Per quanto riguarda la pittura possono essere utilizzate tutti gli strumenti e tutte le tecniche pittoriche, come ad esempio i pennarelli, le tempere, gli acquarelli, i colori a dita, il collage e così via. Va tenuto presente che anche la scelta di un certo strumento ha un valore simbolico. Mentre, ad esempio, i pennarelli, facili da usare e con un tratto nitido e definito, danno sicurezza, le tempere e, ancora di più, i colori a dita sporcano e richiedono un coinvolgimento maggiore, e infatti di solito non vengono usati da persone con tratti ossessivo- compulsivo. O ancora il collage, che richiede un minor impegno

creativo perché si tratta solo di assemblare, viene di solito scelto da persone che si sentono in qualche modo minacciati da un'attività creativa troppo libera. La scelta, invece, di usare più strumenti insieme, è indice di grande flessibilità ed è molto utile nello sviluppo del pensiero laterale, che esula dagli schemi classici. Anche il modo in cui i soggetti si avvicinano ed effettuano la scelta ci dice molto di loro.

1.4.2 L'uso della scrittura.

L'uso della scrittura in Arte-terapia prende vari nomi (*writing therapy, poetry therapy, bibliotherapy*, eccetera) a seconda della tecnica principalmente usata, ma stanno tutti ad indicare l'uso intenzionale della scrittura come strumento terapeutico. La scrittura viene infatti usata in Arte-terapia in diversi modi, da scegliere ed adattare a seconda delle caratteristiche delle persone e degli obiettivi terapeutici. In linea generale possiamo distinguere tra una modalità attiva e una modalità passiva. Nella modalità attiva i soggetti vengono invitati a comporre dei brani poetici o letterari, in maniera libera o a partire da un tema o parole chiave indicati dal terapeuta. In questo caso la scrittura ha principalmente una funzione espressiva e rappresenta un'importante occasione per entrare in maggior contatto con sé stessi, raggiungere una maggiore autoconsapevolezza e nuovi, e spesso inaspettati, *insight*. La modalità passiva, invece, richiede la lettura, secondo un'interpretazione personale, di brani già esistenti. In questo caso la funzione è principalmente evocativa, e fa leva sui meccanismi di proiezione ed identificazione. L'utilizzo della scrittura è particolarmente indicato con persone molto razionali e che di solito hanno difficoltà a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni, in quanto tradurre in parole le proprie emozioni richiede proprio un lavoro di questo tipo.

1.4.3 La danza.

Anche per quanto riguarda l'uso della danza sono state elaborate diverse varianti (biodanza, danzaterapia, danza-movimento terapia), che condividono l'uso del movimento, con o senza musica, come principale strumento terapeutico. Il presupposto teorico su cui si basano queste forme di terapia, è quello in base al quale tensioni muscolari e modalità posturali e di movimento (uso dello spazio, tempi, ritmi, etc.) riflettono tensioni e modalità psicologiche; per cui, lavorare per prendere consapevolezza e sciogliere tali tensioni fisiche comporta l'entrare in contatto e il risolvere i blocchi emotivi e psicologici. La danza può essere vista come un dramma, in cui il linguaggio del corpo sostituisce quello verbale. L'obiettivo principale è mettersi in contatto con il proprio corpo e dare ascolto alle emozioni che vi albergano, ma i benefici dell'uso del movimento e della danza si estendono a più livelli. Ad un livello puramente fisico permette di ampliare il repertorio motorio e migliorare la coordinazione ed il tono muscolare, ad un livello psicologico si interviene sulle modalità di espressione di sé e sui livelli di adattamento alla realtà, ad un livello sociale, infine, si lavora sul modo di interagire con il gruppo e dunque sulle capacità comunicativo- relazionali.

1.4.4 La musica.

Per quanto riguarda l'uso della musica in terapia si parla principalmente di musicoterapia. La musica rappresenta uno strumento molto potente soprattutto per la sua valenza evocativa e regressiva. Fare o ascoltare musica, infatti, attiva le zone ipotalamiche del cervello legate ai più antichi meccanismi di sopravvivenza, mentre il ritmo riporta al contatto con il ritmo cardiaco materno in fase intrauterina. La musica, cioè, introduce la persona in un'atmosfera psicologica dove la relazione con gli aspetti coscienti di sé si indebolisce permettendo di entrare in contatto con le parti più profonde della psiche. Inoltre, la musica facilita il rilassamento sia fisico che mentale e migliora tutta una serie di funzioni fisiologiche, come la respirazione, il battito cardiaco e la pressione sanguigna. Anche la musica può essere usata in terapia sia in forma attiva, cioè producendo musica con diversi strumenti (di solito le percussioni), che passiva, cioè lasciandosi cullare dalle note di brani musicali scelti dal terapeuta a seconda delle finalità terapeutiche. Lo scopo, in generale, è quello di aiutare il soggetto ad esplorare i vissuti emotivi derivati dal contatto con la musica e rielaborare le immagini e i ricordi suscitati.

1.4.5 Il teatro.

L'idea che il teatro potesse avere effetti benefici, e dunque potremmo dire terapeutici, risale fino ad Aristotele e all'antica Grecia. Gli effetti benefici di cui parlava Aristotele, la catarsi che derivava dall'assistere ad una tragedia, erano però di tipo passivo, mentre in Arte-terapia le tecniche teatrali vengono utilizzate in maniera attiva, come e ai fini della terapia. La scoperta del teatro quale strumento terapeutico si deve principalmente a Moreno, ideatore dello psicodramma, ma dopo di lui è stata acquisita e sviluppata dai più svariati approcci terapeutici ed ha trovato largo impiego nei più diversi ambiti di applicazione. Psicodramma, teatroterapia, drammaterapia, *playback theatre*, eccetera, hanno tutti in comune l'utilizzo della drammatizzazione quale principale strumento terapeutico. Drammatizzare, e cioè tradurre in azione, permette infatti un accesso più diretto ai contenuti interni del soggetto, che potrà rivivere eventi del passato, elaborare e risolvere i conflitti riattualizzandoli, esplorare i propri "fantasmi" rendendoli concreti ed esterni a sé e quindi più accessibili e più facilmente modificabili o, ancora, sperimentarsi in situazioni nuove accrescendo così le proprie competenze e la conoscenza di sé. Le tecniche derivate dal teatro utilizzate in Arte-terapia sono molteplici e svariate anche perché il terapeuta le applica adattandole via via ai pazienti e alle situazioni e spesso arriva crearne di nuove. Oltre alla rappresentazione vera e propria e allo psicodramma, ricordiamo i giochi teatrali, di solito usati come "riscaldamento" del gruppo, e cioè per creare l'atmosfera necessaria ad un'espressione libera e spontanea di sé; l'uso delle maschere, che solitamente vengono fatte costruire e dipingere dagli stessi soggetti; e l'interpretazione di monologhi.

1.4.6 La cinematografia.

Musatti (1950) è stato tra i primi ad approfondire gli aspetti e le funzioni psicologiche del guardare un film, segnalando l'analogia tra sogno e cinema. Sia nei sogni che al

cinema le immagini presentano un carattere di realtà pur non inserendosi nella realtà, rispondono ai bisogni immaginari e alle pulsioni più intime permettendone la soddisfazione allucinatoria, e sono sottoposte agli stessi processi intrapsichici: spostamento, proiezione, oblio, eccetera. La seduta cinematografica, inoltre, presenta tutta una serie di caratteristiche che favoriscono un coinvolgimento così forte, come l'oscurità, il volume alto, la posizione rilassata, la passività. "La visione di un film modifica lo stato di coscienza di una persona: lo spettatore viene proiettato in una dimensione spazio-temporale in cui esiste solo la storia rappresentata sullo schermo, che annulla, almeno temporaneamente, la realtà circostante. Questa nuova dimensione è in grado di suscitare emozioni, indurre alla riflessione su sé stessi e la propria esistenza, inviare spunti per un dialogo, che produrrà mutamenti in coloro che ne sono coinvolti" (Fata, 2003). I meccanismi psicologici coinvolti sono principalmente quelli di identificazione, per cui una carenza o un bisogno interno vengono mitigati attraverso l'identificazione, appunto, delle emozioni e dei vissuti dei personaggi del film, e la proiezione, per cui si affrontano i conflitti interni o gli aspetti più spiacevoli di sé cogliendoli, come oggettivi, nei personaggi del film. Quando è possibile, rendere consapevoli tali processi può essere un momento molto importante di crescita personale. Anche la cinematografia viene usata in arte-terapia sia in forma passiva, e dunque più vicina agli effetti catartici di cui parlava Aristotele, sia in forma attiva e cioè coinvolgendo il gruppo sia nella stesura della sceneggiatura che nella produzione stessa del film, di cui, ovviamente, saranno i protagonisti.

Le arti possono essere ovviamente utilizzate anche in sinergia. Ad esempio, si può invitare i soggetti a fare un disegno lasciandosi ispirare dalla musica, o chiedere di rappresentare a livello teatrale o con la danza un certo brano poetico o musicale. Utilizzare insieme diversi registri sensoriali e comunicativi, o passare dall'uno all'altro può essere infatti molto utile per promuovere flessibilità e fluidità e affrontare gli stessi temi da una prospettiva diversa.

CAPITOLO 2 LA MUSICOTERAPIA

2.1 Introduzione alla musicoterapia

La musicoterapia è una disciplina relativamente nuova, e oggi sono molti gli studiosi interessati al suo approfondimento e alla sua applicazione in diversi campi. Sono altresì innumerevoli le Associazioni di Musicoterapia nate negli ultimi anni in diverse parti del mondo. Molte di queste propongono una loro definizione di musicoterapia basata sulle proprie esperienze, tra queste ne citiamo alcune:

- "La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che questi possa meglio realizzare l'integrazione intra e interpersonale e consequenzialmente possa migliorare la qualità della vita grazie a un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico." (*Federazione mondiale di musicoterapia 1996*).
- "Da un punto di vista scientifico, la musicoterapia è un ramo della scienza che tratta lo studio e la ricerca del complesso suono-uomo, sia il suono musicale o no, per scoprire gli elementi diagnostici e i metodi terapeutici ad esso inerenti. Da un punto di vista terapeutico, la musicoterapia è una disciplina paramedica che usa il suono, la musica e il movimento per produrre effetti regressivi e per aprire canali di comunicazione che ci mettano in grado di iniziare il processo di preparazione e di recupero del paziente per la società." (*Rolando Omar Benzon*, autore e docente argentino di musicoterapia);
- "La musica è uno strumento potente ed utile per stabilire comunicazione con i bambini e con gli adulti nell'aiutarli ad imparare in ambito intellettuale, fisico, sociale ed emotivo. Tutto ciò prevede l'uso della musica a scopo di prevenzione e di riabilitazione. La musica così usata in una varietà di situazioni sia individualmente che a gruppi è nota come musicoterapia" (*Società neozelandese di Musicoterapia*);
- "La musicoterapia di Orff è una terapia multi-sensoriale. L'utilizzo del materiale musicale - linguaggio fonetico-ritmico, ritmo libero e metrico, melodia nel linguaggio e nel canto, capacità di maneggiare gli strumenti - è organizzato in modo tale da indirizzarsi a tutti i sensi" (*Karl Orff*).

2.2 Cenni storici

Il termine di musicoterapia deriva dai concetti di musikè e therapeia dove per musikè s'intende una rappresentazione dell'uomo in parola, suono e movimento; per therapeia assistenza, cura e guarigione.

La musicoterapia è una terapia antica e il suo uso risale a più di trentamila anni fa. All'epoca la malattia era attribuita a spiriti maligni che dovevano essere scacciati dal corpo e dalla mente della persona malata. Per fare questo si usavano canzoni ritmiche accompagnate dal suono di zucche vuote e tamburi percossi per spaventare gli spiriti. La musica era per lo sciamano il mezzo per ottenere la massima concentrazione e per intensificare la volontà di ritrovare e di conservare il benessere fisico. La tradizione sciamanica sopravvive ancora oggi in alcune popolazioni che hanno conservato questi canti a intonazione monodica e a ritmo lento.

Anche i sumeri come gli sciamani celebravano uffici religiosi in onore di divinità che tutelavano sia la musica che la salute. Lo storico arabo Ibn Sina (Combarieu, 1982) riporta che la musica nell'antico Egitto veniva usata per diminuire il dolore durante il parto. Nella concezione greca la musica era vista come una medicina dell'anima e del corpo con effetti rilassanti o rinvigorenti a seconda delle necessità. Infatti diversi filosofi greci hanno elaborato teorie sugli effetti della musica nella psiche dell'uomo. Tra questi ci sono Pitagora di Samo che considerava l'arte la più idonea a sviluppare l'equilibrio dell'anima; Platone che ne parla diffusamente soprattutto nei due dialoghi: Repubblica e Leggi. Nella Repubblica Platone dice che alcune melodie stimolano un certo stato d'animo piuttosto che un altro: ad esempio i modi ionico e lidio sono rilassanti, mentre il modo misolidio suscita lamento. Platone sostiene che solo il modo dorico e frigio avessero una funzione educativamente positiva mentre le altre, ionica, eolica e lidia, dovessero essere escluse dall'educazione dei giovani. Al contrario Aristotele ammetteva l'utilità di tutti i generi di musica anche di quella che non perturbava gli animi poiché le reazioni violente che essa determinava avevano un effetto catartico, di purificazione delle passioni. Per Aristotele la musica ha un potere liberatorio, alleviante e catartico delle tensioni psichiche. Dalle testimonianze di Platone possiamo dedurre che i Greci praticassero già una qualche forma di musicoterapia e che per essi era scontato che la musica e il suono avessero degli effetti positivi o negativi sulla psiche. Siamo noi moderni che abbiamo bisogno di inventare un nuovo termine per indicare qualcosa che gli antichi già conoscevano e cioè che la musica non è fine a se stessa non è solo esercizio e godimento intellettuale per pochi eletti ma è materia stessa della vita e ha a che fare in qualche modo con la salute e la malattia.

Durante l'impero romano i romani avevano assimilato la cultura risanatrice dei Greci. In seguito al crollo dell'impero romano emersero nuove filosofie e venne avviata la separazione tra scienza e religione che portò a trascurare l'anima nel corso del processo diagnostico. Si dovette attendere fino al XX secolo inoltrato per poter veder nascere un vero interesse per l'uso terapeutico della musica.

Il primo corso di musicoterapia si tenne nel 1919 presso la Columbia University e nel 1944, al Michigan State College, venne inaugurato il primo corso quadriennale per specialisti in tale disciplina. Dopo furono fondate tre delle più importanti organizzazioni di musicoterapia: la National Association for Music Therapy, L'American Association for Music Therapy e nel 1979 l'American Association of Music Therapists. A partire da questo momento l'interesse per la musicoterapia è diventato sempre più cospicuo e numerosi sono oggi i corsi, anche universitari, dedicati a questa disciplina.

2.3 I modelli di musicoterapia

Si possono distinguere due principali tipi di musicoterapia:

- Musicoterapia Ricettiva: basata sull'ascolto di brani musicali con l'ausilio di riproduttori (ad esempio lettori cd). Al paziente viene lasciata autonomia di percezione, immaginazione ed elaborazione relativa alla musica proposta. Essa si basa sulla constatazione che musica, suoni e rumori sollecitano una risposta emotiva nelle persone, evocano ricordi, stimolano la produzione di immagini mentali. Infatti esistono nel nostro cervello connessioni tra centri ricettivi dei suoni e centri deputati all'elaborazione delle emozioni.
- Musicoterapia attiva: in cui il musicista terapeuta e paziente interagiscono tra loro, producendo dei suoni con degli strumenti musicali, con la voce o il proprio corpo (uso di una parte del loro corpo come una fonte sonora). Questo tipo di musicoterapia mette dunque in primo piano la relazione tra musicoterapeuta e paziente e il dialogo che si instaura o meno tra i due.

Durante il IX congresso mondiale di Musicoterapia tenutosi a Washington nel Novembre del 1999 sono stati riconosciuti cinque modelli di musicoterapia, di cui i primi due sono di tipo ricettivo e gli altri tre di tipo attivo:

1. Musicoterapia di Immaginazione Guidata (GIM) di H. Bonny
2. Musicoterapia Comportamentista di C.Madsen
3. Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins
4. Musicoterapia Analitica di M. Priestley
5. Musicoterapia secondo il modello di R. Benenzon

Nei prossimi capitoli saranno illustrati i modelli che sono maggiormente usati: la Musicoterapia di Immaginazione Guidata (GIM), Musicoterapia Analitica di M. Priestley, il modello di Nordoff-Robbins, il modello di R. Benenzon e altri modelli che, benché non siano riconosciuti a livello mondiale sono ampiamente usati dai musicoterapisti e cioè il modello Alvin e quello di Orff.

2.3.1 Immaginazione guidata di H. Bonny

Questo modello si basa sulla constatazione che la musica ha la capacità di entrare a fondo nella coscienza delle persone e di modificarne la condizione fisica, emozionale,

intellettuale e spirituale. Questo modello ha come ambito privilegiato di utilizzo le patologie depressive e gli stati d'ansia in situazione di abuso e prevede una prima fase di raccolta dati amnestici, una seconda fase di rilassamento cui segue l'ascolto brani di musica classica scelti sulla base di dati raccolti.

E' necessario che il terapeuta posseda un'adeguata formazione come psicoterapeuta e abbia una profonda conoscenza della musica classica.

La classica seduta della GIM dura dai 90 ai 120 minuti, suddivisa in quattro fasi:

- Il Preludio, dialogo iniziale su situazioni problematiche e scelta di un eventuale tema sul quale lavorare;
- L'Induzione, il rilassamento e la centratura dell'attenzione su un tema, reale o metaforico, delimitato, che può essere stato espresso consapevolmente o essere ancora solo a livello emozionale;
- L'Esperienza o Viaggio con la Musica, selezionata dal terapeuta. Mediante la musica ed il rilassamento, l'esplorazione virtuale del mondo interiore (ricordi traumatici, esperienze dolorose, ecc.) presenta le caratteristiche di una esperienza reale corredata con forti sensazioni ed emozioni, con contenuti simbolici e metaforici. Durante questa fase, il paziente verbalizza la sua esperienza immaginativa e mostra una presenza non direttiva, verbalmente e non, per sostenere, dare fiducia, mantenere ed approfondire l'attenzione, incoraggiando a sperimentare nel modo più completo qualsiasi evento che il paziente sia disposto ad affrontare nell'immaginario;
- Il Postludio, quando, terminata la musica, musicoterapista riporta gradualmente il paziente in uno stato ordinario di coscienza. Alcune volte viene proposta una transizione con l'utilizzo di modalità artistiche (disegno, creta, poesia) prima di concludere con un dialogo. In questa fase il terapeuta aiuta il paziente ad associare significati alle immagini metaforiche e simboliche sperimentate ed a connettere questi significati con le problematiche presentate, in modo da elaborare alternative o sviluppare una maggiore integrazione.

Nelle successive sedute vengono riprese le impressioni dell'ultima seduta e i brani verranno scelti tenendo conto di quanto avvenuto nelle sedute precedenti.

I pazienti che possono intraprendere un percorso trasformativo di strutture profonde della personalità ed evolutivo con la GIM (sviluppo di potenzialità, autorealizzazione, lavoro transpersonale e spirituale), bisogna che abbiano una buona forza dell'Io, la capacità di distinguere tra l'immaginario e la realtà, la capacità di verbalizzazione e di pensiero simbolico, ed un buon rapporto con la musica. Per l'applicazione della GIM nell'ambito psichiatrico, per lavori di gruppo, con bambini, anziani e con pazienti affetti da gravi malattie, il metodo ha subito adattamenti secondo le risorse, i bisogni del paziente e gli scopi terapeutici limitati dalla situazione e stato del soggetto. Controindicazioni per l'applicazione della GIM riguardano persone che abusano di alcool, farmaci e droghe che stimolano la produzione di immagini, o persone che non mostrano benefici al trattamento, dopo quattro o cinque sedute.

2.3.2 Musicoterapia Creativa di Nordoff-Robbins

Questo modello è stato messo a punto da P.Nordoff e C.Robbins lavorando con bambini affetti da disturbi lievi e gravi di apprendimento (inclusa la sindrome di Down), da autismo, da disabilità psico-fisiche e da disturbi dell'udito. Nordoff, musicista, e Clive Robbins, educatore specializzato, descrivono la musicoterapia come:

un impegno del bambino nella sua attività musicale. La resa della musica è costruita momento per momento: ciò che essa esprime si realizza nel divenire del tempo. Quando viviamo le mutazioni di una melodia ci identifichiamo con essa, come i bambini fanno quando cantano. Quando viviamo nelle strutture tonali e temporali di una composizione musicale, come i bambini fanno quando suonano gli strumenti, la nostra partecipazione rende complete le nostre facoltà di reazione (P.Nordoff e C.Robbins, 1988)

Questo modello sfrutta l'improvvisazione musicale per poter migliorare la comunicazione nelle relazioni umane del paziente e per eliminare o almeno contenere i comportamenti-problema. Il presupposto teorico alla base di questo modello è che una disfunzione organica abbia provocato un arresto dello sviluppo della persona e che il lavoro creativo, svolto attraverso l'improvvisazione musicale, liberi le potenzialità rimaste bloccate. La musica "suonata" è collocata al centro dell'esperienza e le risposte musicali costituiscono il materiale principale per l'analisi e per l'interpretazione. Gli autori sostengono che il terapeuta deve essere un musicista esperto dal momento che l'uso di uno strumento è centrale nel loro stile lavorativo. Essi hanno formato prevalentemente i terapisti all'uso sofisticato del pianoforte. Sono necessari in genere due terapisti che agiscono in contemporanea: il primo improvvisa al pianoforte coinvolgendo il paziente nell'esperienza musicale; il secondo lo supporta e lo aiuta nella risposta con gli strumenti.

2.3.3 Il modello di M. Priestley

La musicoterapia orientata analiticamente è un modello elaborato dalla violinista Mary Priesley negli anni '70. E' basato sull'improvvisazione di musica da parte del terapeuta e del paziente allo scopo di esplorare la vita interiore del paziente e di fornirgli la predisposizione alla crescita e all'auto-coscienza. La sua cornice teorica include, oltre le teorie analitiche e psicoanalitiche, anche quelle psicosociali, della comunicazione (tra madre e bambino) e dello sviluppo. Utilizzato inizialmente con pazienti psichiatrici, il modello di Priesley è impiegato con soggetti capaci di simbolizzazione, con bambini ed adolescenti con un ego debole.

Per scopi di integrazione, di sviluppo di una meglio definita immagine di sé e di auto consapevolezza, nella seduta vengono utilizzati metodi di improvvisazione, tonale o atonale in base alla modalità, utilizzata dal paziente per esprimere se stesso, emersa nel colloquio iniziale. Non è l'aspetto estetico che viene considerato ma la funzione che le esperienze ed i prodotti musicali hanno per i fini terapeutici.

Il metodo è stato originariamente creato per pazienti adulti ed è stato utilizzato per una vasta gamma di disturbi psicologici; in seguito una parte del lavoro è stata anche svolta con bambini.

Mediante le scale elaborate da Bruscia, da lui denominate *Improvisational Assessment Profiles – IAPs* (1987), viene valutata sia la musica del terapeuta che del paziente in modo da rilevarne l'influenza reciproca.

2.3.4 Il modello Benenzon

Questo modello è stato costruito dal Dottor Rolando Benenzon, Medico Psichiatra della facoltà di Medicina dell'Università di Buenos Aires, musicista e compositore, considerato uno dei massimi esperti a livello mondiale dell'applicazione della musicoterapia nei casi di autismo, di pazienti in coma e nel morbo di Alzheimer.

Il suo modello si basa sul concetto di ISO (Identità Sonora) che è *“un'insieme infinito di energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono a un individuo e che lo caratterizzano”* (Benenzon et al.,1997). Tutti gli esseri umani possiederebbero perciò un'identità sonora che li caratterizza e li differenzia dagli altri. Questo flusso interno di energie deriva dall'eredità sonora del soggetto: dalle esperienze intrauterine del periodo gestazionale alle esperienze sonore fatte dalla nascita in poi. Secondo l'autore nell'inconscio ritroviamo un'energia sonora – musicale in costante movimento, detta ISO gestaltico e l'ISO universale. L'ISO gestaltico va a caratterizzare il singolo individuo ed è costituita da tutti gli elementi prodotti a partire dal concepimento. L'ISO universale include tutti i fenomeni sonori comuni agli esseri umani: il battito cardiaco, il suono del respiro, dell'acqua, e certi fenomeni sonoro – musicali che diventano universali nei secoli (ad es. la scala pentatonica presente in tutte le ninna – nanne). Questo può essere influenzato dall'iso gestaltico. Il feto possiede esclusivamente la dimensione inconscia per cui le sue uniche identità sonore sono l'ISO gestaltico e universale. Una volta che le energie si “scaricano” passano a livello preconsciouso. A questo punto Benenzon introduce il concetto di ISO culturale, identità che raccoglie, dal parto in poi (fin dai primi suoni della sala parto), tutte le esperienze culturali e gli stimoli sonori provenienti dall'ambiente esterno Anche queste energie sono in continuo movimento: non vi sono compartimenti stagni ma un'evoluzione costante dinamica. Un suono esterno deve avere un impatto sull'ISO gestaltico e su quello universale per poter essere riconosciuto e divenire così parte di quello culturale (Benenzon et al.1997).

Nel momento in cui si stabilisce una relazione (e un vincolo) si forma l'ISO in interazione, che comprende la somma delle energie di due o più persone, in quest'ultimo caso si parla di ISO di gruppo. In quest'ultimo l'ISO gestaltico e culturale di ciascun componente si adattano reciprocamente intrecciandosi tra loro per costituire un'identità creativa propria del gruppo in questione.

L'interazione tra due persone avviene attraverso la scarica di energie nello spazio vincolare attraverso l'oggetto intermediario che è rappresentato da ogni elemento capace di consentire il passaggio di energia comunicativa da un individuo all'altro. Il

corpo della madre è il primo oggetto intermediario di comunicazione. E' da notare che nelle sedute lo strumento musicale, finalizzato a diventare "intermediario", può in realtà essere utilizzato anche in altri modi: come oggetto incistato, quando il paziente lo avvolge fino a farlo diventare parte di sé, di sperimentazione, catartico, quando è utilizzato per scaricare tensione accumulata, difensivo, se viene suonato al fine di "nascondersi" attraverso le proprie produzioni sonore.

Le sedute si svolgono in uno spazio fisico e temporale; il setting, che assume un ruolo importante nella seduta e i suoi elementi costitutivi (dimensioni, isolamento acustico o meno, materiali utilizzati, ecc.) possono influenzare in maniera determinante la seduta. All'interno del setting è posto l'insieme degli strumenti musicali definito GOS (Gruppo Operativo Strumentale). Il GOS può essere costituito da strumenti tradizionali, strumenti di facile approccio, strumenti costruiti con materiali naturali, strumenti creati dal paziente o dal musicista terapeuta.

Benenzon ritiene che una seduta di musicoterapia debba articolarsi su tre punti principali: l'osservazione, le associazioni corporeo-sonoro-musicali, l'isolamento riflessivo-attivo.

L'osservazione è fondamentale nei primi momenti della seduta, durante i quali il musicista terapeuta deve astenersi dall'agire e dall'esprimersi. Egli deve assumere una posizione ricettiva ma non può fare a meno di comunicare con la sua sola presenza. In un secondo momento il paziente inizia ad esprimersi e il musicista terapeuta inizia a muoversi nella stanza alla ricerca dello strumento con cui iniziare il dialogo con il paziente. Nella terza fase, quella di isolamento riflessivo-attivo, il musicista terapeuta smette di agire e scinde la sua attenzione fra ciò che proviene dal paziente e ciò che invece proviene dalle proprie sensazioni.

Le sedute che utilizzano questo modello si svolgono individualmente o in gruppo; è prevista una coppia terapeutica costituita da musicista terapeuta e da coterapeuta, quest'ultimo con funzione "stimolatrice", di ausilio e di supporto. Ogni seduta viene registrata utilizzando dei protocolli che costituiscono uno strumento insostituibile di ricerca, di monitoraggio, ma anche perché permettono al musicista terapeuta di riflettere costantemente su ciò che accade prima, durante e dopo la seduta e di preparare accuratamente ogni seduta successiva.

2.3.5 Il modello di Alvin

E' un modello di musicoterapia misto, in cui si utilizzano tecniche sia di tipo ricettivo che attivo ed è consigliata in particolare per i bambini con handicap. Le sedute possono essere individuali, con il coinvolgimento di familiari, oppure di gruppo, a seconda degli obiettivi del progetto terapeutico. La tecnica prevede tre fasi (Alvin, 1986)

1. Relazione sé/oggetto: in questa fase il paziente è invitato a scegliere gli strumenti e a utilizzarli come meglio crede. In questo modo il paziente è stimolato a sviluppare una propria consapevolezza senso-motoria, le facoltà percettive e la sensibilità musicale.

2. Relazione sé/terapeuta: attraverso produzioni sonore e il dialogo d'improvvisazione musicale il paziente è indotto a sviluppare fiducia nel terapeuta. In questa fase viene soprattutto sottolineata la necessità di provare piacere a fare e ad ascoltare musica. La musica prodotta viene integrata dall'ascolto di brani registrati.
3. Relazione sé/altri: in questa fase si attua il passaggio dall'esperienza individuale a quella di gruppo e le precedenti esperienze vengono utilizzate come modelli per sviluppare relazioni. In questa fase si usa l'improvvisazione libera, il canto, l'ascolto, la discussione e il movimento.

Alvin costruisce la sua tecnica musicoterapica basandosi sulle osservazioni ricavate dall'analisi del comportamento di soggetti con lieve insufficienza mentale e sulla loro introspezione. La sua musicoterapia è orientata sia verso il singolo che verso il gruppo e mira a favorire un maggiore controllo dell'attenzione, del comportamento e delle emozioni.

2.3.6 Il modello Orff

Il metodo è inteso a stabilire la relazione attraverso il canto, il coro e il ritmo costituendo una terapia parzialmente non verbale. Può essere applicato per pazienti con funzionamento più o meno compromesso di un organo di senso.

Il metodo Orff utilizza il ritmo espresso naturalmente dai movimenti e dai suoni che una persona emette. Ogni strumento usato viene considerato sotto tre aspetti: tattile (calore, durezza, struttura della superficie, elasticità, vibrazione), ottico (grandezza e forma) e acustico. Ogni singolo strumento può corrispondere ad un'immagine della fantasia. Il terapeuta deve crearsi tali immagini, ma non deve imporle al bambino: ogni bambino dà significato alle sonorità e alle sensazioni ottiche in base alle proprie esperienze e al proprio mondo. I bambini vengono divisi in gruppi di 4-6 soggetti relativamente compatibili e si riuniscono in classe Orff tre volte a settimana. Il terapeuta stabilisce di volta in volta, per ogni bambino, una meta, e, una volta raggiunto questo primo traguardo, se ne pone un'altra. Nel caso si sviluppino fattori di turbamento, casualmente o volutamente, questi non vanno bruscamente interrotti né corretti, ma piuttosto inseriti nel processo e opportunamente gradualmente trasformati. E' inoltre importante che il numero degli strumenti sia limitato, per favorire la concentrazione e stimolare così la fantasia del bambino; a volte si può perfino usare un solo strumento che viene dato a turno, per breve tempo, a ciascun soggetto favorendo in tal modo la tolleranza sociale e l'iniziativa spontanea al momento giusto. Bisogna sottolineare che l'elemento basilare in tutte le situazioni di gruppo è che il bambino non solo acquista una certa abilità o esegue bene un dato compito, ma, ciò che vale di più, s'impegna ad apprendere.

2.4 Gli aspetti tecnico/operativi

2.4.1 Il ruolo della coppia terapeutica: musicoterapeuta e co-terapeuta

Per Benenzon, “lavorare” in musicoterapia significa coinvolgere e mettere in funzione tutto il corpo del musicoterapista, per questo il lavoro in coppia, un musicoterapista più un co-terapista, è considerato più efficace alla conduzione singola.

Il musicoterapista è colui che ha competenze tecniche nell’ambito musicale per intervenire, dal punto di vista riabilitativo, seguendo le indicazioni di un progetto la cui responsabilità è di un terapeuta (professionista esperto di psicologia e psicoterapia, laureato in medicina o psicologia, abilitato all’esercizio autonomo della professione). Il co-terapista può essere un altro musicoterapista o un terapeuta con competenze cliniche.

I benefici del lavoro svolto in coppia terapeutica sono molteplici: il paziente si sente più contenuto, può stabilire o prediligere una o l’altra relazione; i componenti della coppia si sostengono l’uno all’altro e danno una lettura diversificata di ciò che avviene in seduta dando protocolli di osservazione più completi; diminuisce il timore di coinvolgimento corporeo prevenendo così il cosiddetto burn-out dei musicoterapisti (esaurimento psicofisico a cui possono andare incontro coloro che si dedicano a professioni di aiuto e di assistenza o che comunque comportino un grande livello di coinvolgimento emotivo con la sofferenza dell’altro).

2.4.2 La supervisione

La supervisione è la revisione del materiale emerso durante le sedute. Questa elaborazione viene effettuata dai supervisori che sono, generalmente, psicoterapeuti medici con specifiche competenze tecniche in ambito musicoterapico (Postacchini et al. 2001).

La supervisione ha due funzioni: la prima di permettere uno studio della struttura funzionale del tipo di handicap con il quale si sta lavorando, la seconda di progettare e correggere, momento per momento, il progetto che si è costruito su un dato paziente o gruppo di pazienti.

2.4.3 La costruzione di un progetto musicoterapico

La costruzione di un progetto musicoterapico richiede la raccolta di informazioni finalizzate alla valutazione delle eventuali opportunità di un trattamento musicoterapico e a orientare le prime fasi del trattamento. La raccolta di informazioni avviene attraverso due fasi: il *colloquio* tra terapeuta e committente e gli *incontri preliminari di valutazione*.

Il *colloquio* si svolge all’inizio del trattamento e avviene tra terapeuta e paziente stesso o, nel caso di minori, tra terapeuta e genitori del paziente oppure interlocutori

istituzionali (ASL, Centri di riabilitazione, Ospedali, scuole, ecc ...). Il colloquio verte principalmente sull'anamnesi sonora del paziente e sulle aspettative rispetto al trattamento. L'anamnesi sonora del paziente è l'insieme dei dati e delle informazioni riguardanti il rapporto del soggetto con i suoni e la musica: i suoni da cui viene più attratto, canzoni o autori che ascolta con maggiore piacere, se ascolta musica in casa e quale musica ascolta, ecc ...

Negli *incontri preliminari di valutazione*, che possono variare da uno a quattro a seconda della complessità del caso, si propone al paziente un ambiente apposito in cui sono disposti gli strumenti musicali (stanza di musicoterapia, setting) e si osserva attentamente come il paziente reagisce sia agli stimoli ambientali che a quelli proposti dal musicoterapista.

Dalla sintesi di questi due momenti se emergono elementi necessari e sufficienti per ritenere utile un trattamento musicoterapico (interesse del paziente per gli strumenti, capacità esplorativa, sensibilità al ritmo, interesse a stabilire un dialogo ritmico con il terapeuta, ecc) si procede all'esplicitazione del progetto e alle sue modalità di realizzazione.

La durata degli incontri, intesa come lo spazio che il terapeuta mette a disposizione del paziente, è di circa 45 minuti. In linea di massima la frequenza è monosettimanale ma in caso di pazienti particolarmente gravi potranno essere opportune due o più sedute. Tutte queste indicazioni vanno intese come linee generali da adattarsi in modo flessibile da caso a caso.

2.5 Le tecniche musicoterapiche

Le più diffuse tecniche musicoterapiche si possono distinguere in due gruppi: le tecniche improvvisative (o interattive) e le tecniche di ascolto (ricettive).

Nelle prime l'improvvisazione musicoterapica è utilizzata per giungere, attraverso un dialogo sonoro con il paziente, ad una armonizzazione delle sue funzioni e ad una sua maggiore integrazione. Essa infatti permette al musicoterapista di interagire e sintonizzarsi con il paziente, di immedesimarsi nelle sue emozioni e di instaurare, tra terapeuta e paziente, interazioni personali oltre che musicali.

Le tecniche di improvvisazione più efficaci prevedono l'improvvisazione delle reazioni comportamentali del paziente in un ritratto musicale, l'improvvisazione di qualunque suono il paziente stia producendo, l'improvvisazione di una canzone con le sue idee musicali, la realizzazione di un accompagnamento musicale che invita ad una risposta del paziente.

Quando il musicoterapista improvvisa con il paziente, emergono modalità di interazione che rispecchiano l'atteggiamento del paziente nei confronti di sé stesso e degli altri: su tali interazioni il musicoterapista potrà percorrere due strade: rispecchiare la proposta sonora - musicale del paziente o introdurre piccole variazioni. Ad esempio se la musica del paziente è ipertesa o lenta il musicoterapista può introdurre temi con ritmi più lenti o più veloci per contrastare la dinamica e la velocità del paziente; se la musica del

paziente non è congruente con il linguaggio del proprio corpo o con il suo stato d'animo il musicoterapista può cercare di armonizzare questi aspetti discordanti per creare un sentimento di unione.

A seconda di come il paziente risponderà allo stimolo fornito dal musicoterapista, inizierà una relazione intersoggettiva per mezzo della musica e del suono, che è ciò che si definisce improvvisazione. Si tratta di una relazione circolare in cui lo stimolo A produce una risposta B e a sua volta, la risposta B diventerà uno stimolo per una risposta C e così via.

Per musicoterapia ricettiva si intende la somministrazione di una o più musiche preregistrate o realizzate al momento.

La musicoterapia improvvisativa e ricettiva possono essere proposte in setting individuali o di gruppo.

2.5.1 Musicoterapia improvvisativa individuale

L'incontro di musicoterapia individuale improvvisativa si articola, generalmente, in tre momenti successivi:

- 1. Il contatto con l'incontro precedente:* la seduta si apre con lo stesso timbro, linea melodica o frammento ritmico presente nel dialogo sonoro della seduta precedente.
- 2. Lo spazio di improvvisazione sonora:* il musicoterapista invita il paziente ad utilizzare un certo strumento, oppure comincia a produrre ad esempio su uno xilofono, una semplice sequenza ritmico melodica e la propone al paziente, attuando così l'improvvisazione. Nel caso in cui c'è la possibilità di comunicare con la parola, il musicoterapista può dare al paziente consegne verbali come: "inizia a suonare e cerca di esprimere cosa provi in questo momento"; "osserva questo disegno e poi inizia a suonare cercando di esprimere cosa ti ha comunicato il disegno stesso", "ascolta questa canzone e proviamo a suonare le emozioni che ci hanno comunicato".
- 3. La conclusione dell'incontro:* le modalità di conclusione saranno diverse a seconda della gravità del quadro clinico del paziente: nel caso di pazienti in grado di verbalizzare sarà possibile parlare di tutto ciò che è avvenuto durante la seduta e di elaborarlo; nel caso di pazienti gravi che non accedono al linguaggio sarà il musicoterapista a trovare i modi per comunicare al paziente l'approssimarsi del termine della seduta come ad esempio: uno sguardo particolare rivolto al paziente, alzarsi e prendere dolcemente la mano del paziente, un suono che per il paziente equivale al concetto di fine, l'uso di una foto dei genitori che indica che stanno arrivando e che la seduta sta per terminare.

2.5.2 Musicoterapia improvvisativa gruppale

Questo tipo di musicoterapia è considerato adatto a soggetti con un buon livello di integrazione generale. Il numero di partecipanti può oscillare dalle 6 alle 10 unità, gli incontri hanno cadenza monosettimanale e vengono condotti da una coppia stabile di terapeuti.

Durante l'improvvisazione sonora, è importante osservare se si creano situazioni che potrebbero risultare pericolose per qualcuno, se si creano dei sottogruppi, se qualche soggetto si comporta in modo da destare preoccupazione per la sua incolumità e/o quella degli altri, se dal gruppo emerge uno o più leader, se vi sono soggetti emarginati dal gruppo, non coinvolti. Al termine dell'improvvisazione ha luogo la verbalizzazione: i partecipanti discutono quanto emerso durante l'improvvisazione.

E' importante sottolineare che ciò che si considera terapeutico è tutto il procedimento espressivo e relazionale che ciascun individuo compie, sia nella fase verbale che in quella non verbale, non solo gli interventi dei terapeuti.

2.5.3 Musicoterapia ricettiva individuale

Viene indicata in un numero limitato di casi, in particolare a quei pazienti molto gravi che presentano ritiro sociale e inibizione psicomotoria e anche negli stati di coma. In questi casi la raccolta dei dati antecedente alla costruzione del progetto musicoterapico si limita alla raccolta anamnestica per mezzo dei familiari che indicano il rapporto del paziente con i suoni. Il setting in questi casi si differenzia notevolmente perché spesso occorre trovare soluzioni che consentono di adattare il trattamento alle difficoltà del paziente stesso, come il recarsi al domicilio o nella stanza d'ospedale. La frequenza in genere è molto elevata, dalle due alle quattro sedute settimanali e la durata delle medesime è approssimativamente di venti/venticinque minuti.

2.5.4 Musicoterapia ricettiva gruppale

In questo tipo di musicoterapia il gruppo inizia la seduta con una discussione verbale della seduta precedente. Dopo questa prima fase i terapeuti fanno ascoltare materiale sonoro preregistrato di mezz'ora/quaranta minuti, invitano a trovare una posizione comoda e ad ascoltare la musica, il proprio corpo e i propri pensieri.

Il materiale sonoro preregistrato è costituito da tre parti. Nella prima parte viene proposto l'ascolto di musica a bassa complessità formale, ad esempio canzoni o melodie orecchiabili, con funzione assicurativa e inducente. Nella parte centrale vengono introdotti, con molta cautela, brani dalla struttura formale più incerta, ad esempio brani di musica contemporanea o di musica etnica, con lo scopo di provocare nel paziente piccole "crisi" che inducono al cambiamento. Con la fase finale si torna invece a brani musicali più semplici che hanno lo scopo di rilassare e rassicurare il paziente e avviarlo alla fine della seduta.

Segue il momento della verbalizzazione, dove i terapeuti hanno il ruolo di favorire la comunicazione tra tutti i partecipanti.

2.6 Basi scientifiche della musicoterapia

Il suo approccio è chiaro: noi esseri umani, come specie, siamo creature musicali non meno che linguistiche. Siamo in grado di percepire l'altezza delle note, il timbro, l'ampiezza degli intervalli, l'armonia, il ritmo, servendoci di varie parti del cervello. A questa sensibilità strutturale, per lo più inconscia, aggiungiamo una reazione emozionale, talvolta intensa e profonda. Perciò l'intimità della musica, ha la capacità di far emergere, come scrisse Schopenhauer, i moti della nostra natura più profonda.

(Oliver Sacks)

La *terapia vibroacustica* nasce intorno ai primi anni settanta a seguito di un incontro tra i terapeuti Olav Skille e Juliette Alvin. Dalle ricerche conseguenti a tale incontro vengono fissati tre parametri scientificamente certi, punto di partenza dell'applicazione delle vibrazioni musicali sull'uomo: a) le basse frequenze producono rilassamento, b) la musica ritmica favorisce aumenti della pressione sanguigna, c) la musica a forti volumi genera aggressività.

La prima applicazione vibratoria riguarda la creazione del "*bagno di musica*", atto a ridurre l'ipertono muscolare dei muscoli estensori e flessori di pazienti con paralisi cerebrale. La semplice vibrazione meccanica prodotta da un generatore si rivelò già un efficace sistema. Ma confrontando questo accorgimento con il primo dei tre parametri descritti dagli autori del metodo ci si rende conto che, in effetti, il lavoro va sviluppato nell'ambito delle *basse frequenze*.

A partire, quindi, dai primi anni ottanta vengono testate frequenze atte ad agire su determinati problemi o danni fisici. In Norvegia il bagno di musica prende il nome di *massaggio sonoro a bassa frequenza*. Il corpo umano viene immerso in un ambiente sonoro e vibrazionale: un lettino con tre coppie di altoparlanti collegate ad un lettore CD mediante un amplificatore. Lo scopo è quello di trasmettere più suoni simultaneamente, che il paziente riceve in parte attraverso il canale uditivo e in parte attraverso il corpo. *Le vibrazioni emesse dalle basse frequenze interagiscono con il sistema nervoso autonomo in aderenza alle frequenze Hertz somministrate.*

Ad oggi la musicoterapia è considerata quindi una disciplina fondata su basi scientifiche ormai approvate. La musica agisce sul sistema neurovegetativo, cioè sul quel sistema che regola le funzioni del nostro organismo: la respirazione, la pressione sanguigna e il ritmo cardiaco. Per la sua caratteristica espressività, la musica favorisce la liberazione delle emozioni e delle risorse di ognuno spesso inascoltate o inutilizzate. Infatti, come detto precedentemente, viene utilizzata soprattutto in ambito clinico perché permette al soggetto malato di esprimere e di percepire le proprie emozioni, di comunicare e di mostrare i propri stati d'animo e i propri sentimenti attraverso il particolare linguaggio della musica (non-verbale). In tal modo si offre al paziente la possibilità di acquisire una

maggior consapevolezza di sé e quindi a migliorare il rapportarsi e il suo comunicare con gli altri. L'esempio più riscontrato e più conosciuto di applicazione della musicoterapia è proprio quello che riguarda il soggetto affetto da autismo, colui che si trova in una condizione patologica tale da portarlo a rinchiudersi in se stesso negando la comunicazione verso l'esterno. La musica può offrire un processo di apertura mettendo il mondo esterno in comunicazione con il malato.

Neurologic Music Therapy (NMT) è definita come l'applicazione terapeutica della musica nella sfera cognitiva, sensoriale e motoria.

NMT è basata su modelli di percezione e produzione della musica ed esplora l'influenza della musica sui cambiamenti funzionali nella sfera cerebrale che regola le *abitudini comportamentali*. Di seguito è riportato uno schema riassuntivo delle principali tecniche promosse e dei meccanismi fisiologici che vengono esplorati con l'intervento della musica.

NMT (Neurologic Music Therapy) utilizza come principali tecniche per correggere e migliorare:

l'andatura:

- Rhythmic Auditory Stimulation (RAS)
- Patterned Sensory Enhancement (PSE)
- Therapeutic Instrumental Music Performance (TIMP)

Il linguaggio:

- Melodic Intonation Tx (MMIT)
- Musical Speech Stim (STIM)
- Rhythmic Speech Cueing (RSC)
- Vocal Intonation Tx (VIT)
- Therapeutic Singing (TS)
- Oral Motor and Respiratory Exercises (OMREX)

La soglia di attenzione:

- Musical Sensory Orientation Training (MSOT)
- Musical Neglect Training (MNT)
- Auditory Perception Training (APT)
- Musical Attention Control Training (MACT)

I processi cognitivi:

- Musical Mnemonics Training (MMT)
- Associative Mood and Memory Training
- Musical Executive Function Training (MEFT)
- Music Psychotherapy and Counseling (MPC)

I più comuni meccanismi attivati a livello fisiologico e le principali tecniche utilizzate in campo musicoterapico sono:

- Agevolazione audio-spinale. E' la risposta motoria alla musica: (es. battere i piedi, le dita etc.). Sostanzialmente gli stimoli uditivi eccitano i neuroni del midollo spinale (RST) che a loro volta stimolano i muscoli principali per il movimento. Tutto questo si verifica ad un livello precognitivo e più intenso è lo stimolo, maggiore sarà la risposta neuromuscolare (Paltsev & Elner, 1967;

Rossignol & Melvill-Jones, 1976, etc.). Ritmicamente il suono è strutturato in vari toni che possono sincronizzare i tempi di attivazione muscolare facilitando in tal modo un miglior coordinamento del movimento.

- Rhythmic Auditory Stimulation (RAS). E' una tecnica specifica per facilitare la riabilitazione di movimenti biologicamente e intrinsecamente ritmici. Uno dei più importanti movimenti ritmici è per esempio l'andatura. Pertanto l'applicazione più importante di RAS è quello di correggere l'andatura in pazienti con ictus, malati di Parkinson e pazienti con danno cerebrale traumatico.
- Therapeutic Instrumental Music Performance - (TIMP). Utilizza la riproduzione di strumenti musicali per esercitare e stimolare schemi di movimento nel processo di riabilitazione motoria. Gli strumenti musicali vengono selezionati per enfatizzare e formare una gamma di movimenti.
- Patterned Sensory Enhancement – (PSE). Trattasi di una tecnica che usa elementi musicali ritmici, melodici, armonici e dinamici per fornire modelli temporali, spaziali al movimento. Ad esempio la ritmicità stimola i tempi del movimento.

2.7 Musicoterapia e patologia

Con la musicoterapia si è in grado di guarire una persona da una patologia? E' possibile porsi l'obiettivo di ripristinare una condizione di salute antecedente all'intervento di un certo agente considerato causa della malattia? A queste domande dobbiamo rispondere no: non vi è evidenza scientifica che la musicoterapia "guarisca" le malattie.

A questo punto emerge la differenza tra cura e terapia. Il concetto di cura può essere inteso con un significato *medico-scientifico* e allora esso si avvicina a quello di guarigione. Diversamente si può intendere il concetto di cura in un'accezione *umanistica* dove curare può essere tradotto come "prendersi cura", "aiutare a crescere".

Le due prospettive sono assai diverse: nella prima prevale un'ottica "scientifica" (da una anamnesi si passa a una diagnosi e ad una terapia, in vista di un obiettivo da raggiungere), nella seconda è riconoscibile un orientamento che intende il termine "*agire*" con il significato di "*interagire*" e dove l'obiettivo da raggiungere non è messo in rapporto ad un criterio di normalità ma piuttosto in considerazione di un'armonizzazione complessiva di tutte le funzioni della persona sia in rapporto al suo mondo interiore che al mondo esterno.

In realtà i due significati di cura appena descritti non sono necessariamente in contrasto tra di loro: da un lato il medico, pur somministrando farmaci, dovrebbe prendersi cura del paziente anche dal punto di vista umano e sociale, dall'altra chi si colloca (come il musicista terapeuta) in una prospettiva riabilitativa, non può prescindere da considerazioni di tipo medico-scientifico.

...crediamo che curare debba significare ripristinare una condizione di armonia psicofisica, se questa c'era, o costruirne una nuova, se non c'era.

(Postacchini et al., 2001)

Scopo della musicoterapia non è una rimozione totale delle cause che hanno generato le patologie o le situazioni di disagio, ma quello di migliorare la qualità della vita delle persone, di sviluppare le loro qualità e risorse. In quest'ottica si può affermare che la musicoterapia è in realtà usata molto più spesso come insieme di tecniche atte alla prevenzione ed alla riabilitazione che non alla terapia. A questo proposito è bene ricordare che:

è riabilitazione qualunque intervento o costellazione di interventi che tendono a diminuire gli svantaggi sociali di un handicap fisico o psichico, e insieme a diminuire le barriere edificate dalla società nei confronti di tale handicap. (Saraceno, 1985)

L'oggetto dell'intervento riabilitativo non è la malattia in sé ma piuttosto ciò che dalla malattia deriva in termini di perdita di funzioni (fisiche, psichiche, sociali) e la conseguente emarginazione a cui è condannata la persona. Per quanto riguarda la musicoterapia possiamo dire che il punto di partenza dell'intervento riabilitativo è rappresentato dalle abilità emergenti del soggetto che si cerca di valorizzare al massimo.

Questo concetto è molto diverso dalla psicoterapia che è invece una facilitazione "dal di dentro" dei processi di consapevolezza di sé, di regolamentazione delle emozioni e delle capacità comunicative. Il terapeuta dunque lavora direttamente sull'emotività e sui processi mentali consci ed inconsci e quindi è il massimo il livello di coinvolgimento affettivo nella relazione, sia da parte del paziente che da parte del terapeuta. L'intervento musicoterapico, per le sue caratteristiche di linguaggio non verbale e per il fatto di favorire la relazione fra mente e corpo, può agire tanto in senso riabilitativo che psicoterapeutico.

2.8 Campi di applicazione della musicoterapia:

I principali ambiti dove attualmente la musicoterapia trova maggior utilizzo sono:

- *Malattia di Alzheimer e altre demenze:* si tratta di malattie caratterizzate da un deficit acquisito su base degenerativa organica cerebrale, che producono un decadimento psichico coinvolgente praticamente tutte le funzioni mentali. I sintomi principale sono i gravi disturbi della memoria, i disturbi del linguaggio e della scrittura, comportamenti incoerenti e afinalistici, tono dell'umore depresso, agitazione psicomotoria spesso con aggressività. Gli obiettivi della musicoterapia in questi casi sono: offrire uno spazio in cui il paziente possa esprimersi liberamente, migliorare i disturbi comportamentali, far riemergere il desiderio di socializzazione, ridurre l'uso di psicofarmaci, recuperare la memoria tramite il canto di canzoni tradizionali, mantenere le abilità residue,

accompagnare alla morte. Il modello più usato per questi pazienti è quello di Benenzon.

- *Malattie di interesse neurologico*: molti studi hanno rilevato l'effetto positivo di interventi di musicoterapia attiva in pazienti con lesioni cerebrali post-traumatiche. Gli interventi di musicoterapia in tali contesti sono stati proposti sia con finalità di supporto psicologico, al fine di aumentare l'autostima, stimolare la ripresa delle relazioni e ridurre l'isolamento, sia con finalità più specificatamente riabilitativa (trattamento dell'afasia).
- *Depressione, sindromi bipolari*. Per questi pazienti viene principalmente usata la musicoterapia improvvisativa per dare loro la possibilità di sviluppare al massimo le capacità creative e di aumentare l'autostima. Nel corso delle sedute questi pazienti relazionandosi con il musicoterapista stabiliscono un contatto con il mondo esterno e interno, e di elaborare le proprie emozioni e vissuti in un'atmosfera gioiosa e giocosa. In questi casi si usa soprattutto il modelli di Benenzon e di Alvin.
- *Le psicosi*. Queste patologie, come la schizofrenia, sono caratterizzate da una più o meno grave disintegrazione dell'io e una diminuzione di capacità critica del piano della realtà: da questo conseguono sintomi come allucinazioni e deliri, crisi dissociative, deterioramento dell'affettività, disturbi della volontà, chiusure autistiche. I pazienti, durante le sedute, possono esternare il proprio dolore, rabbia, gioia. Essi utilizzano gli strumenti musicali o il proprio corpo per comunicare vissuti, pensieri, emozioni attribuendo ai gesti e alle produzioni sonore un valore simbolico.
- *Anoressia*. In questa patologia la musicoterapia viene proposta come alternativa o supporto alla psicoterapia verbale. Infatti il lavoro con il non verbale assume particolare importanza in persone in cui le problematiche di percezione ed accettazione del proprio corpo sono centrali.
- *Il coma*. La musicoterapia viene usata già nelle fasi precoci o addirittura nella fase acuta, non appena superati i primi giorni in cui vi è una disregolazione delle funzioni vitali. I presupposti che giustificano questo tipo di intervento sono costituiti dall'ipotesi che il coma non sia una situazione di passività totale ma abbia caratteri di attività, dalla plasticità neuronale del sistema nervoso, cioè dalla sua capacità di sviluppare sotto determinati stimoli nuove connessioni sinaptiche. Si utilizzano cuffie per somministrare ai pazienti musiche preregistrate, oppure si utilizzano strumenti le cui caratteristiche vibratorie possono essere percepite attraverso tutto il corpo. E' importante in questi contesti una dettagliata conoscenza della storia musicale del paziente.-
- *Gravidanza*. All'interno del sistema madre-feto avvengono le nostre prime esperienze percettive. Sono numerosi gli stimoli vibro-sonoro-musicali che giungono al feto, provenienti sia dal mondo esterno che da quello materno. Partendo da questi principi si è pensato di utilizzare la musicoterapia durante il periodo della gravidanza, con l'obiettivo primario si facilitare la relazione madre-bambino e, in definitiva, di prevenire problematiche di interazione tra nascituro e la madre stessa.
- *Malati in fase terminale*. La musicoterapia mira a migliorare la qualità della vita di una persona aiutando cioè ad alleviare i sintomi, rivolgendosi a bisogni psicologici, offrendo sostegno e conforto. La musica può essere intesa come

pratica coterapeutica, ed è scientificamente provato che stimola la produzione di oppioidi endogeni.

2.9 Musicoterapia in dementia

“It’s not what you do but the way you do it, it’s not what you say but the way you say it”.

(Jessica Kingsley)

Quando cantiamo, le parole, le emozioni, le situazioni possono essere richiamate alla mente: è come se ci fosse una voce a richiamare i ricordi. Quando i ricordi ritornano vengono raccolti e allora si cerca di dar loro un senso. Ritrovare un senso, ricomporre un senso richiama un’attività: *fare musica*. Vi è un importante elemento della musica che ci porta oltre il discorso:

se si volesse dire qualcosa, si potrebbero dare le informazioni dicendone il contenuto. Questo funziona molto bene per organizzare un incontro: “Alle otto di venerdì sotto l’orologio della stazione”. Ma se si volesse dire qualcosa di importante come: “mi manchi” non sono solo le parole ad essere importanti, ma il *modo* con cui le parole vengono dette che trasmettono l’intento”.

2.9.1 Alzheimer disease

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) definisce la demenza di Alzheimer come una menomazione delle funzioni cognitive che si manifestano attraverso un deficit di memoria a breve e a lungo termine, deficit del pensiero astratto, perdita di giudizio, afasia e cambiamento nella personalità.

Approcci di ricerca per nuovi trattamenti

Fino al 1980, la psicoterapia è stata utilizzata raramente con questi pazienti. Il rivoluzionamento nella metodologia di cura è indirizzato ad un approccio centrato sulla persona, un approccio non farmaceutico. Questo significa un aumento significativo dei metodi non convenzionali di approcci creativi di *arte terapia* e a tal proposito è già stato riportata una panoramica sulla musicoterapia come approccio al trattamento. La musicoterapia si propone di offrire un miglioramento nelle capacità comunicative per il malato, e la possibilità per gestire i turbamenti nella personalità e l’agitazione che al parossismo insorgono in questi pazienti. I malati di Alzheimer infatti soffrono spesso di depressione, rabbia e altri sintomi che si ripercuotono sulle abitudini comportamentali e sulla psicologia dei soggetti.

Il contesto emozionale

La musicoterapia si pone nella condizione di migliorare la qualità della vita delle persone, di sviluppare le loro qualità e risorse.

Nel 2001 l'America Academy of Neurology ha indicato la musicoterapia come una tecnica per migliorare le attività funzionali e ridurre i disturbi del comportamento nel malato di Alzheimer. La musica sembra infatti rivelarsi una via di accesso privilegiata per contattare il cuore dei malati che preservano alcune loro abilità intatte, nonostante il deterioramento cognitivo dovuto alla malattia.

Nei malati di Alzheimer la terapia farmacologica è diretta a contrastare alcuni aspetti di un quadro clinico destinato ad un inevitabile peggioramento, e la terapia verbale, a causa dei gravi deficit mnemonici, cognitivi e linguistici che accompagnano i pazienti, non può essere avviata. Si deve perciò ricorrere a pratiche riabilitative e terapeutiche che coinvolgano il paziente, lo stimolino in modo adeguato, cercando di mantenere e ravvivare il suo interesse con il mondo esterno e con gli altri.

Quando la patologia progredisce, c'è una degenerazione dell'abilità a comprendere ed esprimere emozioni (Benke, Bosh e Andree 1998). L'arte terapia, una terapia creativa, basa gli interventi sulla possibilità di promuovere espressioni emotive e conservare le abilità espressive. La disabilità mentale è una cosa ma le abilità musicali che sono veicolo di espressione si conservano. Gli approcci musicoterapici sono volti ad integrare funzioni cognitive, affettive, fisiche ed interpersonali, utilizzando tecniche attive e ricettive. Durante le sedute i pazienti cantano canzoni popolari, ascoltano musica dal vivo e/o registrata, danzano liberamente o vengono coinvolti in danze popolari molto semplici, accompagnano con strumenti a percussione brani musicali o canzoni.

L'importanza di introdurre la musicoterapia nella riabilitazione dell'Alzheimer è supportata da una serie di studi scientifici che hanno valutato attentamente le condizioni degli anziani durante e dopo ogni seduta: in generale si osserva che si riducono i sintomi più invalidanti della malattia e, pur sottolineando che i canti e le improvvisazioni strumentali non hanno alcuna pretesa di guarire, è palese che la partecipazione regolare alle sedute, soprattutto per pazienti ancora autosufficienti, aiuta a rallentare i processi degenerativi e migliora le condizioni generali, specie se il malato vive in istituto (ALDRIDGE, 1998).

Sia i professionisti che i ricercatori hanno dimostrato i benefici della musicoterapia per i pazienti affetti da demenza. Ma come la musicoterapia agisce e realizza i propri effetti sui pazienti affetti da demenza è ancora da approfondire. L'ipotesi è che la musicoterapia agisca a livello della:

1. Coerenza temporale

La musicoterapia si ritiene essere adeguata al trattamento di questa tipologia di pazienti perché fornisce un senso esterno di coerenza temporale. Quando la malattia progredisce, il discorso dei pazienti diventa pre-grammaticale. Knott, Patterson e Hodges (1997) considerano la performance della memoria a breve termine dei pazienti e suggeriscono che la diminuzione dell'elaborazione semantica riduce il legame che aiuta a strutturare la sequenza dei fonemi nella memoria a breve termine. Questa coerenza temporale,

questo collante può essere sostituito dalla forma musicale. *Alcune canzoni sappiamo sono incollate nella nostra memoria.*

2. *Plasticità funzionale*

Il richiamo di eventi passati in un contesto spaziale e temporale definito è mediato da un sistema di interrelazioni tra le varie regioni del cervello. Nei pazienti con AD questo sistema è rotto e di qui risulta l'incapacità a richiamare eventi dal passato. Usando tecniche di *brain scanning* Becker dimostra che i pazienti con AD mostrano una più grande attivazione delle regioni della corteccia cerebrale normalmente coinvolta nella memoria uditivo-verbale così come l'attivazione di aree corticali non attive in anziani normali. Questi risultati provvedono una chiara evidenza di plasticità funzionale nel cervello dei pazienti AD, anche se questi cambiamenti non risultano in una normale funzione della memoria e consentono di farsi un'idea dei meccanismi attraverso cui il cervello tenta di compensare per la neuro degenerazione. Sia la *memoria procedurale anterograda* che *retrograda* sembrano essere risparmiate nell'AD. Particolarmente significativo a tale proposito è il racconto di un paziente AD di 82 anni musicista che mostra un'abilità conservata a suonare composizioni per pianoforte e allo stesso tempo non è in grado di ricordare il nome del compositore o il titolo di ogni lavoro.

3. *Memoria*

Sono diversi gli studi in letteratura volti a indagare l'effetto della musica sul riconoscimento associato all'informazione verbale. I pazienti con AD in uno studio che paragonava l'effetto della registrazione parlata e cantata sulla memoria, mostrano una migliore precisione nel riconoscimento per i testi cantati piuttosto che per i testi parlati. La spiegazione scientifica sta nel fatto che: a) le aree cerebrali che sottendono l'elaborazione musicale vengono risparmiate dall'AD (Thaut, Peterson, & McIntosh, 2005); b) la musica aumenta l'eccitazione nei pazienti AD migliorandone l'attenzione e la memoria (Thompson, Schellenberg, & Husain, 2001). L'obiettivo è pertanto determinare in che misura la musica può essere utilizzata per migliorare la memoria per l'associazione di informazioni verbali nei pazienti AD.

4. *Comunicazione*

Il linguaggio di comunicazione è seriamente compromesso nei pazienti affetti da AD. La musicoterapia a tal proposito potrebbe giocare un ruolo fondamentale. I pazienti affetti da demenza sembrano infatti essere responsivi a stimoli musicali e al fare musica. Se la musica aumenta le abilità comunicative, di essa ne potrebbero beneficiare anche i caregivers. *La salute ha un'ecologia: pochi di noi soffrono da soli. Quando soffriamo quelli che ci amano e che amiamo sono mutualmente affetti.*

Journal of Musictherapy and musictherapy perspectives, MEDLINE, MBI database of MuSICA (Music and Science Information Computer Achieve), UNCOVER, Dissertation Abstract.

Pazienti e loro caregivers: una visione d'insieme

Interventi psicosociali e comportamentali sui pazienti affetti da Alzheimer, per i quali non esiste un tipo di trattamento definito, sono di grande premessa per migliorare la qualità di vita e il benessere dei pazienti e dei loro famigliari.

*“We know that people who are suffering do not suffer alone”
(Aldridge 1998, 1999).*

Dal momento iniziale della diagnosi, nel nucleo familiare comincia a definirsi una nuova figura, il caregiver: “la seconda vittima della malattia”.

E’ nel quadro iniziale, quando la demenza viene riconosciuta, che bisognerebbe iniziare i trattamenti, gli interventi: prima che la persona diventi definitivamente incapace di intendere, in modo tale da rallentare la disabilità. L’aspettativa che la comunità si prenda cura di persone anziane, è crescente nonostante questo spesso non incontri la disponibilità di risorse finanziarie che dovrebbero supportare i famigliari.

Ci è sembrato significativo a questo punto, approfondire l’argomento con un esempio di “medicina narrativa”. La fotografia di quel che avviene più frequentemente nelle famiglie di questi pazienti vede la figura del caregiver come “donatore di cure”. Resta da capire in che misura queste patologie abbiano un impatto sul paziente, sul nucleo familiare. In “Music Therapy in dementia care” (Harris & Co) analizzano nel loro report il grado di stress derivante dal caregiving e gli effetti della patologia sui figli e sulla famiglia del paziente.

Quello che emerge dalle interviste di figli attivamente coinvolti nell’accudire genitori con demenza è un grande senso del dovere nei confronti dei propri famigliari, la rassegnazione con presa in carico del paziente nonché questioni riguardanti la perdita, il cambiamento delle relazioni con gli altri fratelli o sorelle e l’inversione dei ruoli.

Il senso di afflizione psicologica nei famigliari di pazienti malati è proporzionale all’aggravarsi delle condizioni del paziente. Questa situazione lede nello specifico e il caregiver, che non riesce più ad adempiere positivamente al compito di figura fondamentale su cui il paziente deve poter contare e da cui deve ricevere l’aiuto psicologico necessario per affrontare la malattia e tutto ciò che ne deriva, e lo stesso paziente.

Nel percorso assistenziale che segue una diagnosi vanno quindi attentamente controllati sia gli aspetti medici sia gli aspetti psicologici del paziente e del suo nucleo familiare. La comunicazione è una componente fondamentale nella relazione e in particolare nel rapporto paziente-famigliare. I pazienti hanno bisogno di essere ascoltati, compresi e aiutati a superare i momenti più difficili della loro vita, che riguarda la paura di morire o restare menomati. I famigliari a loro volta devono riuscire nel loro lavoro di sostegno e per fare ciò hanno anch’essi bisogno di aiuto da parte di tutto il resto del nucleo familiare e di tutta la rete di relazioni sociali di cui fanno parte.

Forte e significativa è la corrispondenza trovata in altri elementi. E’ possibile che una maggiore conoscenza della malattia da parte dei pazienti e famigliari possa aiutare a

rendersi conto della condizione e a combattere il progredire della patologia. A tal proposito emerge la non-trasparenza che mette in dubbio la *validità dell'etica medica tradizionale*, il modo in cui agli stessi pazienti viene riferita la diagnosi. In uno studio effettuato presso il reparto di psichiatria dell'East Angalia viene confermato che più della metà dei pazienti apprendono la diagnosi della loro malattia dai famigliari piuttosto che dai medici (Heal and Husband 1998). Si pensa che l'età del paziente sia un fattore incidente, il che supporta il sospetto che ci sia pregiudizio tra i medici: pregiudizio riguardante i pazienti anziani e ciò che essi possono capire della loro condizione.

« Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per tutti gli dei e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro. Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa. Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo. Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività. In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corrottrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi. Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili. E a me, dunque, che

adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro».

(Il giuramento di Ippocrate)

2.10 Musicoterapia nell'autismo

La musicalità autistica può essere intesa come una modalità espressiva con cui i pazienti autistici si relazionano nel setting musicoterapico, ma non solo. Questa modalità si riscontra anche nella quotidianità e ciò sembra ricondurci all'idea di un universo sonoro-musicale intimamente appartenente al mondo autistico. Con queste premesse il musicoterapista cerca di addentrarsi in tale mondo utilizzando la sua "musicalità" e cercando un punto di incontro risultante da un "sentire" comune.

2.10.1 La musicoterapia per la riabilitazione del bambino autistico

Tra gli studiosi che si occupano di autismo c'è una relativa concordanza nel ritenere che un elemento comune a tutti i ragazzi autistici è la loro reazione alla musica (Benenzon R., 1997, 2000, Alvin J., 1981). Inoltre gli stessi studiosi sostengono che, con una terapia musicale nel lungo periodo, se applicata con abilità, pazienza, comprensione e affetto e senza pretese o ambizioni eccessive, si possono ottenere risultati positivi. L'autismo impedisce di realizzare relazioni emotive e sociali, o perfino di porre in relazione tra loro parti del corpo.

Il musicoterapista cerca di usare la musica come forza integrante, coinvolgendo in un'unica operazione fattori mentali, emotivi, fisici e sociali, interessando il ragazzo al suo livello di tolleranza intellettuale ed emotiva. Le tecniche usate dovrebbero, alla fine, avere come risultato l'integrazione del soggetto; riuscire ad armonizzare (equilibrare) le componenti emotive, motorie e mentali della persona a livello globale e dovrebbero metterlo in condizione di progredire secondo il proprio ritmo. Secondo Benenzon (1998) *la musica può svolgere il ruolo di oggetto mediatore tra il bambino e la realtà esterna*, cioè rappresenta uno strumento comunicativo a valenza terapeutica che non suscita angoscia nel paziente.

Al fine di ottenere un'attività fondata scientificamente e di verificare l'efficacia di alcuni messaggi sonori sulla capacità di ricezione del soggetto, è utile registrare una serie di rumori che richiamino quelli apparsi nei primi mesi di vita prenatale, come i battiti cardiaci, rumori intestinali, vibrazioni della voce materna e i rumori dell'esterno filtrati dal liquido amniotico. L'ascolto di questi rumori provoca una serie di reazioni e risposte che vanno annotate in modo preciso per ricostruire così, fin dove possibile, il vissuto del ragazzo autistico e avvicinarsi, analizzando il suo comportamento a seguito dell'ascolto di questi suoni, alle cause del suo profondo disadattamento.

Secondo Benenzon (1998) è anche utile, prima di procedere all'ascolto, compiere un'indagine che ci permetta di reperire i dati clinici più interessanti del paziente, ad esempio attraverso l'utilizzo di una scheda compilata con la collaborazione della madre. E' importante annotare la funzione dell'ambiente musicale nella prima formazione del bambino (dal periodo prenatale fino ai primi giorni dopo la nascita). Le onde sonore possono aver provocato in lui traumi o paure, oppure, al contrario, possono aver influito positivamente sulla sua formazione psicofisica. Il suono ha la capacità di riportare in superficie situazioni inconsciamente vissute proprio mediante la ricostruzione di quell'ambiente sonoro che produceva esperienze di carattere negativo. Anche un ambiente particolarmente silenzioso può comunque procurare al nascituro forme di disadattamento. Così l'impatto tra il silenzio del ventre materno e l'esterno può essere causa di traumi.

2.10.2 L'uso della musica durante il trattamento

Juliette Alvin (1981) ritiene che ogni studio di lungo termine su un soggetto autistico si possa suddividere in tre periodi principali, che consentono anche il raffronto con lo sviluppo del ragazzo in altri campi; si nota infatti che ai periodi di regressione personale corrisponde una regressione anche nel campo musicale.

Durante la prima fase la musica scavalca, per qualche tempo, il processo cognitivo e raggiunge direttamente il disturbo emotivo della personalità. Gli aspetti concreti e percettivi di un'esperienza musicale prescindono dal significato simbolico del linguaggio verbale e soddisfano così l'esigenza che il soggetto affetto da autismo ha di esprimere in modo non verbale la propria personalità. Durante la fase seguente nel soggetto aumentano la consapevolezza della relazione umana e musicale contenuta nell'esperienza. Nel terzo periodo, infine, si delinea in modo preciso una direzione verso un'area specifica, in cui la persona può trovare un valido mezzo di espressione di sé, una fonte di soddisfazione e conquista in grado di persistere per molti anni. I tre stadi di sviluppo procedono più velocemente con quei ragazzi che posseggono ovviamente maggiori capacità di apprendimento; la cosa importante è che il ragazzo apprenda qualcosa che faccia impressione su di lui e duri finché gli può tornare utile.

Le tecniche musicali operano soprattutto sui processi percettivi e cognitivi e si propongono di ottenere risultati psicologici importanti per il soggetto. L'uso terapeutico della musica ha scopi umani, specie quello di creare una comunicazione umana attiva con un ragazzo incapace di stabilire relazioni attraverso i normali canali dell'affetto e dell'intelligenza. La terapia musicale mira ad aggirare o rimuovere gli ostacoli emotivi o intellettivi che si frappongono tra lui e l'ambiente, e a migliorare il comportamento nel suo rapporto sia con chi lo circonda che con se stesso. A tal fine ha una grande influenza la relazione che il soggetto autistico instaura con il terapeuta, in quanto si basa sulla comprensione che egli trova in lui, dei suoi problemi e dell'applicazione di abilità capaci di infondere fiducia.

Alvin (1991) afferma che la musica può cambiare l'umore del soggetto autistico e il suo comportamento, ma può anche diventare un mezzo per evadere dalla realtà, una forma

di isolamento con funzione regressiva. La scelta della musica per il trattamento di un soggetto autistico è molto difficile.

E la musica in genere è una cosa terribile. Che cosa fa? E come mai fa quello che fa? Dicono che la musica agisca in modo da elevare l'anima: non è vero. Agisce, agisce terribilmente, ma in modo da eccitare l'anima. Come dirvi? La musica mi costringe a dimenticarmi di me, della mia vera situazione, mi trasporta in una situazione nuova, e che non è la mia; sotto l'influsso della musica mi pare di sentire quello che in realtà non provo, di capire quello che non capisco, di potere quello che non posso. La musica mi trasporta di un colpo nello stato d'animo in cui si trovava colui che ha scritto la musica. Mi fondo spiritualmente con lui e insieme a lui passo da uno stato d'animo all'altro. Ma perché lo faccio, non so.

(L. Tolstoj, La sonata a Kreutzer)

Gli interventi musicali per autismo puntano primariamente sulla comunicazione, socializzazione e abilità comportamentali. Kaplan e Steele (2005) registrano l'80% degli obiettivi primari di musicoterapia nella zona del linguaggio/comunicazione e comportamento/psicosociale.

La "musicoterapia improvvisativa" e l'uso di canzoni composte sono state le forme predominanti di intervento. Entrambe le tecniche hanno dimostrato coinvolgimento nella comunicazione e socializzazione, mentre due studi dimostrano come le canzoni composte possano essere particolarmente efficaci per lo studio dei comportamenti.

Uno studio in particolare ha rivelato come la musicoterapia improvvisativa sia più efficace delle canzoni composte per facilitare il cambiamento di competenze mirate (Edgerton 1994). La tecnica di improvvisazione permette al terapeuta di rispondere al bambino e facilitare gli elementi musicali attivi e ricettivi. Mentre le canzoni strutturate si basano su tecniche di musica ricettive che consentono poca flessibilità nella modalità di presentazione.

E' stato scientificamente provato come la musicoterapia improvvisativa *aumenta la soglia attenzione in bambini autistici*. Vi è un consenso crescente che il deficit di attenzione in bambini autistici è la caratteristica principale di questi soggetti. (Bruner 1995; Mundy and Sigman 2006). Di solito i bambini nascono con la capacità di relazionarsi e comunicare con le persone (Stern 1985; Trevarthen 2001). La prima interazione pre-verbale madre-bambino è improvvisativa nella sua natura: entrambi sono in sintonia, scambiano risposte, regolano e sviluppano le loro qualità timbriche e temporali (Stern 1985). Robarts scrive che è proprio questa intersincronia, flessibilità, creatività ad essere assente nel bambino autistico ed è qui che entra la figura del musicoterapista. Il musicoterapista utilizza una tecnica di *risposta evocativa* che coinvolge la creatività mutuale. Questo offre la possibilità di attirare l'attenzione del bambino verso la partecipazione musicale.

La tesi che sostiene il miglioramento della capacità di attenzione è a favore della musicoterapia piuttosto che di altre metodologie come ad esempio il gioco. Ci sono studi che descrivono come la musicoterapia improvvisativa si traduce in un aumento del

contatto oculare spontaneo oltre che in un miglioramento delle abitudini comportamentali. Bambini che rispondono positivamente migliorano anche le capacità espressive nel linguaggio, alcuni iniziano a sviluppare le competenze di linguaggio durante e dopo la musicoterapia. I bambini inoltre migliorano le capacità di interagire. Holck (2004) descrive nel suo studio come il bambino e il terapeuta scambiano ruoli e il bambino diviene “imitatore” negli ultimi stadi del trattamento. Questo risultato suggerisce che *la musicoterapia ha il potenziale per facilitare l'interazione sociale*. Esperti di musicoterapia suggeriscono che questa modalità di intervento può inoltre favorire la flessibilità (spontaneità) e la creatività.

2.11 La musica nel trattamento del dolore

“ Se io potrò impedire
a un cuore di spezzarsi
non avrò vissuto invano -
Se allevierò il dolore di una vita
O guarirò una pena -
o aiuterò un pettirosso caduto
a rientrare nel nido
non avrò vissuto invano ”

(Emily Dickinson)

Il dolore è in grado di rendere insopportabili molte malattie croniche, oltre le loro manifestazioni somatiche, togliendo a chi ne soffre la capacità di reagire e, al limite, la stessa voglia di vivere.

La cura e la prevenzione del dolore è un problema da sempre emergente nelle realtà cliniche e sociali di tutti i Paesi. Si ambisce a dare al paziente un ricovero il più possibile dignitoso, con tempi di degenza (il più possibile) brevi e trattamenti di riduzione e sollievo del dolore completi e meno invasivi. Negli Stati Uniti, durante le due guerre mondiali la musica è spesso utilizzata negli ospedali per il trattamento di traumi e ferite riportati dai veterani. Gli individui ospedalizzati si cimentano, attivamente (suonando) e passivamente (ascoltando), nelle attività musicali, che alleviano la percezione del dolore. Numerosi medici ed infermieri testimoniano gli effetti vantaggiosi che la musica produce e nel 1944 alla Michigan State University si inaugura il primo corso di laurea in Terapia della musica.

Secondo la Gate Control Theory, la teoria considerata oggi come la più valida nella spiegazione della natura del dolore, la distrazione può funzionare modulando il dolore dalle vie corticali discendenti e inibendolo su quelle periferiche (Melzack R.W., 1996; Melzack R.W., 1965:971-979; Megel, M.E., Houser, C.W., & Gleaves, L.S., 1998:129-145).

Dall'enunciazione della Gate control theory, unitamente alla scoperta degli oppioidi endogeni, emerge chiaramente che il nostro cervello possiede tutti gli strumenti

necessari e i meccanismi per curare il dolore. Una pratica co-terapeutica musicale può agire su di essi, come un potente attivatore e amplificatore esterno. Una musica piacevole stimola la produzione di oppioidi endogeni (Shertzer K., Keck J., 2001:90-102).

In queste circostanze la musica può suggerire l'evasione dal dolore e dalla situazione di ricovero (tramite la sua forza evocativa), stimolando l'immaginazione ed incrementando quindi la sensazione di avere un "controllo" sul dolore. In questo modo si decrementa invece l'ansia, unitamente alle sensazioni di tristezza e panico, fino a ridurre la percezione del dolore stesso (Gfeller K., op. cit.).

La musica migliora le condizioni dei malati terminali di cancro (Renz M., Schutt Mao M., Cerny T., 2005:961-6) ed è quanto abbiamo appurato nella nostra ricerca.

2.11.1 Musicoterapia e cure palliative

La musicoterapia viene sempre più utilizzata per la cura di pazienti in fase terminale: si registra un numero crescente di musicoterapisti impiegati in ospizi e programmi di medicina palliativa (Bradt J, Dileo C). La musicoterapia a tal proposito mira a migliorare la qualità di vita di una persona aiutando cioè ad alleviare i sintomi, rivolgendosi a bisogni psicologici, offrendo sostegno e conforto, facilitando la comunicazione e le esigenze di incontro spirituale. Inoltre la figura del musicoterapista assiste famigliari e caregiver attraverso la comunicazione e la partecipazione al dolore del lutto.

L'intervento della musica in questa direzione include l'ascolto dal vivo della musica composta dal terapeuta, musica improvvisata, registrata, improvvisazione spontanea usando la voce o strumenti. I risultati indicano che la musicoterapia può avere un benefico effetto sulla qualità di vita delle persone in fase terminale. Tuttavia è stato effettuato solo un numero limitato di studi e pertanto sono necessarie ulteriori ricerche (2009).

La musicoterapia ha effetti sul miglioramento della qualità della vita, durata della vita, stato fisico nei pazienti con diagnosi di cancro terminale.

...“Sono incinta, ho nausea mattutine”, “sono nel terzo mese di gravidanza, in attesa del bambino del mio terapeuta”...

Questo trattamento è stato utilizzato su un paziente in fase terminale oncologico che ha descritto un racconto fantastico costruito intorno a lei e la sua gravidanza immaginaria. La paziente ha raccontato una storia fantastica relativa alla gravidanza con il bambino del terapeuta. Questo è progredito in parallelo con i cambiamenti effettivi dei suoi sintomi fisiologici. Tra il medico curante, il paziente e la sua famiglia questo racconto immaginario è stato un importante mezzo di comunicazione. Il tema della gravidanza, l'amore per la famiglia potrebbero essere interpretati come storie di famiglia legate alla mente di un paziente terminale. Attraverso questo romanzo familiare la paziente era in

grado di percepire la sua reale condizione fisica di salute collegando le cause del suo disagio fisico ad una condizione psicologica di benessere dovuta alla gravidanza. Il medico e i familiari non hanno negato la storia della paziente, hanno accettato la sua fantasia stabilendo comunicazione psichiatrica. Il processo può essere considerato una forma di *approccio narrativo*. Nell'esempio il "processo di lutto" e le "fasi di accettare la morte" trovano uno sbocco nella creazione di una fantasia. E' molto importante in queste fasi la comunicazione medico-paziente avvenuta in questo caso attraverso l'accettazione di un racconto fantastico e di un intervento psicoterapeutico, cioè interazione sincera tra loro attraverso la musicoterapia.

La musicoterapia è di supporto ai caregivers. Questi, nelle interviste post-trattamento ricordavano le loro esperienze di musicoterapia con gioia, gioia empatica (i familiari gioivano ricordando il paziente felice nel trattamento di musicoterapia). I processi di riflessione dei caregivers erano strutturati in base alla riflessione sul presente (connessione), riflessione sul passato (ricordo), e riflessione sul futuro (la speranza). I caregiver ricordano come le sessioni di musicoterapia abbiano aiutato a trovare un collegamento tra sé, gli altri (passando dalla condizione di "ritorno alla vita" dei loro cari e successivo "ritrovamento di sé" attraverso di essi) e il "là", e i tempi in cui la musicoterapia portò loro a ricordi felici e sentimenti di speranza. La musicoterapia quindi può potenzialmente aiutare i familiari durante i periodi di lutto, può aiutare a conservare i ricordi di gioia e piacere piuttosto che i ricordi associati al dolore e all'angoscia e trovare un significato a tutto attraverso la trascendenza.

2.12 Efficienza e sostenibilità

In Italia non esiste una legge quadro che riconosca ufficialmente la musicoterapia e ne fissi i criteri per la formazione, la supervisione e l'applicazione, a differenza degli altri Paesi europei come la Gran Bretagna, dove già da tempo esiste una legislazione specifica. Attualmente la CONFIAM (confederazione italiana associazione musicoterapica) ha elaborato e proposto un percorso per definire l'iter relativo alla figura professionale del musicoterapista. Tale figura è in accordo a quanto previsto dal Disegno di Legge proposto da CNEL e dal Ministero di Grazia e Giustizia in materia di riconoscimento delle Associazioni Professionali, in attesa, purtroppo da molti anni, di approvazione (DDL 7452).

Nella situazione italiana attuale non esiste un quadro legislativo chiaro e definito che distingue la figura del musicoterapista da quella del terapeuta e fin quando non verrà applicato il decreto istitutivo della professione l'unico termine per indicare il professionista di musicoterapia in Italia sarà musicoterapista.

In un contesto così confuso e disomogeneo diventa difficile per medici e pazienti avere una giusta visione dell'argomento. Infatti, dalle testimonianze raccolte si denota che medici e pazienti sono diffidenti e scettici soprattutto nelle prime fasi. Tale scetticismo è scaturito dalla mancanza di conoscenza e di evidenze scientifiche, soprattutto, per quanto riguarda il territorio italiano; diversamente per il nord Europa e America.

Difficilmente, la musicoterapia viene proposta da un medico, ad eccezione di quelle poche strutture ospedaliere in cui il musicoterapeuta ha un contratto a progetto e configura come un esperto esterno, poiché non è riconosciuto dal sistema sanitario italiano. La maggior parte dei terapisti sono liberi professionisti e i pazienti sono costretti a sostenere le spese delle sedute che hanno un costo pari a 25 euro all'ora. Considerando che i benefici di tale approccio non sono immediati e che le sedute, in linea di massima, hanno frequenza monosettimanale, si può ben capire come un tale trattamento non è accessibile a tutti ma solo a quelli con maggiori disponibilità economiche.

Da alcuni studi emerge che la musicoterapia aiuta a ridurre l'assunzione di farmaci da parte del paziente: le testimonianze dimostrano che i pazienti affetti da Alzheimer riducono soprattutto l'assunzione di farmaci antidepressivi e di quei farmaci che trattano sintomi legati allo stato d'animo e psichico. Questo potrebbe far risparmiare il sistema sanitario in termini finanziari.

Il rapporto tra domanda e offerta è squilibrato nelle strutture pubbliche dove è presente un solo musicoterapista per più pazienti, al contrario dei contesti privati.

CAPITOLO 3

LE ARTI GRAFICHE COME TERAPIA

3.1 Introduzione e cenni storici

Le arti grafiche rappresentano una strategia terapeutica che sfrutta la produzione plastico-pittorica (pittura, scultura, mosaico, disegno ecc) in sostituzione della parola come mezzo di comunicazione sino a rappresentare, nelle situazioni di disagio maggiori e più compromesse un fondamento della relazione terapeutica. L'espressione grafica di ciò che non si riesce a comunicare e, quindi, il linguaggio dell'arte diventa il tramite attraverso cui strutturare aspetti psico-affettivi/emotivi e socio-relazionali e nel contempo migliorare le capacità funzionali ancora residue. Anche se il laboratorio di terapia con arti figurative rispetta tutte le regole del setting terapeutico (ossia lo spazio e il tempo è ben definito e tutto ciò che accade all'interno di tale spazio e tempo acquisisce un significato che facilita la comprensione del paziente), appare come un ambiente molto diverso dal classico studio dello psicologo. Il laboratorio è uno spazio ampio, luminoso, e ricchissimo di stimoli. Vi si trova di tutto: carta, matite, colori, das, stoffe, lane, legno, farina, teli, burattini, strumenti musicali. Si può trovare anche uno spazio vuoto, libero da stimoli, da riempire come si vuole. Ed è sempre nella direzione del gioco che viene svolto il lavoro nei laboratori artistici, affinché l'Arteterapia sia vissuta come un'attività "ludica e divertente" che accompagna l'individuo in uno dei viaggi più affascinanti dell'uomo: la scoperta di se stessi.

Dal Rinascimento in poi, in Europa, la concezione dell'arte e soprattutto dell'artista vivono una vera trasformazione. L'artista viene concepito come una figura dotata di particolare sensibilità e l'opera d'arte viene vista come una sorta di strumento terapeutico che permette l'espressione di una realtà fantastica, che altrimenti l'avrebbe potuto portare alla follia. Inoltre vale la pena ricordare che durante la Rivoluzione Industriale, in Inghilterra, si sviluppò un approccio noto come "terapia morale": i pazienti con disturbi mentali venivano accolti in rifugi in campagna e qui ricevevano cure, assistenza e svolgevano attività artistiche, come la pittura, scultura e musica. Fu in uno di questi rifugi che Vincent Van Gogh trascorse buona parte della sua esistenza.

Nel XX secolo vengono mossi i primi passi verso l'Arteterapia così come viene intesa oggi grazie a Freud e Jung e alla psicoanalisi. L'opera artistica è concepita come l'espressione dell'inconscio e come un derivato del processo di sublimazione degli istinti di base.

Margaret Naumburg, psicoanalista e seguace di Freud, è considerata la fondatrice dell'Arteterapia in America. Ella scrive: "il processo dell'arte terapia si basa sul riconoscere che i sentimenti e i pensieri più profondi dell'uomo, derivati dall'inconscio, raggiungono l'espressione di immagini, piuttosto che di parole ". Tali immagini esprimono i conflitti e in questa nuova veste appaiono più comprensibili, e quindi, più facilmente risolvibili. La relazione terapeuta-paziente gioca un ruolo importante nel

processo terapeutico e il prodotto artistico diviene lo strumento che rafforza tale relazione.

Un'altra fondatrice dell'Arteterapia è Edith Kramer, contemporanea della Naumburg, la quale considera l'opera d'arte come un "contenitore di emozioni" e l'atto stesso del creare come terapeutico di per sé.

Attualmente l'Arteterapia riflette un'ampia varietà di assunti teorici che si collocano in posizioni intermedie tra la Naumburg e la Kramer, e forti influenze provengono dall'approccio umanistico, gestaltico, evolutivo e corporeo.

3.2 Metodi e campi di applicazione

Esistono diversi approcci all' Arteterapia applicabili alle patologie più disparate.

Il disegno ad esempio è un fondamentale strumento terapeutico in quanto fornisce un materiale che ha la spontaneità del sogno e delle libere associazioni. E' in un certo senso il racconto che il disegnatore fa di se stesso, favorisce l'alleanza terapeutica, una certa catarsi, esprime una libera espressione di sé che facilita il riconoscimento di eventuali realtà conflittuali nascoste che possono essere alla base del malessere psicologico. Il disegno, assieme alla pittura, viene utilizzato in arteterapia per acquisire o potenziare la capacità di contattare le emozioni e rappresentarle in una dimensione fantastica attraverso la forma ed il colore. Inoltre, richiedendo l'attivazione della coordinazione visuomotoria e la capacità di movimenti fini e precisi, comporta un giovamento anche da un punto di vista strettamente motorio. Il disegno assume tre significati: un significato ludico (per creare), un significato narrativo (per raccontare di sé), ed un significato conoscitivo (per porsi e rispondere a delle domande). Ma soprattutto il disegno ha un valore proiettivo. Il disegno permette di esplicitare i propri conflitti e le proprie ansie che, assumendo concretezza e divenendo finalmente qualcosa di esterno a sé, trovano finalmente il distacco necessario per poter essere affrontate in maniera meno ansiogena.

Il disegno è un'espressione allo stesso tempo semplice e complessa, che può offrire una chiave di lettura della personalità del disegnatore di ogni età. Spesso il disegno viene completato proprio in risposta agli interventi e alle interpretazioni dell'osservatore. Il disegnatore, grazie allo sguardo dell'altro, osserva egli stesso con più attenzione e relativo distacco il suo lavoro, cogliendone meglio le qualità ed i particolari che potrebbero altrimenti rimanergli misconosciuti.

Qualsiasi tipo di disegno contiene ovviamente aspetti proiettivi che si ritrovano nel modo in cui viene utilizzato lo spazio (in questo caso il foglio), il tipo di tratto e i colori utilizzati. Il disegno può inoltre essere utilizzato in Arteterapia come strumento di analisi delle dinamiche di gruppo e del modo in cui ciascun soggetto interagisce nel gruppo. Proponendo, ad esempio, un disegno di gruppo in cui sia lo spazio (il foglio), che gli strumenti (colori, matite, etc), che il tema sono unici per tutto il gruppo, potranno rendersi evidenti le dinamiche di potere all'interno del gruppo e le modalità

che il gruppo elabora per la risoluzione degli eventuali conflitti, nonché il modo in cui ciascun membro si relaziona al gruppo, alle sue dinamiche di potere e al conflitto.

Per quanto riguarda la pittura possono essere utilizzati tutti gli strumenti e le tecniche pittoriche, come ad esempio i pennarelli, le tempere, gli acquerelli, i colori a dita, il collage e così via. Va tenuto presente che la scelta di un certo strumento ha un valore simbolico; mentre ad esempio i pennarelli, facili da usare e con un tratto nitido e definito, danno sicurezza, le tempere e ancor di più i colori a dita sporcano e richiedono un coinvolgimento maggiore, e infatti di solito non vengono usati da persone con tratti ossessivo-compulsivi.

O ancora il collage, che richiede un minor impegno creativo perché si tratta solo di assemblare, viene di solito scelto da persone che si sentono in qualche modo minacciati da un'attività creativa troppo libera.

La scelta invece, di usare più strumenti assieme, è indice di grande flessibilità ed è molto utile nello sviluppo del pensiero laterale, che esula dagli schemi classici. Anche il modo in cui i soggetti si avvicinano ed effettuano la scelta ci dice molto di loro.

Esistono numerosi test proiettivi che utilizzano le arti figurative e in particolar modo il disegno, come il test della figura umana di Machover, il test dell'albero e della famiglia di Koch, e il test della casa di Buck.

Test della figura umana di Machover: La sua finalità è quella di rilevare in modo approssimativo lo sviluppo intellettuale di soggetti dai 3 ai 13 anni e di evidenziare alcuni problemi di personalità (problemi emotivi, sociali, d'immagine di sé, ecc.).

Il test è particolarmente utile per la comprensione di soggetti in età evolutiva, fornendo indicazioni per un approccio individuale che voglia conoscere le potenzialità o le carenze intellettive di soggetti in età infantile o pre-adolescenziale. La Machover invita il soggetto a disegnare una persona (che rappresenta il sé stesso immediato) e poi un'altra di sesso diverso (il sé stesso socializzato). Da questo test si possono rilevare tre aspetti proiettivi: l'autoritratto, l'ideale dell'Io, cioè la proiezione di bisogni e desideri compensatori, e/o la rappresentazione di una figura significativa. La valutazione del disegno della persona tiene in considerazione vari livelli: grafico, formale e di contenuto. Il disegno, quindi, consente l'espressione della propria immagine corporea e, parallelamente, la proiezione di conflitti e bisogni (Machover K., 1985). Se il soggetto non disegna sé stesso ciò può rilevare difficoltà di identificazione con il proprio sesso, la propria razza, le proprie caratteristiche fisiche. Allo stesso modo disparità significative di età tra il disegno ed il disegnatore possono essere indicative di problemi relativi all'accettazione di sé. Sono da prendere in considerazione tutti gli elementi strutturali della figura umana e i corrispondenti significati simbolici: ad esempio la testa va considerata come la zona elettiva del pensiero, della fantasia e della vita mentale della persona, il tronco è la zona dell'affettività, dell'istintualità, delle problematiche aggressive e sessuali. Figure di robot, stilizzate, pagliacci possono essere caratteristici di soggetti egocentrici con difficoltà nei rapporti sociali. Le trasparenze possono essere indice di giudizio debole, potrebbe significare schizofrenia. Ogni accentuazione del

disegno può indicare la presenza di compensazioni (il bisogno di...); ogni omissione può indicare disturbi somatici localizzati, conflitti o preoccupazioni per la parte omessa. La dimensione della figura rispetto al foglio può dare indicazioni su come il soggetto reagisce alle pressioni ambientali.

Test dell'albero di Koch: Costituisce uno strumento che mira alla conoscenza della personalità nel suo insieme e al modo in cui ogni persona si propone agli altri, ed è piuttosto complesso da interpretare. L' albero è un simbolo "principe". Difatti, tra i simboli analogici è certamente uno dei più suggestivi, significativi e primordiali: rappresenta la vita, lo slancio vitale, la forza e la sicurezza. Da qui è partita nel 1949 l'idea di Karl Koch di fare uno studio sistematico su 2500 bambini che lo portarono ad affermare che la ricerca sullo studio di alberi sono "*grafologie amplificate*". Si fa disegnare un albero per giungere ad una descrizione della personalità. L'istruzione standard da dare ai soggetti è di disegnare un albero da frutto che non sia un abete come meglio uno può su un foglio bianco. L'istruzione può, però, essere variata a seconda delle circostanze e dei fini che uno desidera raggiungere. Occorre poi procedere alla valutazione del disegno in due tappe: l'osservazione dell'aspetto totale del disegno e l'analisi delle varie caratteristiche.

Per questo secondo aspetto occorre considerare le misure del disegno, la sua collocazione sul foglio, l'inclinazione dell'albero, i rapporti fra le parti, ecc. e passare in seguito all'esame dei modi di esecuzione individuandone la categoria. La parte centrale dell'albero rappresenta l'io, le caratteristiche permanenti della personalità, quella alta la zona delle aspirazioni, dell'immaginazione, della spiritualità. La parte bassa è la zona dell'istinto, dell'inconscio, dei bisogni materiali e della sessualità. La parte sinistra rappresenta le relazioni con il passato, l'introversione, le fissazioni infantili. La parte destra simboleggia invece il futuro, la socializzazione, l'estroversione, le mete. Ogni parte dell'albero ha un significato preciso.

Quando c'è un'accentuazione delle parti superiori, si ritiene che il soggetto sia caratterizzato da vivacità di interessi intellettivi e spirituali, di ambizione o di superbia; al contrario un'accentuazione delle parti inferiori dà l'idea di un soggetto pratico, sensuale o, nel peggiore dei casi, di un ritardo infantile.

Il tronco corrisponde al carattere. Se solido e grosso, indica praticità, forza di volontà e buon senso; se al contrario, è sottile, non dritto e contrassegnato da "nodi", evidenzia un indole contraddittoria e piuttosto indecisa; i bambini in età prescolare solitamente disegnano un tronco molto lungo. In età più avanzate ciò può evidenziare ritardi intellettivi. La presenza di rami segati spesso sono indicatori di complessi di inferiorità, traumi e inibizione, mentre una sezione frontale di rami ad occhi indica la mancanza di qualcosa.

La chioma contraddistingue i vari aspetti del pensiero (spiritualità, ideali, intelletto, fantasia etc.) ed è la parte che nel disegno cambia di più. Una chioma chiusa o centripeta, in genere denota introspezione, compostezza, concentrazione, riflessione, autonomia; quella aperta o centrifuga con tanti bei rami visibili, disponibilità, senso dell'amicizia, estroversione, vitalità, spirito di adattamento; quella spoglia insicurezza,

fragilità; una chioma ad arcata sta ad indicare buone maniere, gentilezza e socievolezza; una chioma ricciuta denota allegria, loquacità, dinamismo, attività; frutti inseriti nella chioma indicano bisogno di successo, infantilismo; una chioma ramificata adorna di ramoscelli sottili, elevata sensibilità, impressionabilità, carattere aperto; foglie e frutti cadenti o caduti, infine, timore di perdere qualcosa importante, rinuncia, sensibilità.

Le radici rappresentano il rapporto col passato e i ricordi, quindi il modo di affrontare la vita in base alle esperienze. Se sono grosse o se affondano nel terreno e ne sporgono, pur essendovi bene ancorate, sono espressione di aderenza agli impulsi e agli istinti, concretezza, realismo e buon adattamento all' ambiente, o, nel peggiore dei casi, lentezza e staticità.

Test della famiglia: La base concettuale del metodo risiede nel fatto che la famiglia rappresenta per il bambino il primo ambiente importante per la crescita fisica, affettiva e sociale che contribuisce alla formazione della sua personalità. Proprio per questo risulta fondamentale conoscere quali sono i vissuti del bambino in rapporto alle figure familiari, il modo con cui percepisce i rapporti reciproci e come egli s'inserisca all'interno delle dinamiche parentali. A partire da queste considerazioni il test della famiglia è adatto ad essere applicato a soggetti dai 6 ai 15 anni. Esistono in realtà diverse versioni del test, secondo il tipo di consegna che viene data: disegna la tua famiglia (Porot, 1952) che porta il bambino sul piano della realtà; disegna una famiglia (Corman, 1967) consegna che lascia il bambino più libero di esprimersi; ad ogni personaggio disegnato viene poi chiesto il sesso, l'età e il ruolo occupato nella famiglia; disegna una famiglia inventata, come vuoi tu, (trasformandola, se il bambino desidera, o in una famiglia di animali o di oggetti di altro genere), in questo modo si facilita la proiezione delle tendenze più personali; di fatto, è poi sempre la propria famiglia che il fanciullo disegna perché è l'unica di cui ha una esperienza vissuta. Altri autori consigliano di aggiungere la richiesta di rappresentare i personaggi mentre stanno facendo qualche cosa.

L'analisi del disegno della famiglia va fatta prendendo in considerazione i fattori grafico-strutturali e il contenuto. Il test della famiglia di Corman richiede la consegna di disegnare la famiglia reale e quella inventata, in tal modo si valuta la coincidenza tra i due disegni: ciò può aiutare a valutare armonia o ancoraggio negativo. Le tendenze affettive positive si evidenziano dai criteri di priorità, somiglianza e adeguatezza, quelle negative attraverso le dimenticanze. Si tengono inoltre in considerazione la grandezza, la distanza affettiva, i personaggi cancellati, spostamenti e personaggi aggiunti.

Da tutti questi elementi si ricavano tre informazioni fondamentali: l'autodefinizione diretta o indiretta che il bambino fa di sé stesso, come si vede e si sente, come vede il terapeuta (quindi informazioni sull' hic et nunc della situazione diagnostica).

Nei casi di maltrattamento infantile il disegno della famiglia viene ritenuto dalla letteratura scientifica uno strumento di indagine clinica e di ricerca particolarmente importante (Veltman e Browne, 2001, 2002) dato che:

- disegnando se stesso, come parte integrante di una famiglia, il bambino può esprimere pensieri e sentimenti inibiti;
- molte volte i bambini maltrattati o abusati presentano disturbi del linguaggio e/o con difficoltà nella comunicazione verbale: il disegno diventa quindi uno strumento per aiutare questi bambini a veicolare le loro emozioni esprimendo graficamente i loro vissuti.

Nell'ambito clinico personale, il disegno della famiglia dà un ampliamento della lettura del disagio del bambino; probabile che appare problematico quale valore si può attribuire se lo si usa nell'area sperimentale su casistiche.

Veltman e Browne (2001, 2002) hanno svolto una revisione della letteratura sulla qualità del disegno della famiglia in bambini maltrattati e bambini vittime di abuso sessuale.

Da un'attenta analisi dei lavori emerge che le variabili maggiormente prese in considerazione sono:

- 1) Grandezza e valorizzazione dei personaggi: la grandezza della figura umana riflette l'autostima del bambino; è inoltre importante valutare non solo la grandezza dell'intera figura, ma anche quella di alcune singole parti del corpo.
- 2) Posizione delle figure sul disegno (vicinanza affettiva): la distanza tra i membri della famiglia potrebbe essere l'espressione grafica della distanza emotiva tra gli individui.
- 3) Omissione di personaggi o di parti del corpo: l'omissione di se stessi è espressione di forti vissuti di inadeguatezza.

I bambini maltrattati tendono ad omettere se stessi e una delle figure genitoriali, e a disegnare il corpo in modo distorto, povero di dettagli, con scarsa differenziazione sessuale; emerge inoltre aggressività, clima negativo e tratto marcato.

I bambini abusati sessualmente tendono a disegnare figure grandi o con genitali in evidenza, mani tagliate, assenza di piedi. Il genitore aggressivo-violento viene totalmente escluso oppure non accanto alla madre; infatti vengono disegnati personaggi esterni alla famiglia, altri bambini, animali e oggetti. Eliminare uno o entrambi i genitori ha come significato il bisogno di avere lontano i sentimenti dolorosi, perché intrise di aggressività verso il padre violento. Il senso di colpa sembra indirizzarsi anche sul bambino, ma in maniera lampante sono i genitori a essere omessi. Il dato inquietante sono le deformazioni, lo schema del corpo, l'assenza o la deturpazione del viso umano. Le alterazioni corporee rimandano ad una scarsissima immagine del proprio corpo, corpo fisicamente attaccato, non visto nella sua fragilità, privo del rispecchiamento che viene fornito da un adulto protettivo, una marcata espressione di uno stato d'angoscia relazionale.

Un alto numero di bambini deforma il corpo. Il contatto fisico con la sessualità adulta produce una viziata percezione del proprio schema corporeo, i disegni sono devitalizzati con un volto privo di ogni espressività, scaturita della mancanza emozionale scaturita dal trauma subito.

Andare ancora oltre e andarci attraverso l'arte, in questo caso con l'acquerello, comporta un notevole sforzo per chi lavora in ambito ospedaliero dove sempre più l'uomo viene "segmentato" in relazione al tipo di patologia che lo ha colpito.

La terapia artistica ha come obiettivo quindi migliorare la qualità di vita del paziente, in quanto attraverso la realizzazione di pitture il paziente potrà mettersi in contatto con la propria interiorità e vedere come si rapporta con l'esterno; in questo processo il terapeuta e il paziente hanno l'opportunità di instaurare un dialogo, attraverso le pitture, non sempre facile soprattutto quando ci si trova in una nuova realtà come potrebbe essere la malattia.

Il terapeuta è tenuto ad osservare il processo che il paziente fa, a dare delle indicazioni, ma non ad interpretare; infatti il compito del terapeuta è quello di comunicare coraggio ed entusiasmo affinché il paziente stesso, con i suoi tempi, arriverà a piccoli passi ad armonizzare gli opposti: imparerà a diluire o rafforzare, espandere o contenere, aprire o chiudere delle forme, evidenziare alcune o cancellarne altre.

Test della casa di Buck: Fa parte dei test grafici ed è stato elaborato da Buck verso la metà del '900. L'autore infatti riunisce in un'unica prova tre diversi test grafici: casa-albero-figura umana in modo da poter trarre maggiori informazioni sulla personalità dell'esaminando.

Questo test, così come il disegno dell'albero e della figura umana, può essere somministrato a bambini, adulti ed adolescenti.

La casa, per la sua funzione di abitazione e residenza del nucleo familiare, rappresenta l'ambiente in cui si struttura la personalità dell'individuo, dove le relazioni familiari giocano un ruolo importante per la sua evoluzione.

Per citare solo qualche esempio, una casa grande è simbolo di ospitalità, indica un carattere estroverso, affettuoso e amichevole; una casa piccola, invece, è simbolo di raccoglimento, indica una persona timida che ha bisogno di sicurezza e incoraggiamento; una casa in prospettiva esprime di solito un disagio emotivo, la presenza di un senso di inferiorità da parte del bambino.

Un tetto schiacciato o molto allargato indica che il bambino sente una pressione da parte dei genitori (forse troppo esigenti) alla quale reagisce con aggressività; un tetto con soffitta, invece, denota un bambino fantasioso ma frenato da divieti, che vede nella soffitta un luogo dove poter dare libero sfogo alla sua fantasia.

Oltre alle tecniche sopra descritte, c'è una serie di altri test di tipo proiettivo basati sul disegno il cui utilizzo clinico è ampiamente diffuso.

3.3 Efficacia ed efficienza delle arti grafiche come terapia

3.3.1 Esempi di applicazione

I disegni di Luca

Per offrire un esempio di quanto il disegno possa essere uno strumento di valutazione e soprattutto di comunicazione tra paziente e psicoterapeuta, proponiamo i disegni di Luca, un ragazzo di undici anni sofferente di cefalea tensiva primaria, ossia mal di testa invalidanti gravi e ripetuti che nel caso di Luca sono spesso accompagnati da nausea, ipersensibilità alla luce, un forte senso di spossatezza.

Luca durante una psicoterapia durata sei mesi, ha scelto il disegno come principale mezzo di espressione, i suoi elaborati grafici sono particolarmente belli ed originali oltre che espressivi e rivelatori dei pensieri che il ragazzo non verbalizza. Durante ogni seduta il bambino produce almeno un disegno: tra i molti possibili esempi proponiamo un disegno particolarmente significativo eseguito dopo circa tre mesi, si tratta di una prova che mette in evidenza la relazione terapeutica e soprattutto come il bambino utilizzi il mezzo grafico per esprimere i suoi pensieri e fantasie.

Dopo una settimana in cui ha sofferto di un leggero mal di testa solo un giorno, cosa per lui piuttosto rara in quanto le crisi hanno una frequenza plurisettimanale, il bambino entra nella stanza di terapia e dopo un breve imbarazzo decide di disegnare; è molto concentrato.

Con la matita inizia a tratteggiare la sagoma di un bue e lo colora di un rosso intenso; poi inizia a disegnare una nuova figura a destra del bue commentando sia una faccia inventata e inizia a colorare di nero le orecchie, gli occhi, il naso e la bocca, il resto è colorato in rosso e giallo. Inizia poi a disegnare delle nuvolette nere sulla testa del personaggio e dei puntini colorati, traccia delle linee sulla bocca serrandola completamente. Poi inizia a disegnare tanti punti interrogativi intorno al bue, come se dentro al bambino ci fossero due parti opposte, una calma e l'altra rabbiosa.

La psicoterapia dura altri tre mesi, al termine dei quali il sintomo cefalea è molto ridotto, quasi scomparso se non per recidive sporadiche. Durante le vacanze estive, che coincidono con una pausa di circa due mesi di psicoterapia, i mal di testa si riacutizzano.

A settembre i genitori comunicano la decisione di interrompere la terapia, nonostante il desiderio del figlio di proseguire l'esperienza. La psicoterapia è stata interrotta anche per il timore inconscio dei genitori di perdere parte del loro potere e controllo sul figlio; non hanno tollerato il fatto che nonostante la loro presenza assidua e continuata durante il periodo estivo, il figlio abbia sofferto di quelle cefalee quasi scomparse durante la psicoterapia.

Un controllo a distanza di circa dieci anni, ha evidenziato la risoluzione della cefalea di Luca che non ne ha più sofferto in forma invalidante, cosa che gli ha permesso di vivere una vita normale; attualmente è uno studente universitario con buoni risultati.

Anche se la psicoterapia non è stata conclusa, Luca ha potuto sfruttare il lavoro svolto che lo ha aiutato a definire uno spazio personale senza il bisogno di ricorrere alla somatizzazione.

I disegni sono originali e l'uso del colore particolarmente vivace ha evocato emozioni e sentimenti negati e rimossi dal bambino e dal sistema familiare.

Ad esempio, la scelta del colore rosso trasforma e rende potente il mansueto bue, l'uso ad esempio del nero per la testa e per le orecchie le segnala come zone sensibili e collegate al dolore mentale-somatico.

Luca, tramite il colloquio realizzato prevalentemente attraverso il disegno ha maturato una migliore consapevolezza di sé, egli ha potuto osservare nel suo stesso elaborato, gli aspetti scissi quali il bue-toro e "la faccia inventata", uno accanto all'altro. In un certo senso, questa rappresentazione ha contribuito a ravvicinare la frattura della scissione e a recuperare gli affetti rimossi. Inoltre associare la rabbia ai mal di testa ha restituito una cornice, un significato relazionale al sintomo fisico apparentemente inspiegabile ed incontrollabile.

Nel momento in cui Luca ha potuto riconoscere e nominare la rabbia, ha risolto il sintomo somatico. Gli affetti scissi collegati al mal di testa hanno potuto trovare una nuova integrazione.

I disegni di Alessandro

La pittura e il disegno possono far parte del percorso educativo in persone e soprattutto bambini affetti da autismo, andando ad esternare le proprie abilità creative, permettendo loro di imparare a concettualizzare ciò che loro vedono in simboli e disegni e migliorare le loro abilità.

Dipingere con le dita ad esempio è un metodo che permette di acquisire più controllo sul disegno senza usare i pennarelli. Per i bambini autistici che trovano sgradevole la sensazione di vernice sulle dita, usare guanti di gomma o oggetti come trenini giocattolo o palline come stampi rappresenta un divertimento piacevole.

L'utilizzo di pennarelli a secco è un altro metodo utilizzato dai bambini autistici, in quanto possono dipingere su parete e possono cancellare e modificare disegni per fare spazio ad altri senza usare continuamente fogli di carta.

Altri studi condotti, hanno dimostrato come l'uso dell'argilla nei bambini autistici è un modo piacevole di lavorare con le mani, possono modellare le forme a loro piacimento ed utilizzarle dopo come decorazione.

Fornire una videocamera a bambini con autismo permette di condividere la loro visione del mondo con quella degli altri.

Alessandro è un bambino portatore della patologia autistica più grave e pervasiva, ossia l'autismo di Kanner. In questo caso, come nella maggior parte dei bambini autistici, è necessario operare in forma globale e multidisciplinare, con un approccio che fa riferimento alla scienza dei valori e sfrutta le potenzialità terapeutiche della relazione, riconoscendo nel valore dell'Altro un riscontro di verità per il Sé. Questa struttura multidisciplinare porta a:

- sviluppare le dinamiche psicomotorie, posturali e di coordinazione;
- attivare tutto il sistema sensoriale ma anche l'equilibrio, la sensibilità propriocettiva ed enterocettiva;
- contenere le risposte emotive troppo intense e quelle psicomotorie ripetitive e coatte;
- incrementare la partecipazione affettiva verso il Sé (autovalorizzazione, autostima, autosoddisfazione) e verso gli altri (rispetto, generosità, gratitudine, accondiscendenza, fiducia e gentilezza);
- aumentare le potenzialità cognitive (la comprensione, l'analisi, la deduzione, il problem solving).

L'arteterapia, in questo contesto, risulta, a fronte di diverse esperienze cliniche, una buona applicazione in grado di riattivare lo sviluppo psico-affettivo bloccato da problematiche autistiche, proprio perché si generano modificazioni nei rapporti oggettuali, un'organizzazione attiva della coscienza e del pensiero, una nuova modulazione nei rapporti interpersonali. I disegni e il comportamento dei bambini autistici testimoniano l'esistenza di un rifiuto totale di qualsiasi sentimento umano. Se il bambino giunge a raffigurare figure umane, queste sono di tipo arcaico, legate ad un universo macabro e ansiogeno (Aubin, 1985; Ferraris, 1973).

A volte sono presenti fantasie d'aggressività, manifestata da tratti brevi e acuti, dalla pressione violenta e dalla dominanza dei colori rosso e nero. Il soggetto continua a riprodurre gli stessi schemi comportamentali e grafici in modo ripetitivo.

Quando Alessandro entra nel setting ha raggiunto un certo sviluppo psicoaffettivo che gli permette di "accettare la prova", di adeguarsi alle necessità della pratica, di "partecipare" per un certo lasso di tempo.

La metodologia legata alla stimolazione della crescita grafico-espressiva si amplia nelle seguenti tappe di lavoro: l'osservazione e l'analisi del livello di sviluppo del disegno bambino; confronto tra il bambino, il suo livello di sviluppo nel disegno e la teoria di riferimento; l'individuazione di un percorso guidato di sviluppo.

La valutazione riguarda sia il processo, l'atteggiamento del bambino durante l'attività grafica, sia la situazione relazionale che si consolida durante l'atto creativo.

Le prime esperienze sono state disastrose, urla, matite e pennarelli lanciati, crisi d'angoscia e pianto, ma l'opposizione è andata via via mitigandosi, permettendo al piccolo di sperimentare il piacere e la frustrazione, l'amore e l'odio nei confronti del terapeuta, la relazione e, attraverso questa, di strutturare dinamiche cognitive, emotive, affettive sempre più ricche.

Il primo segno "diventa oggetto" che acquista il valore simbolico di una relazione che ha prodotto una traccia mnesica, "qualcosa che può essere portato a casa" dopo la seduta di terapia. Ale va alla scoperta degli oggetti geometrici gradualmente attraverso un complesso processo di apprendimento e di accettazione. Comincia a lavorare solo con quadrati e rettangoli e reagisce con violenta opposizione a cerchi e triangoli.

Nel giro di un mese Alessandro sarà in grado, accompagnato, rassicurato dalla mano del terapeuta, di riconoscere le forme geometriche attraverso il segno grafico e il colore.

L'uso di colori forti dimostra il raggiungimento di un forte senso di autovalorizzazione e di autostima che gli permette di contenere l'emotività, prima incontrollata e distruttiva. Giunge volentieri alle sedute sorridente e "mugugnante", dimostra di aver portato con sé, nella memoria, il ricordo della relazione con il terapeuta, non solo segno di affetto, ma di conquista cognitiva, la capacità di costruire un'immagine interna.

Disegno della figura umana: L'acquisizione dei prerequisiti necessari permettono al bambino di porsi di fronte alla figura umana, allo schema corporeo.

Il bambino gradualmente dimostra di accettare i componenti del viso, inizialmente visti come particolarmente disturbanti, la possibilità di rappresentare un corpo a braccia tese e aperte, e di riconoscere e accettare le estremità, mani e piedi.

L'autodefinizione, il riconoscimento del corpo, accettato e utilizzato come forma, è il risultato del contenimento delle pulsioni aggressive che lasciano spazio alla creatività, alla possibilità di agire. Il piccolo non si spaventa più di fronte al cambiamento perché, proprio nella relazione col terapeuta, ha trovato gli oggetti della realtà, il proprio Sé, e quello dell'altro.

Disegno delle lettere dell'alfabeto: Presentare al bambino le lettere dell'alfabeto è un compito significativo non solo per l'acquisizione della scrittura, ma fondamentale per l'integrazione delle funzioni dell'Io e specialmente quelle relative al linguaggio comunicativo. Inizialmente si osserva il bisogno di chiudere le lettere in modo da farne risultare rettangoli, triangoli, ma progressivamente, guidato dalla mano dell'Io ausiliario (Moreno,1985), il terapeuta, accetta le lettere aperte e ne migliora gradualmente la forma. Riempie fogli di lettere e piccole parole significative: il suo nome, che con sforzo riesce a scrivere autonomamente, mamma, papà e il nome del suo terapeuta.

Gradualmente gli si presenta l'associazione tra oggetti e relativa denominazione in una sorta di gioco-cruciverba, dove non necessariamente si rispetta la consueta direzione di scrittura.

Testimonianza di una paziente affetta da Alzheimer

“I remember better when I paint” è un esempio significativo di come l’arte, attraverso l’uso della pittura, possa migliorare la qualità della vita in pazienti malati di Alzheimer. Una scrittrice parigina Laurel Zuckerman, intervista Berna Huebner, scrittrice, co-direttrice e fondatrice della fondazione Hilgos, sul film.

Berna tocca con le proprie mani questa realtà, in quanto sua madre, ex artista, colpita dalla malattia, grazie alla riscoperta della pittura, rinasce.

Con l’aiuto del medico che si occupa di sua madre, di un gruppo di studenti di un istituto d’arte di Chicago, e di un amico decise di girare un film che documenti questa realtà ma soprattutto ponendo attenzione all’uso della pittura come “medicina naturale”.

Berna che conosceva poco della malattia, collaborando con il medico di famiglia scopri che i benefici della pittura risiedevano nel fatto che venivano sollecitate aree del cervello che ancora funzionano in quanto non colpite dalla malattia.

L’idea del film e quindi la raccolta di informazioni portò Berna a partecipare a diverse conferenze, congressi, visite a centri di assistenza e di cure e quindi al contatto con altre persone che vivevano la stessa malattia della madre. Questo film inoltre è stato lodato come una risorsa nell’uso di una terapia senza medicinali grazie alla collaborazione anche di medici di tutto il mondo; inoltre la dimostrazione dell’importanza della pittura ha permesso di trarre spunto per introdurre questa disciplina in scuole dove gli studenti spesso lavorano con persone che hanno problemi di memoria in molte comunità.

Arti grafiche come terapia nei centri diurni e nei servizi pubblici: questionario

Un discorso a parte va fatto per l’arteterapia nei centri diurni e nei servizi pubblici.

Il centro diurno è una struttura socio-sanitaria, aperta alla comunità, particolarmente predisposta a rispondere a diverse esigenze della popolazione ed offrire accoglienza semiresidenziale con rientro quotidiano in famiglia.

In questi contesti di solito si sviluppa un percorso arteterapeutico per tutta la durata della permanenza degli utenti presso il servizio, facendo diventare l’arteterapia parte integrante delle attività svolte durante tutto l’anno.

Ai servizi pubblici, invece, sono demandate le attività “pubbliche” di prevenzione, riabilitazione e reinserimento relative a determinate patologie, il tutto grazie alla presenza di medici (specialisti in farmacologia, infettivologia, psichiatria, ecc...), sociologi, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi, ecc.

Spesso, in entrambi i casi si assiste a percorsi arteterapeutici non proposti, bensì imposti, o semplicemente previsti dal percorso riabilitativo nel centro.

Sarebbe interessante capire l’indice di gradimento e l’efficacia dell’arteterapia plastico-pittorica in questo tipo di centri. Proprio con questo obiettivo è stato sottoposto un breve questionario in forma anonima a dieci pazienti che effettuano attualmente questo percorso, di cui cinque sono utenti alcolisti e/o tossicodipendenti di un centro diurno di

Corato (BA), gli altri cinque sono persone obbligate dalle istituzioni a frequentare un centro di servizi pubblici per le tossicodipendenze di un comune della provincia di Bari.

Di seguito sono riportate le domande seguite dal resoconto delle risposte dei dieci utenti, comprese meglio anche grazie alla collaborazione dell'arteterapista di questi ragazzi:

1. *Prima di venire in questo centro, conoscevi l'arteterapia plastico-pittorica?*

Solo tre persone hanno dichiarato di conoscere l'arteterapia prima dell'inizio del trattamento, i restanti sette non ne avevano mai sentito parlare. Questo evidenzia il fatto che, nella maggior parte dei casi, non sono loro a scegliere di intraprendere questo percorso, ma come già accennato in precedenza, è parte del piano riabilitativo previsto.

2. *Da quando hai iniziato, hai visto dei miglioramenti?*

Sei pazienti hanno notato miglioramenti, gli altri quattro no, perché, a detta dell'arteterapista, sono giunti ad un livello di dipendenza tale da rendere davvero arduo un loro recupero.

3. *Sei contento di dipingere/disegnare? Se no, perché?*

Otto pazienti hanno risposto di sì, i due no sono motivati dall'attività fatta contro voglia e dal fatto che non riescono a distogliere la mente dai loro problemi.

4. *Quando non disegni /dipingi senti il bisogno di farlo? Se no, perché?*

A questa domanda solo in due hanno risposto "sì"; tra gli otto che hanno risposto "no" ce n'è uno che non sente il bisogno di disegnare/dipingere "perché ci sono motivazioni più importanti a cui pensare come famiglia e problemi giudiziari", un altro "perché ho problemi che mi tolgono il tempo di pensare a cosa disegnare". Come dichiara l'arteterapista, per loro l'arteterapia rappresenta un lasso di breve tempo che senza alcun dubbio li rilassa, ma dopo la seduta, spesso riemergono nei soliti problemi.

5. *Ti trovi bene con il tuo terapeuta/terapista? Se no, perché?*

In questo caso tutti hanno risposto positivamente. Sembra evidente che si sia creato un rapporto di stima da parte dei pazienti nei confronti dell'arteterapista e dell'arteterapeuta.

6. *Pensi che l'arte possa essere una terapia utile? Se no, perché?*

Per sei persone l'arte può rappresentare una terapia utile, per quattro no. Uno di questi quattro risponde: "No, perché al di fuori del centro non riesco a dedicarmi all'arte, a causa di problemi che hanno il sopravvento su di me", e così gli altri tre, che ci risulta vivano ormai in un mondo totalmente diverso da quello reale.

7. *Ti piace disegnare/dipingere?*

Sette pazienti hanno risposto di sì, è evidente che i tre rimanenti siano quelli a cui è stato imposto questo tipo di percorso riabilitativo.

Certamente tale questionario è stato sottoposto ad un campione di popolazione assolutamente non rappresentativo. Tuttavia rappresenta un esempio reale di efficacia dell'arteterapia in contesti particolari come i centri diurni e i servizi pubblici.

3.3.2 Il punto di vista di un'esperta: Paola Bianchi

La Dottoressa Paola Bianchi è un'arteterapeuta che lavora come conduttrice di Atelier terapeutico individuale e di gruppo in comunità ad alta e media assistenza psichiatrica e come consulente arteterapeuta per l'Unità Operativa di Psichiatria nr. 23 degli Spedali Civili di Brescia. Fa parte, inoltre, di ArTea, l'unica scuola in Italia e nel mondo ad utilizzare come strumento il Modello Polisegnico© di A. De Gregorio, che è uno strumento di decodifica scientifica del manufatto artistico verificabile, supportato dalla Cartella di arteterapia©, che è uno strumento di monitoraggio dei percorsi di arteterapia, e ne garantisce i parametri di correttezza, efficacia, riservatezza, efficienza. Tale metodologia si è dimostrata assolutamente credibile.

La Dottoressa sostiene che l'arteterapia migliora senza dubbio la qualità di vita del paziente perchè trasforma ciò che crea disagio al paziente in qualcosa che gli rimanda al contrario un'immagine positiva di sè , aumenta la stima del paziente e permette allo stesso di condividere con gli altri ciò che prima era motivo di vergogna o malessere. L'Arteterapia è applicabile a qualunque tipo di utenze.

I pazienti "spesso vengono inviati dai medici o dagli educatori, spesso invece mi hanno conosciuto in reparto (SPDC- SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA) e quando vengono dirottati ad altre strutture dove io ho l'atelier , chiedono di parteciparvi".

Sui caregiver, sostiene che spesso sono molto scettici sull'efficacia dell'arteterapia, finché non vedono i risultati. Sul rapporto con i medici, "quelli che conoscono questo approccio (e intendo quello con il modello polisegnico) rimangono sempre molto stupiti della sua efficacia. Spesso hanno ottenuto informazioni impossibili da avere con il verbale dai loro pazienti. Spesso il percorso di arteterapia ha rivelato risvolti che sono poi stati utili nell'intervento riabilitativo inteso a 360°. Nella maggior parte dei casi il percorso di arteterapia ha confermato o, a volte, ribaltato la visione della situazione reale. I medici con cui lavoro io sono molto favorevoli a questo approccio e mi inviano loro stessi i pazienti". Bisogna anche ammettere che "Gente che si fa passare per arteterapeuta ce n'è davvero tanta oltre il bisogno, ma arteterapeuti che sanno fare questo lavoro con efficacia e soprattutto con possibilità di valutarne gli effetti , è davvero poca".

Purtroppo é evidente che l'arteterapia in Italia non è riconosciuta come all'estero, questo "per motivi politici e di lobby. All'estero, inoltre, le altre categorie (medici, psicologi, ecc) snobbano decisamente meno l'approccio arteterapico".

Un'ulteriore problematica deriva dal fatto che il sistema sanitario italiano non riconosce appieno la figura professionale dell'arteterapeuta. "Fortunatamente però si sta muovendo qualcosa, non solo nella sanità, ma in tutte le istituzioni pubbliche. Infatti da cinque anni a questa parte i costi per i miei interventi sono a carico del sistema sanitario nazionale essendo io consulente degli Spedali Civili di Brescia. Ho una tariffa oraria, emetto regolare fattura all'ospedale, e l'importo è lo stesso che prende un

qualsiasi consulente intorno ai 30-35 € all'ora a seconda dell'ospedale. Ogni seduta è di circa 1,5/2 ore".

il Modello Polisegnico© di A. De Gregorio

Punto di partenza per comprendere questo modello è accettare che l'arte non sia un fenomeno unico ed irripetibile del quale non si riesce a cogliere razionalmente l'essenza, ma che sia un oggetto strutturato di cui si può comprendere il meccanismo di funzionamento interno, accettare in altre parole che l'arte abbia lo stesso statuto, regole e "grammatica" del linguaggio. Sapere decodificare l'arte messa a punto dai pazienti farà in modo che sempre meno si ricorrerà ad interpretazioni, a contorni di verbalizzazioni, a spiegazioni, a titoli e temi, a schemi di protocolli nosografici.

La lettura che sarà possibile fare sarà perciò legata agli elementi del linguaggio visivo e plastico, le regole "grammaticali" con cui si formano le immagini su un foglio. Linea, colore, forma, luce ed ombra, spazio si combineranno insieme seguendo regole di ritmo, peso, equilibrio, simmetria, movimento per trovare un significato.

Questo è ciò che avviene nella creazione artistica che, secondo questo approccio, non è, come spesso si crede, semplicemente espressione spontanea dei propri pensieri, ma appunto combinazione attenta, quasi scientifica di vari elementi per arrivare alla comprensione di un significato.

3.4 Pubblicazioni in Italia e all'estero

Già dalla fine degli anni '60 - inizio anni '70 sono stati pubblicati lavori (Poulden S., Rosin A.J.) che mettono in risalto l'importanza dell'arteterapia plastico-pittorica come strategia terapeutica che sostituisce la parola come mezzo di comunicazione fino a rappresentare, nelle situazioni di disagio maggiori e più compromesse, un fondamento della relazione terapeutica.

Si inizia a ritenere che l'espressione grafica di ciò che non si riesce a comunicare e, quindi, il linguaggio dell'arte, debba diventare il tramite attraverso cui strutturare aspetti psico-affettivi/emotivi e socio-relazionali e nel contempo migliorare le capacità funzionali ancora residue. Non è necessaria alcuna competenza tecnica da parte del paziente, anzi il possederla rende spesso più difficile la libera espressione dell'interiorità dell'individuo. Può essere utilizzata con bambini, adulti, anziani, soggetti portatori di handicap fisico e/o psichico. In queste pubblicazioni si ritiene che l'arteterapia plastico-pittorica sia la tecnica espressiva in cui assume maggior significato il processo creativo-espressivo, il percorso attraverso il quale la persona arriva a produrre la propria opera. Non è significativo l'aspetto estetico nei termini classicamente intesi, quello che è qualificante è che la persona si senta soddisfatta di quanto ha creato ed espresso. Si vuole favorire, in questa strategia terapeutica, la libertà di espressione del singolo. I risultati che in linea generale, sulla base delle esperienze comuni, si ottengono con tale forma di terapia, riguardano:

- la riabilitazione funzionale e motoria, segmentaria e globale (riabilitazione ecologica);
- la riattivazione cognitivo – comportamentale ed il supporto psicologico (attenzione, concentrazione, ansia, tono dell'umore, stima..);
- la riabilitazione sociale (relazione attiva, coinvolgimento, affettività ...).

Un articolo di Hannemann del 2006 fornisce una revisione delle forme concrete di trattamento dei pazienti affetti da demenza utilizzando l'arteterapia, contrariamente alla credenza comune della società e di alcuni professionisti nel settore sanitario che i pazienti affetti da demenza non abbiano la capacità di migliorare la propria creatività. Infatti la teoria della cognizione ci racconta il principio della creatività come base per la vita umana. Questo principio specifico è efficace anche per gli anziani. Il potenziale creativo dei pazienti anziani in case di riposo e dei pazienti dementi è stato espresso attraverso sessioni di terapia individuale e di gruppo.

In tale studio effettuato in Svizzera si è dimostrato che l'attività creativa contrasta l'apatia, l'ansia e l'agitazione, riduce la depressione e l'isolamento, migliora il benessere del paziente, l'umore, le capacità e le qualità sensoriali e, nelle fasi finali di vita, permette di liberare le proprie emozioni ed agisce contro la mancanza di prospettiva di vita e di speranza.

Nel 2002 Rentz invece ha pubblicato un lavoro svolto su quarantuno soggetti dementi di centri diurni e di case di riposo nell'ambito di un grosso progetto negli USA (*Memories in the Making: An art program for individuals with dementing illnesses. Sponsored by the Greater Cincinnati Chapter of the Alzheimer's Association*) che hanno partecipato ad un programma settimanale di pittura con vernici su carta o stoffa, con libertà assoluta di immagini e colori.

L'obiettivo è stato quello di valutare lo stato di benessere psicologico indotto dal percorso progettuale attraverso indicatori specifici ottenuti da un sistema testistico idoneo (M.P. Lawton's conceptualization of psychological well-being) attraverso l'utilizzo di gruppi di confronto.

I risultati mostrano che interesse e amore per l'arte hanno rappresentato il tramite per il raggiungimento del benessere psicologico.

In un altro lavoro americano del 1994 di Callanan si dimostra come l'uso dell'arte come strumento terapeutico sia efficace nelle persone anziane fragili e non autosufficienti. Il loro coinvolgimento nei processi creativi evidenzia grandi potenzialità ancora presenti. I risultati si sono concretizzati in un miglioramento delle abilità psico-affettive, di quelle comunicative, delle caratteristiche socio-relazionali nonché delle capacità funzionali. Attraverso l'arte-terapia, questi pazienti hanno imparato nuovi modi di esprimere e interpretare situazioni di vita, di comunicare le prospettive e rispondere alle difficoltà che incontrano.

Studi fatti in Germania (Aissen-Crewett M, 1987) e in Svezia (Wikström B.M., 2000 e 2003), hanno dimostrato che non solo l'operatività diretta (l'attività), ma anche la discussione su opere d'arte visive (recettività), mostrano effetti positivi sui soggetti

anziani ricoverati in struttura (ma anche al domicilio) e compromessi sul piano fisico, su quello psichico e anche su quello relazionale. La comunicazione, il dialogo, la relazione, la capacità di discussione (argomentazioni, investigazione, ecc.), l'amor proprio, sono le attività che vengono maggiormente incentivate e recuperate.

Se è vero che non mancano pubblicazioni estere che pongano in evidenza gli effetti della terapia plastico-pittorica sul benessere dei pazienti, lo stesso non si può affermare dell'Italia, dove scarseggiano lavori scientifici di questo tipo.

CAPITOLO 4 DANZATERAPIA

4.1 Cenni storici

La danza è una forma di espressione antichissima che ha come strumento il corpo. Numerose figure, descrizioni e scritti dell'epoca protostorica testimoniano come già dalla più remota antichità, in ogni civiltà, la danza sia stata una potente e unificante forma di espressione dei momenti significativi della vita sociale (come il matrimonio, la caccia, la semina e il raccolto, la guerra e infine la morte). Attraverso la danza, i membri di ogni comunità potevano condividere profonde esperienze emotive, dalle più terrificanti alle più estatiche. E fu attraverso l'uso rituale del proprio corpo in movimento che gli esseri umani tentarono all'origine di rendersi propizie le divinità e le forze della natura, creando in tal modo un ponte comunicativo con quanto ignoto avvertivano nell'universo (Garufi B. e Adorisio A., 2004).

All'inizio del Novecento (in particolare, intorno agli anni'40), alcune danzatrici americane, Marian Chace e Trudy Schoop, iniziarono a scoprire, partendo dalla propria esperienza personale, che la danza ha degli effetti terapeutici.

Marian Chace (1896-1970), attraverso la sua grande esperienza nel mondo della danza e dell'insegnamento, scoprì e sperimentò la spontaneità e la profondità del linguaggio del corpo. In particolare, intravide nel movimento una concreta possibilità per tutti di esternare le proprie emozioni e soprattutto le proprie sofferenze. Questa sua intenzione derivò in seguito all'osservazione (1930) di alcuni bambini che, nonostante una scarsa propensione fisica alla danza, mostravano un grande entusiasmo ed un'encomiabile tenacia nel continuare a praticarla. In aggiunta, la Chace trovò nel potere comunicativo del corpo, una risorsa per dare parola a chi non è in grado di comunicare attraverso il linguaggio verbale. Guidata da questa convinzione, nel 1942 Marian Chace iniziò a lavorare all'interno dell'ospedale psichiatrico St. Elisabeth di Washington, dove incontrò la disponibilità dei dirigenti che si trovarono a dover affrontare tempestivamente una situazione molto grave: prendersi cura di quei soldati che nell'immediato dopoguerra tornarono dai campi di battaglia, affetti da disturbi della personalità. Marian Chace si occupò di progettare degli interventi diversi in base alle diverse patologie: schizofrenia, depressione, isteria. Nel 1960, Marian Chace ha fondato un programma di training per i "dance therapists" a New York e nel 1966 ha fondato l'"American Dance Therapy Association" della quale è stato il suo primo presidente.

Trudy Schoop, nata a Zurigo nel 1903, iniziò in tenera età a danzare per placare le sue ansie ed esternare emozioni e sentimenti; lei stessa affermò di essere guarita grazie alla danza, che le permise di dare una forma concreta alle proprie fantasie angoscienti e ossessioni e in tal modo ad accettarle, vivendo il male e l'angoscia come una parte di sé. Dopo aver compiuto degli studi di danza classica si accostò alla danza moderna, seguendo gli insegnamenti di un'allieva di Isadora Duncan e negli anni successivi si dedicò sia all'insegnamento, in una scuola da lei stessa avviata, sia alla rappresentazione di pantomime all'interno del Cabaret Corniction.

Qualche anno dopo, al termine del secondo conflitto mondiale, la Schoop si recò in America ed in seguito alla morte del marito si trasferì in California, dove scelse di lavorare con i pazienti schizofrenici di una clinica psichiatrica, elaborando una sua strategia di intervento. Infatti, la Schoop riteneva che la danza offre la possibilità, attraverso movimenti da lei definiti “archetipi”-come strisciare, raggomitolarsi e saltare- di avvertire la percezione di sé. Quindi, guidata da questa convinzione, decise di utilizzare questo approccio esclusivamente artistico (senza riferimento ad alcuna teoria psicologica) su gruppi composti a un numero limitato di pazienti e preferibilmente con lo stesso tipo di patologia, poiché riteneva dispersivo e inefficace lavorare con tante persone affette da disturbi differenti.

Oltre a lavorare con pazienti affetti da disturbi psichici, Trudy Schoop si dedicò anche a organizzare corsi di formazione per professionisti quali medici e psicologi. Anche nella formazione il suo metodo è stato intuitivo; si basava sull’espressione artistica, sul linguaggio del corpo e non su una vera e propria tecnica psicologica. Il lavoro effettuato da queste due danzatrici con i soldati che, nell’immediato dopoguerra, manifestavano gravi disturbi della personalità, ha documentato l’indubbia efficacia della danza come trattamento terapeutico. È opportuno sottolineare che il potere terapeutico della danza, proposto da queste due danzatrici, ha dato risultati sorprendenti, soprattutto con i pazienti che non erano assolutamente in grado di comunicare mediante la parola e che, tramite questo approccio, hanno avuto la possibilità di comunicare ed essere capiti grazie al movimento. Sono state, dunque, le danzatrici, ovvero delle artiste, a sperimentare su se stesse e successivamente sugli altri il valore terapeutico della danza, senza avvalersi di modelli psicologici e di nozioni teoriche di psicopatologia, in quanto non erano di loro competenza. Nei decenni successivi, in seguito a queste esperienze, si sono sviluppate delle scuole e degli orientamenti ad opera di danzatori e psicologi che hanno cercato di conferire alla danza terapia i presupposti scientifici necessari per utilizzarla come terapia sostitutiva o di sostegno a quella tradizionale.

4.2 Cos’è la Danzaterapia

La danzaterapia è una disciplina che studia i rapporti esistenti tra mente e corpo, considerando quest’ultimo un fondamentale mezzo di guarigione nel trattamento delle malattie psichiche in cui la capacità verbale risulta menomata o impedita. Per la danzaterapia, infatti, corpo e psiche rappresentano un’unità inscindibile tanto che spesso la felicità si può manifestare fisicamente con salti di gioia così come un trauma fisico (es. violenze sessuali subite, operazioni complicate il cui ricordo continua a dare angoscia) può influire sulla tranquillità psicologica non permettendo di vivere serenamente le relazioni.

Quindi, considerando questa forte connessione tra mente e corpo, la danzaterapia cerca di lavorare sui comportamenti muscolari collegati ad una emozione per esternalarla. In particolare, la danzaterapia diventa una forma di espressione di sentimenti (colpa, dipendenza, abbandono) così opprimenti e violenti da non poter essere esternati verbalmente ma esprimibili attraverso il movimento. In questo senso, infatti, il movimento nasce dal profondo “sentire” di ogni partecipante. La musica (il suono) funge da mediatore della relazione tra il paziente e il terapeuta e ha la funzione di

stimolare il movimento nonché creare un ambiente favorevole dove sia possibile dare forma corporea ad una emozione nascosta.

La danzaterapia, oltre ad aumentare le competenze relazionali attraverso la condivisione di un'esperienza di gruppo, aumenta la creatività e può essere un'ottima possibilità per accrescere la sensibilità verso se stessi e gli altri. A tal proposito, in particolare, dalle riprese di lezioni di danza condotte su un gruppo di bambine tra cui una bambina down, è risultato evidente come alcune bambine cercassero di indirizzare la bambina down a svolgere un movimento, un esercizio, in maniera corretta come se avessero piena consapevolezza della situazione, della difficoltà maggiore che questa bambina ha rispetto a loro.

Naturalmente, la danzaterapia utilizza esercizi fisici che tendono ad apportare benefici al corpo e a dare sensazioni di benessere come: ampliare la respirazione, potenziare la muscolatura, migliorare l'equilibrio e l'estensione del proprio corpo.

In generale, la danzaterapia viene spesso adottata, a supporto di altri metodi o come forma esclusiva di cura, per disturbi di carattere psicologico, quali:

- autismo
- nevrosi
- psicosi
- disturbi alimentari
- comportamenti ossessivi
- depressioni
- disturbi del linguaggio
- problematiche post-traumatiche
- problemi di ansia e disturbi correlati
- disturbi dell'infanzia
- assistenza alla gravidanza e post parto
- casi di violenza ed abusi
- dipendenza da sostanze
- pazienti ospedalizzati
- problemi psicosomatici
- problematiche di tipo psichiatrico

ecc.

Gli incontri di danzaterapia non hanno mai mostrato controindicazioni e possono essere rivolti a singoli individui, a coppie oppure a gruppi: la scelta del contesto in genere viene effettuata in relazione alle necessità relative alla problematica specifica che si sta trattando.

4.3 Metodologie di danza terapia

Esistono tre principali metodologie di danzaterapia fondate su diverse interpretazioni tecniche del ballo e delle sue potenzialità di supporto alla mente:

- danzaterapia analitica
- metodo di Maria Fux
- metodo dell'”expression primitive”

4.3.1 Danzaterapia analitica

La danzaterapia analitica, particolarmente diffusa nei paesi americani, nasce dall'esigenza di fornire alla danzaterapia un quadro tecnico più scientifico e strutturato, che comprendesse non solo il processo artistico ma anche una solida base rispetto alle teorie psicologiche che si stavano diffondendo nella seconda metà del Novecento.

Una delle prime figure a lavorare in questo senso è stata Mary Whitehouse in California, che oltre ad aver studiato danza con insegnanti del calibro di Graham e Wigman, possiede una formazione psicoanalitica di tipo junghiano. La Whitehouse, a partire dall'osservazione dei suoi allievi e dalle proprie conoscenze, sviluppa il concetto di "movimento autentico", cioè un movimento totalmente spontaneo attraverso il quale il soggetto entra in contatto con i contenuti più intimi del proprio inconscio. In tal modo, il "mover" (cioè colui che si muove) si lascia trasportare dalle proprie emozioni, dalle immagini che gli vengono suggerite dal suo mondo interiore, articolando una serie di movimenti liberi (natural) compiuti ad occhi chiusi. Fondamentale è il ruolo dello "witness" (cioè colui che è testimone) il quale osserva il mover attentamente senza intervenire e, solo in seguito, lo aiuterà a verbalizzare (cioè esprimere verbalmente) il vissuto di questa esperienza (nonché le sue emozioni). Con questo tipo di approccio, la Whitehouse ottenne notevoli risultati nel trattamento di pazienti nevrotici che grazie al movimento autentico riuscivano ad abbandonarsi liberamente alle proprie emozioni e ad entrare in relazione con l'altro.

La danzaterapia analitica trae le sue fondamenta dal metodo di psicoterapia analitica junghiana dell'"immaginazione attiva", che comporta la graduale apertura dell'inconscio mantenendo però il contatto con la coscienza. In *Mysterium Coniunctionis* Carl Gustav Jung (1955) afferma che:

“fin dai tempi più antichi, ogni qual volta diviene impossibile la realizzazione di un proprio desiderio mediante l'uso della sola volontà, gli esseri umani hanno sempre ricorso ad azioni rituali, come danze, sacrifici... nell'evidente tentativo di esorcizzare, ammaliare, ridestare e riportare alla memoria quei profondi strati della psiche che sono inaccessibili alla luce della ragione e alla forza di volontà”.

La danza dunque e più, in generale, il movimento del corpo, può essere una delle possibili forme per effettuare l'immaginazione attiva come testimonia lo stesso Jung, il quale ebbe esperienza diretta di pazienti che danzavano le loro immagini inconscie. Egli vide nel movimento uno dei modi che permettono di rendere evidente l'inesprimibile.

Molti professionisti hanno seguito le orme della Whitehouse lavorando e sviluppando le applicazioni del movimento libero. Tra questi una figura di grande rilievo è sicuramente la sua allieva Joan Chodorow, danzaterapeuta e analista junghiana (membro ordinario ed ex presidente dell'American Dance Therapy Association), la quale mette in luce come attraverso la danza, le persone arrivino a toccare il mondo interiore in modo generalmente più immediato e diretto rispetto ad un percorso di analisi tradizionale centrato sugli aspetti verbali, punti molto profondi. Joan Chodorow (Chodorow, 2004),

nel suo libro “Danzaterapia e Psicologia del Profondo”, sostiene in accordo con Jung che il movimento costituisce a buon diritto una delle possibilità più tangibili di cui l’inconscio dispone per esprimersi e prendere forma. Quindi secondo Joan Chodorow per Danza Movimento Terapia deve intendersi e definirsi sostanzialmente non solo la danza ma anche l’uso del movimento quale matrice espressiva comunicativa di stati interiori. Dunque non solo danza, ma soprattutto spontaneo movimento come parte del processo creativo artistico che coniuga l’energia cinetica del corpo con l’esperienza spirituale ed emotiva di chi la compie.

4.3.2 Metodo di Maria Fux

Maria Fux è una danzatrice coreografa argentina che scopre il valore terapeutico della danza in seguito ai benefici osservati su se stessa, ottenuti approfondendo il rapporto con la danza durante un periodo di profonda depressione. Maria Fux concepisce la danza come una forma di espressione che appartiene alla stessa natura dell’essere umano e durante il periodo di profonda depressione utilizza la danza istintiva come momento di ascolto, di conoscenza e riscoperta di sé che porta ad un miglioramento del suo benessere psicologico (senza utilizzare tecniche di interpretazione e verbalizzazione degli stati interiori sperimentati con il ballo). In seguito a questa esperienza, Maria Fux sperimenta l’efficacia del proprio metodo lavorando sia con soggetti normodotati sia con portatori di handicap. Dal suo lavoro emerge fondamentalmente la valenza terapeutica e riabilitativa del movimento spontaneo e del piacere provocato da esso in persone che presentavano problematiche molto diverse tra loro (in particolare con problematiche di disabilità sensoriali visive ed uditive nonché con handicap psichici e fisici).

La danzaterapia di Maria Fux ha in comune con il metodo analitico esclusivamente l’utilizzo di forme libere di danza volte all’espressione di sé, ma si differenzia da essa in quanto non ambisce a lavorare su contenuti inconsci né a sostenere forme di psicoterapia. Infatti, Maria Fux si considera essenzialmente un artista, non desidera nella maniera più assoluta arrogarsi il ruolo e la qualifica di psicoterapeuta. Pertanto, il suo approccio al paziente è caratterizzato da un progressivo avvicinarsi alle persone facendo leva esclusivamente sulla propria sensibilità di artista e di donna senza per questo inoltrarsi in alcuna forma di interpretazione e verbalizzazione. Il suo metodo si basa fondamentalmente sulla funzione catartica liberatoria della danza e sulla capacità da parte del conduttore di stimolare nell’altro l’espressione di sé e delle proprie potenzialità creative. Di solito, il danzaterapista sceglie di partire con uno stimolo coreografico o stimoli ausiliari (musica, i gesti, colori) che permettano di raggiungere il paziente/gruppo là dove si trova, per poi portarlo verso gli obiettivi da raggiungere. Come lo psicoanalista comunica con la parola o il silenzio che parla, il danzaterapista si rivolge all’utente attraverso la proposta dello stimolo coreografico. E come lo psicoanalista empatico sceglie con cura le parole da usare, il danzaterapista empatico sceglie con cura lo stimolo coreografico da proporre, e lo adatta alla situazione in atto. La stessa Fux (Fux, 1991) dice di partire osservando il gruppo e scegliendo un brano musicale che rispecchi il ritmo interno dei presenti, per poi condurli oltre.

La Fux ricerca continuamente nuovi stimoli creativi da proporre ai suoi gruppi, a partire dal corpo stesso, dal movimento e dal ritmo interno (il battito cardiaco ad es.) fino

all'utilizzo di vari materiali, in genere appartenenti alla nostra quotidianità, che possono aiutare i pazienti a ritrovare movimenti nascosti, magari dimenticati e riscoprirne il senso. In caso di un allievo sordo, il danzaterapeuta ricorre agli stimoli visivi (anziché musicali) lavorando con colori, linee, immagini della natura e opere d'arte. Questo stimolo nasce dal tentativo di offrire all'allievo sordo un'esperienza il più possibile vicina a quella musicale. Il danzaterapeuta può scegliere le stimolazioni visive nello stesso modo con cui sceglie i brani musicali, cioè affidandosi alla sua sensibilità ed esperienza, con la consapevolezza che uno stimolo visivo esprime un'emozione. Il suo approccio non sarà quello analitico e interpretativo di chi propone un test, ma quello creativo ed intuitivo di un artista, (Chiara Colombo, 2006).

Maria Fux ha diffuso il suo metodo in diversi paesi del mondo quali l'Argentina, il Brasile, gli Stati Uniti, la Spagna, L'Unione Sovietica, la Francia, l'Inghilterra, Israele, Cuba e l'Italia, dedicandosi sia all'attività di terapeuta sia al lavoro di formatrice nel campo della danzaterapia.

4.3.3 Metodo dell'expression primitive

Il metodo dell'expression primitive, fondato dal danzatore Hens Duplan, si ispira alle danze tribali. Tale metodo è caratterizzato dai seguenti elementi:

- il “gruppo”, che funge da grande contenitore affettivo, assumendo una funzione materna;
- il “ritmo dei tamburi” che riproduce il battito cardiaco, consentendo di vivere la corrispondenza tra il mondo interiore e quello esterno (cioè amplificando e sintonizzando il rapporto tra mondo esterno e mondo interno);
- la “danza ritmica”, spesso a piedi nudi, che mira a simbolizzare il rapporto radicato con la terra;
- la “voce del conduttore”, che si unisce al tamburo, evocando le filastrocche materne rassicuranti (riportando così l'individuo al vissuto del “sentirsi cullato”).

L'insieme di questi elementi, costantemente presenti nelle diverse culture, ha la funzione di creare quell'ambiente accogliente e rassicurante in cui condurre un efficace lavoro terapeutico. In particolare, i suoni e i movimenti ripetuti (controllati dal terapeuta) inducono uno stato di rilassamento profondo che favorisce l'espressione di parti emotive limitando l'azione di filtri razionali.

Il danzaterapeuta è un artista completo che, come gli artisti guaritori tradizionali, danza, suona il tamburo e canta, traducendo in espressione artistica ciò che il paziente gli trasmette.

Il termine “primitive” raccoglie al suo interno diversi significati:

- rimanda a ciò che per tutti gli uomini è universale;
- si riferisce alla preziosa eredità dell'era pre-storica e viene dunque considerato in senso cronologico;
- riguarda le strutture psichiche primarie che si creano nello sviluppo del bambino.

Attraverso l'approccio dell'expression primitive, il soggetto lavora mediante movimenti archetipici, gesti e rituali presenti in tutte le culture tradizionali e quindi compie un viaggio nella storia dell'umanità.

4.4 La Danzaterapia in Italia

L'interesse per le possibilità terapeutiche della danza si è sviluppato in Italia con notevole ritardo rispetto ad Europa e USA.

Assisi

- Presso la Cittadella, Maria Fux ed Elena Garcia organizzano periodicamente corsi di danzaterapia.

Bologna

- Si trova una delle scuole italiane di più solida tradizione nel campo della danzaterapia: l'Art Therapy Italiana, fondata nel 1984 sotto l'egida del dottor Arthur Robbins, psicoanalista, arteterapeuta e scultore. Vengono proposti dei corsi quadriennali le cui lezioni si svolgono un fine settimana al mese e sono integrate da seminari intensivi tre volte l'anno, della durata di più giorni. Sono ammessi al corso laureati, operatori ed educatori che utilizzano tecniche artistiche e di movimento, artisti e professionisti con esperienza nel campo delle arti visive e della danza. Alla fine dei quattro anni la scuola rilascia un diploma in Art psychotherapy, per ottenere il quale vengono richieste un minimo di cento ore di psicoterapia personale a indirizzo analitico.

Firenze

- Il Centro Studi Danza e Movimento propone un corso in danzaterapia della durata di quattro anni con frequenza obbligatoria ogni sabato per otto ore, volto ad animatori psicosociali, educatori e psicologi. Ogni anno un esame stabilisce l'idoneità per accedere all'anno successivo ed è previsto un tirocinio alla fine dei quattro anni. Il corso prevede inoltre stage e seminari che si avvalgono della presenza di docenti esterni, tra cui Maria Fux.

Genova

- Il Centro Metafora propone un percorso di formazione professionale in danzaterapia ispirata al Expression primitive, che si avvale del contributo di France Schott-Billman. Il corso dura tre anni per un totale di mille ore; si richiede la partecipazione a seminari, gruppi di studio ed esercitazioni pratiche distribuiti durante tutto l'anno. Per essere ammessi al corso è necessario essere in possesso di un diploma professionale riabilitativo-pedagogico oppure di una laurea in medicina, psicologia, lettere o scienze dell'educazione.

Milano

- Il centro Risvegli A.S.P.R.U. propone un corso di formazione in danzaterapia dichiaratamente ispirato al metodo di Maria Fux, la quale peraltro tiene periodicamente dei seminari ed è il supervisore della scuola stessa. Per accedere al corso sono considerati requisiti preferenziali: laurea in discipline umanistiche e psicosociali, competenze di espressione corporea, teatro, danza ed esperienze nel campo dell'educazione e della riabilitazione. Il corso prevede un percorso formativo triennale di un numero minimo di 900 ore e comprende, oltre alle

materie di studio, un tirocinio, un training personale specifico sulla danzaterapia e una supervisione.

- Il Balzo, Centro ricerca creativa danza e movimento organizza un corso ispirato al Expression Primitive; questo modello di riferimento, però, viene integrato dall'apporto personale di numerosi danzaterapeuti italiani. Il corso ha una durata triennale e prevede 1200 ore di lavoro distribuite nell'arco di tutto l'anno. Viene proposto anche un eventuale quarto anno di specializzazione facoltativo.
- Il Centro Sarabanda, Scuola di formazione in Danzamovimentoterapia Milano, è un'associazione per la diffusione di danza teatro e musica che organizza periodicamente seminari di danzaterapia.
- Il Centro di terapie espressive si occupa di terapie artistiche e offre un servizio di informazioni e banca dati per chiunque abbia necessità di indicazioni o contatti sulle artiterapie.

Roma

- La Scuola Quadriennale di Psicoterapie Espressive e Artiterapie organizza un corso quadriennale di quattrocento ore all'anno distribuite in due fine settimana al mese. Vengono proposti due differenti indirizzi:
 - Psicopedagogico, che prepara allo svolgimento di attività artiterapeutiche in spazi scolastici e in strutture di riabilitazione e risocializzazione per ogni tipo di emarginazione; per accedervi è necessario un diploma di scuola media superiore.
 - Psicoterapeutico, aperto ai laureati in medicina e psicologia. Il diploma si ottiene dopo un percorso analitico individuale di almeno trecento ore.

Torino

- SoleLuna Istituto per la crescita individuale ed il potenziamento dell'essere umano è un Istituto di psicologia umanistica ed educazione alternativa con sede a Torino che propone da oltre tredici anni gruppi introduttivi ed avanzati di Danzaterapia, con percorsi mirati di formazione, tirocinio ed assistenza per operatori del settore socio-pedagogico con interesse verso la Danzaterapia. I corsi, i training ed i seminari sono diretti da Vistara Zoli, danzatrice, psicopedagoga e danzaterapeuta con un'ampia esperienza personale e professionale che proviene dalla danza classica e moderna (in Italia, Francia ed Inghilterra), dagli studi di antropologia e psicopedagogia (Università statale di Verona), alla sua formazione come danzaterapeuta sia in Italia che all'estero (Milano, Londra) ed alla sua esperienza professionale anche nel campo della tossicodipendenza e dei disturbi mentali.

4.5 L'uso della danza nell'osservazione di una bambina con Sindrome di Down

4.5.1 Introduzione

Nel presente studio è stata effettuata l'osservazione del comportamento di una bambina affetta da Sindrome di Down sottoposta ad incontri di danzaterapia, a cui partecipano anche un gruppo di bambine di età compresa tra i sette ed i dodici anni.

La Sindrome di Down è determinata dalla presenza di un'alterazione cromosomica nella coppia 21, la cosiddetta trisomia 21, ossia la presenza di tre copie del cromosoma numero 21 anziché di sole due copie; pertanto, nelle cellule dell'organismo di un soggetto Down, si trovano in totale 47 cromosomi invece di 46.

La sindrome di Down è responsabile di circa un terzo dei casi di ritardo mentale e per questo rappresenta la forma di handicap mentale più comune (Mastroiacovo, 1989).

Numerose ricerche concordano nel sostenere che i bambini con Sindrome di Down esprimono le loro abilità motorie più tardi rispetto ai loro coetanei. Esempi lo sono la capacità di camminare e di stare in piedi da solo, tutti stadi di postura che vengono raggiunti dai bambini mediamente a 6-11-12 mesi, mentre i bambini Down raggiungono le stesse capacità mediamente a 9-18-19 mesi (Ferri, Romano, Miccinesi, 1990).

È stato inoltre dimostrato che lo sviluppo motorio procede parallelamente allo sviluppo cognitivo e del linguaggio e le tappe e i ritmi evolutivi sono molto simili tra i vari individui; tuttavia, in presenza di una patologia organica, come l'alterazione cromosomica della Sindrome di Down, lo sviluppo può subire delle modifiche rilevanti. Sul ritardo nell'acquisizione delle abilità motorie nel bambino Down hanno un loro peso l'ipotonìa muscolare, vale a dire una diminuzione del tono muscolare, e il ritardo delle funzioni cognitive.

4.5.2 Metodi, analisi dati e risultati

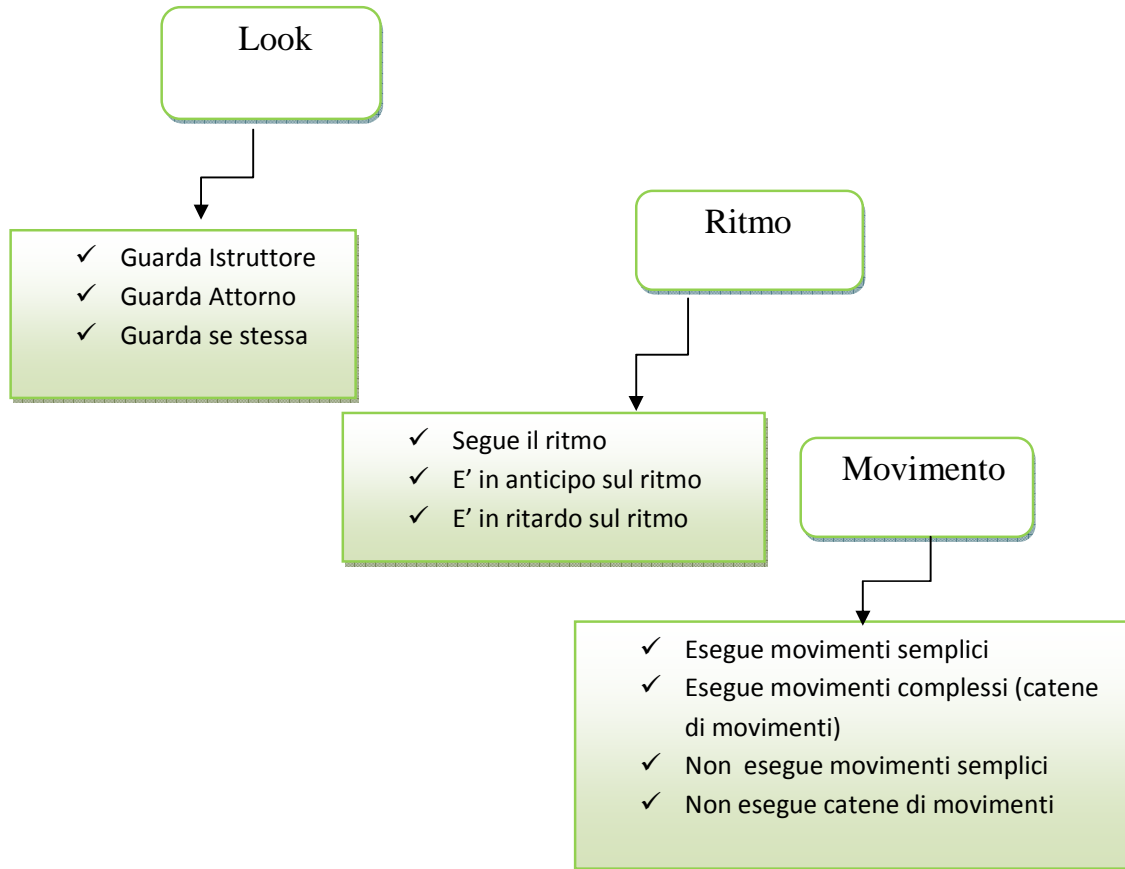
Lo studio si pone come obiettivo la verifica dell'efficacia della danza come trattamento delle difficoltà motorie e dei problemi di attenzione presenti in un soggetto Down, e si basa proprio su un'osservazione focalizzata su una bambina Down e su una bambina con sviluppo tipico.

Gli incontri di danzaterapia si svolgono regolarmente in 3 incontri settimanali di 1 ora e 30 minuti. Durante le lezioni sono state privilegiate metodiche ludiche e ricreative, per consentire alle bambine di esprimersi con libertà e spontaneità e soprattutto per stabilire un rapporto di fiducia e comunicazione con il danzaterapeuta, che ha inoltre individuato per ciascun soggetto l'ordine degli obiettivi, anche in bambini che non presentano alcun tipo di patologia.

Gli obiettivi d'intervento sulla bambina Down sono mirati al :

- miglioramento della coordinazione motoria
- miglioramento dell'articolazione del linguaggio
- stimolazione della memoria
- miglioramento della capacità di concentrazione
- sviluppo della socializzazione ed integrazione in ambito familiare ed extra.

Per inquadrare e decodificare gli avvenimenti dell'incontro con la bambina è stato utilizzato lo schema di codifica che segue:



L'indagine è stata condotta avvalendosi di videoregistrazioni della lunghezza di due minuti, di due lezioni, avvenute a distanza di una settimana, durante le quali la bambina esegue, sotto indicazione dell'istruttore e contemporaneamente alle compagne di corso, degli esercizi di danza.

Al fine di evitare l'effetto re-test e quindi focalizzando l'attenzione esclusivamente sulla capacità di apprendimento della bambina, si è scelto di far eseguire, nelle due sessioni, esercizi diversi, ma di uguale difficoltà esecutiva.

In entrambe le registrazioni sono presenti nella stanza, oltre all'istruttore e all'operatore deputato alle riprese, sei bambine.

L'osservazione si è focalizzata sulla bambina Down e su una bambina con sviluppo tipico, costantemente posizionata al suo fianco, entrambe di otto anni ed iscritte alla scuola di danza da due mesi.

Successivamente si è passati all'osservazione delle videoregistrazioni, riportando su delle apposite schede di valutazione la presenza o meno dei comportamenti scelti come indici dell'osservazione. La scheda utilizzata per la raccolta dati era ripartita in 120 righe, corrispondenti ai 120 secondi della videoregistrazione, e 3 colonne rispettivamente denominate "Look", "Ritmo" e "Movimento". La prima faceva riferimento al punto di osservazione tenuto dalle bambine durante la lezione, e si divide in sguardo rivolto all'istruttore, sguardo rivolto all'ambiente (era considerato ambiente anche uno specchio) e sguardo rivolto a se stessa. La seconda colonna faceva riferimento al tempo di esecuzione dell'esercizio che poteva essere quindi a tempo, in anticipo oppure in ritardo. La terza ed ultima colonna si riferiva invece all'esecuzione o meno del movimento previsto dall'esercizio. La stessa metodologia osservativa è stata effettuata sulla bambina con sviluppo tipico. In seguito, ai fini di verificare una eventuale differenza nelle categorie Look, Ritmo e Movimento nella bambina Down, tra la prima e la seconda settimana, e per effettuare un confronto di queste categorie tra le due bambine, abbiamo effettuato il calcolo del *chi quadro*. Le occorrenze relative ad ogni categoria sono state immesse in tabelle di contingenza, in cui sono state riportate la frequenza e la frequenza percentuale di accadimento dei comportamenti sopra indicati, nella prima e nella seconda settimana, della bambina Down, e tabelle relative al confronto con la bambina con sviluppo tipico.

Per quanto riguarda la categoria Look, è possibile notare un aumento della frequenza degli sguardi della bambina Down rivolti all'istruttore, tra la prima e la seconda settimana; infatti, si passa da una frequenza del 61.67% ad una del 75.83%, e una contemporanea riduzione degli sguardi rivolti all'ambiente circostante, passando da una percentuale del 35.5% al 20.83%.

Il calcolo del *chi quadro* per la categoria Look nella bambina Down, tra la prima e la seconda settimana, effettuato sui dati della *tabella 1* è significativo:

$$\chi^2_{(2)} = 9.822;$$

la successiva analisi conferma un significativo aumento dell'attenzione rivolta verso l'istruttore contestualmente alla significativa riduzione degli sguardi attorno a sé; non risulta, invece significativa la differenza nelle occorrenze per la categoria "guarda sé" (*tab.1*).

Look/Bambina Down	Istruttore		Ambiente		Sé	
	F	f %	F	f %	F	f %
Prima settimana	74	61.67	39	32.5	7	5.83
Seconda settimana	91	75.83	25	20.83	4	3.34

Tabella 1. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Look, per la bambina Down nella prima e seconda settimana.

Anche per ciò che riguarda la categoria Ritmo, le osservazioni e i relativi calcoli delle frequenze percentuali rivelano un miglioramento della bambina Down tra la prima e la seconda settimana in merito alla sua capacità di agire “a tempo” nell’esecuzione, si passa infatti dal 25% al 47.5%.

Il calcolo del *chi quadro* per la categoria Ritmo, tra la prima e la seconda settimana, relativo ai dati della *tabella 2*, è il seguente:

$$\chi^2_{(2)}=17.304;$$

anche il *chi quadro* per la categoria Ritmo risulta significativo e ci indica che c’è un aumento dell’andare a tempo della bambina Down ed una riduzione del suo essere in anticipo e del suo essere in ritardo.

Ritmo/Bambina Down	A tempo		In anticipo		In ritardo	
	F	f %	F	f %		f %
Prima settimana	30	25	9	7.5	81	67.5
Seconda settimana	57	47.5	1	0.83	62	51.67

Tabella 2. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Ritmo, per la bambina Down nella prima e seconda settimana.

Infine, quanto alla categoria Movimento, ossia quella relativa alla capacità di coordinazione nell’esecuzione di movimenti semplici e complessi, non si registrano significativi miglioramenti e l’incremento delle percentuali di accadimento è minimo; infatti, il *chi quadro* calcolato unicamente per le categorie relative ai movimenti semplici, relativo ai dati della *tabella 3*, non risulta significativo ed è il seguente:

$$\chi^2_{(1)}=.833;$$

Movimento/Bambina Down	Esegue movimenti semplici		Non esegue movimenti semplici		Esegue movimenti complessi		Non esegue movimenti complessi	
	F	f %	F	f %	f	f %	F	f %
Prima settimana	65	54.17	55	45.83	0	0	0	0
Seconda settimana	72	60	48	40	0	0	0	0

Tabella 3. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Movimento, per la bambina Down nella prima e seconda settimana.

L'osservazione si è poi focalizzata sul confronto delle categorie, Look e Ritmo, tra le due bambine, nella prima e nella seconda settimana. Per entrambe le categorie è evidente una maggiore capacità della bambina con sviluppo tipico, sia nel prestare attenzione alle istruzioni date dall'istruttore, sia alla capacità di agire a tempo nell'esecuzione dei movimenti, lo stesso in misura maggiore nella seconda settimana.

Nella *tabella 4* e nella *tabella 5* sono riportate le frequenze/frequenze percentuali della categoria Look osservate nella prima e nella seconda settimana. Per la bambina con sviluppo tipico si registra una riduzione degli sguardi rivolti all'ambiente e di conseguenza un aumento della sua attenzione rivolta all'istruttore e a sé. Nella prima settimana la bambina guarda l'istruttore il 70% delle volte rispetto all'88.4% della seconda settimana. Anche per la bambina Down si registra un aumento della sua attenzione rivolta all'istruttore, infatti si passa da una frequenza del 61.67% nella prima settimana a una del 75.83% nella seconda settimana e una riduzione della frequenza con cui guarda l'ambiente e se stessa.

Per il confronto della categoria Look, tra la bambina Down e la bambina con sviluppo tipico, nella prima settimana, abbiamo effettuato il *chi quadro* in base ai dati relativi alla *tabella 4* :

$$\chi^2_{(2)}=9.746;$$

il *chi quadro* risulta significativo e conferma che la bambina Down guarda di meno l'istruttore e più se stessa rispetto alla bambina con sviluppo tipico.

Confronto Down vs NT prima settimana.

Look/Prima settimana	Istruttore		Ambiente		Sé	
	F	f %	F	f %	F	f %
Bambina Down	74	61.67	39	32.5	7	5.83
Bambina normodotata	84	70	36	30	0	0

Tabella 4. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Look, Down vs NT prima settimana.

Per la categoria Look relativa alla seconda settimana abbiamo effettuato i calcoli sui dati relativi alla *tabella 5* ed il *chi quadro* è risultato significativo:

$$\chi^2_{(2)}=6.376;$$

questo ci dice che la bambina Down guarda meno l'istruttore e più l'ambiente rispetto alla bambina con sviluppo tipico.

Confronto Down vs NT secondo settimana.

Look/Seconda settiman.	Istruttore		Ambiente		Sé	
	F	f %	F	f %	F	f %
Bambina Down	91	75.83	25	20.83	4	3.34
Bambina normodotata	106	88.4	12	10	2	1.6

Tabella 5. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Look, Down vs NT seconda settimana.

Per quanto riguarda i dati della categoria Ritmo delle due bambine, nella prima e nella seconda settimana, è possibile notare per la bambina Down un aumento della frequenza dei movimenti eseguiti a tempo, si passa infatti da una frequenza del 25% a una del 47.5%, e una conseguente riduzione dei movimenti svolti in anticipo e in ritardo. Per la bambina con sviluppo tipico le variazioni sono minime.

Per la categoria Ritmo, nel confronto tra le due bambine, nella prima settimana, il *chi quadro* calcolato sui dati relativi alla *tabella 6* è significativo:

$$\chi^2_{(2)}=125.99;$$

questo dato ci dice che la bambina Down è meno a tempo rispetto alla bambina con sviluppo tipico ma quest'ultima è più in ritardo e più in anticipo rispetto alla Down.

Ritmo/Prima settiman.	A tempo		In anticipo		In ritardo	
	F	f %	F	f %		f %
Bambina Down	30	25	9	7.5	81	67.5
Bambina normodotata	115	95.83	0	0	5	4.17

Tabella 6. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Ritmo, Down vs NT prima settimana.

Infine, anche il calcolo del *chi quadro* per la categoria Ritmo, relativo alla seconda settimana, ed effettuato sui dati della *tabella 7*, è risultato significativo in quanto ci dice che la bambina Down è meno a tempo ma più in ritardo rispetto alla bambina con sviluppo tipico:

$$\chi^2_{(2)}=53.845;$$

Ritmo/Seconda settiman.	A tempo		In anticipo		In ritardo	
Frequenze	F	f %	F	f %		f %
Bambina Down	57	47.5	1	0.83	62	51.67
Bambina normodotata	109	90.84	1	0.83	10	8.33

Tabella 7. Frequenze e frequenze percentuali della categoria Ritmo, Down vs NT seconda settimana.

Nel presente lavoro le frequenze percentuali appena riportate, si possono intendere come indicazioni dell'aumento della capacità attentiva della bambina con Sindrome di Down, segnalato dalla maggiore frequenza di osservazioni della bambina rivolte all'istruttore nella seconda settimana (61.67% - 75.83%), e dall'aumento della coordinazione motoria, indicato dalla capacità della bambina di seguire il tempo, che sebbene in valori nettamente inferiori rispetto alla bambina con sviluppo tipico, registra un aumento della frequenza percentuale da 18,05% a 36,67%. Non si registrano sostanziali differenze per quel che concerne l'area del movimento (46.39% - 50.56%), indicando la probabile difficoltà della bambina Down ad apprendere esercizi motori nuovi.

Anche se questi dati non permettono di analizzare gli effetti a lungo termine della Danzaterapia, sembrerebbero dimostrare un suo effetto positivo nel trattamento delle difficoltà motorie, intese come mancanza di coordinazione, e dei problemi di attenzione presenti in un soggetto con Sindrome di Down.

4.6 Effetti dell' attività fisica su pazienti con Morbo di Alzheimer

4.6.1 Introduzione

Il Morbo di Alzheimer (AD) viene catalogato tra le demenze, essendo un deterioramento cognitivo cronico progressivo. Tra tutte le demenze quella di Alzheimer è la più comune, rappresentando, a seconda della casistica, l'80-85% di tutti i casi di demenza.

Il Morbo di Alzheimer è una malattia degenerativa che pregiudica progressivamente le cellule cerebrali. La malattia è dovuta a una diffusa distruzione di neuroni colinergici ed è caratterizzata dalla formazione di placche anomale (placche di beta amiloide) e di grovigli neuro fibrillari a livello del lobo temporale del cervello. La conseguenza di queste modificazioni cerebrali è l'impossibilità per il neurone di trasmettere gli impulsi nervosi, e quindi la morte dello stesso, con conseguente atrofia progressiva del cervello nel suo complesso e deficit cognitivo.

La malattia viene spesso anticipata dal cosiddetto *mild cognitive impairment* (MCI), un leggero calo di prestazioni in diverse funzioni cognitive in particolare legate alla memoria, all'orientamento o alle capacità verbali. Tale calo cognitivo, che è comunque

frequente nella popolazione anziana, non è necessariamente indicativo di malattia; tuttavia può in alcuni casi essere seguito dall'avvio delle fasi iniziali dell'Alzheimer.

Il deficit di memoria è prima circoscritto a sporadici episodi nella vita quotidiana, ovvero disturbi di quella che viene chiamata *on-going memory* (ricordarsi cosa si è mangiato a pranzo, cosa si è fatto durante il giorno) e della *memoria prospettica* (che riguarda l'organizzazione del futuro prossimo, come ricordarsi di andare a un appuntamento); poi man mano che il deficit aumenta, la perdita della memoria arriva a colpire anche la *memoria episodica retrograda* (riguardante fatti della propria vita o eventi pubblici del passato) e la *memoria semantica* (le conoscenze acquisite), mentre la *memoria procedurale* (che riguarda l'esecuzione automatica di azioni) viene relativamente risparmiata fino alle fasi intermedio-avanzate della malattia.

A partire dalle fasi *lievi* e *intermedie* possono poi manifestarsi crescenti difficoltà di produzione del linguaggio, con incapacità nella definizione di nomi di persone od oggetti, seguiti poi nelle fasi più avanzate da disorganizzazione nella produzione di frasi ed uso scorretto del linguaggio (confusione sui significati delle parole, etc.). Sempre nelle fasi lievi-intermedie, la pianificazione e gestione di compiti complessi (gestione di documenti, attività lavorative di concetto, gestione del denaro, guida dell'automobile, cucinare, etc.) iniziano a diventare progressivamente più impegnative e difficili.

Nelle fasi *intermedie* ed *avanzate*, inoltre, possono manifestarsi problematiche comportamentali (vagabondaggio, coazione a ripetere movimenti o azioni, reazioni comportamentali incoerenti) o psichiatriche (confusione, ansia, depressione, ed occasionalmente deliri e allucinazioni). Il disorientamento nello spazio, nel tempo o nella persona (ovvero la mancata o confusa consapevolezza di dove si è situati nel tempo, nei luoghi e/o nelle identità personali, proprie o di altri) è sintomo frequente a partire dalle fasi intermedie-avanzate. In tali fasi si aggiungono difficoltà progressive anche nella cura della persona (lavarsi, vestirsi, assumere farmaci, etc.). Ai deficit cognitivi e comportamentali, nelle fasi più avanzate si aggiungono infine complicanze mediche internistiche, che portano a una compromissione progressiva della salute. I pazienti, nelle fasi intermedie ed avanzate, necessitano di continua assistenza personale (solitamente erogata da familiari e badanti, i cosiddetti *caregivers*, che sono a loro volta sottoposti ai forti stress tipici di chi assiste i malati di Alzheimer).

Considerando la gravità e l'alta prevalenza del Morbo di Alzheimer, e l'attuale assenza di trattamento, è necessario sviluppare strategie per contrastare la degenerazione cognitiva e funzionale in questi pazienti.

Il presente studio mira ad analizzare l'effetto di un regolare e monitorato programma di attività fisica sulle funzioni cognitive, sull'equilibrio e sul rischio di cadute in pazienti con Morbo di Alzheimer.

In pazienti anziani con AD, in seguito al danneggiamento del lobo frontale (che causa un declino nelle funzioni esecutive e nel controllo dell'attenzione), le cadute sono tre volte più frequenti rispetto a persone anziane sane.

Inoltre lo studio può contribuire alla discussione relativa all'efficacia di procedure non-farmacologiche per il trattamento di pazienti con Morbo di Alzheimer (Salma et al., 2010).

4.6.2 Metodi, analisi dati e risultati

Nel presente studio (Salma et al., 2010) sono stati osservati 16 pazienti anziani con AD. Il campione è stato diviso in 2 gruppi: il gruppo d'intervento (IG, n=9), sottoposto per 6 mesi ad un regolare programma di esercizi, ed il gruppo di routine (RG, n=7), entrambi valutati prima e dopo lo studio. I gruppi non presentano significative differenze per quanto riguarda età, grado di scolarizzazione ed esordio della malattia. Inoltre, i due gruppi hanno continuato ad usufruire di terapia farmacologica e supporto medico di routine.

Come strumenti di valutazione sono stati utilizzati i seguenti test:

- Berg Balance Scale (BBS), una scala costituita da 14 voci che misura la capacità di mantenere l'equilibrio in relazione a diverse posizioni, cambiamenti posturali e movimenti. La scala comprende valori da 0 a 56 e, più basso è il punteggio, più grande è il rischio di cadute.
- Timed Up and Go test (TUG), misurato in secondi o numero di passi, è un importante strumento per valutare l'equilibrio e registra il tempo impiegato (o il numero di passi) per raggiungere, da una sedia, una distanza di 3 metri e poi ritornare. Maggiore è il tempo e il numero di passi, maggiore sarà il rischio di cadute.
- Agility/Dynamic Balance Test (AGIBAL) esamina l'attività totale del corpo attraverso movimenti avanzati e cambi di direzione e posizione.

Per la valutazione cognitiva, è stato usato il Mini-Mental State Exam (MMSE), test per la valutazione dei disturbi dell'efficienza intellettiva e della presenza di deterioramento cognitivo. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0 ed un massimo di 30 punti. Un punteggio uguale o inferiore a 18 è indice di una grave compromissione delle abilità cognitive; un punteggio compreso tra 18 e 24 è indice di una compromissione da moderata a lieve, un punteggio pari a 25 è considerato borderline, da 26 a 30 è indice di normalità cognitiva.

Le indicazioni sono comunque orientative, essendo presenti dei fattori di taratura legati all'età ed alla scolarità del soggetto. La somministrazione e interpretazione dei risultati deve essere effettuata solo da un medico o psicologo abilitato.

Il test è costituito da trenta *item* (domande), che fanno riferimento a sette aree cognitive differenti:

- orientamento nel tempo
- orientamento nello spazio
- registrazione di parole
- attenzione e calcolo
- rievocazione
- linguaggio
- prassia costruttiva

Il protocollo d'intervento prevede un programma sistematico e supervisionato di attività fisica, calibrato secondo la capacità funzionale e cognitiva dei pazienti e mirato al mantenimento dell'indipendenza e alla riduzione del rischio di cadute. La frequenza

delle lezioni è di 3 volte a settimana, in giorni non consecutivi, per 6 mesi. Le sessioni sono svolte in gruppo, con l'aiuto di un insegnante. Gli esercizi, strutturati con l'obiettivo di promuovere la stimolazione motoria e cognitiva dei partecipanti, comprendono, oltre ad attività di stretching, circuiti e giochi, anche sequenze di danza.

I dati ottenuti dai test sono stati elaborati statisticamente e la conclusione è che l'attività fisica può essere un importante approccio non-farmacologico che può beneficiare le funzioni cognitive, l'equilibrio e ridurre il rischio di cadute in soggetti con AD. Infatti ci sono significative differenze tra i gruppi, al post-intervento, per TUG misurata in steps e per BBS. Inoltre, non ci sono significative differenze tra i gruppi, nel pre-intervento, per TUG, BBS e MMSE e, al post intervento, per TUG misurata in secondi e MMSE.

4.6.3 Discussione

L'interpretazione dei risultati mostra un'influenza positiva del programma di attività fisica nel mantenimento di funzioni cognitive, agilità ed equilibrio, e nella riduzione del rischio di cadute in pazienti anziani con AD. Riguardo ai pazienti anziani con AD che non hanno partecipato al programma di attività fisica, c'è stato un significativo declino di tutte le variabili.

La letteratura scientifica dà possibili spiegazioni per il mantenimento delle funzioni cognitive trovate nel gruppo d'intervento, come:

- Stimolazione di meccanismi biologici, inclusi variazioni nel metabolismo encefalico e aumento nei fattori neurotrofici.
- Benefici psicologici che riducono i sintomi di ansietà e depressione.
- Ipotesi di relazioni sociali che agiscono assieme con variazioni neurofisiologiche, aumentando il miglioramento di sintomi e segni fisici, cognitivi e comportamentali in pazienti anziani con demenza.

4.7 Danza come terapia per gli individui con Morbo di Parkinson

4.7.1 Introduzione

Il Morbo di Parkinson (PD) è un disturbo del sistema nervoso centrale caratterizzato principalmente dalla degenerazione di neuroni dopaminergici situati in una zona profonda del cervello denominata sostanza nera, deputati all'attivazione di un circuito che controlla il movimento. Con la riduzione di almeno il 50% dei neuroni dopaminergici viene a mancare un'adeguata stimolazione dei recettori situati in una zona del cervello chiamata striato. I neuroni dopaminergici della sostanza nera, sofferenti, osservati al microscopio, mostrano al loro interno corpuscoli sferici denominati corpi di Lewy composti prevalentemente da alfasinucleina, che sono considerati una caratteristica specifica della malattia di Parkinson.

La malattia di Parkinson si riscontra più o meno nella stessa percentuale nei due sessi ed è presente in tutto il mondo. I sintomi possono comparire a qualsiasi età anche se un esordio prima dei 40 anni è insolito e prima dei 20 è estremamente raro. Nella

maggioranza dei casi i primi sintomi si notano intorno ai 60 anni. Il motivo per cui questi neuroni rimpiccioliscono e poi muoiono non è ancora conosciuto, ed è tuttora argomento di ricerca.

La malattia di Parkinson è caratterizzata da tre sintomi classici: tremore, rigidità e lentezza dei movimenti (bradicinesia) ai quali si associano disturbi di equilibrio, atteggiamento curvo, impaccio all'andatura, e molti altri sintomi definiti secondari perché sono meno specifici e non sono determinanti per porre una diagnosi. All'inizio i pazienti riferiscono una sensazione di debolezza, di impaccio nell'esecuzione di movimenti consueti, che riescono a compiere stancandosi però più facilmente. Ci si accorge poi di una maggior difficoltà a cominciare e a portare a termine i movimenti alla stessa velocità di prima come se il braccio interessato, o la gamba, fossero "legati", rigidi. La sensazione di essere più lenti e impacciati nei movimenti è forse la caratteristica per cui più frequentemente viene richiesto il consulto medico insieme all'altro sintomo principale, tipicamente associato a questa malattia e anche il più evidente: il tremore. Esso è spesso fra i primi sintomi riferiti della malattia; di solito è visibile alle mani, per lo più esordisce da un solo lato e può interessare l'una o l'altra mano. Il tremore tipico si definisce di riposo e si manifesta, ad esempio, quando la mano è abbandonata in grembo oppure è lasciata pendere lungo il corpo. Non è però un sintomo indispensabile per la diagnosi di Parkinson, infatti non tutti i malati di Parkinson sperimentano tremore nella loro storia e, d'altra parte non tutti i tremori identificano una malattia di Parkinson. Altri disturbi per i quali frequentemente un malato di Parkinson si rivolge inizialmente al medico possono essere alterazioni della grafia, che diventa diversa da quella consueta e mano a mano che si procede nello scrivere diventa sempre più piccola, oppure alterazioni della voce che a un ascoltatore abituale, quale è un parente, appare cambiata e viene descritta come flebile e monotona; inoltre lo stesso parente si può accorgere di una variazione dell'espressione del volto: la cosiddetta "facies figee" cioè un viso più fisso e meno espressivo. Tutti questi sintomi, ma in particolare il tremore, possono essere resi evidenti o temporaneamente aggravati da eventi stressanti.

Gli attuali approcci terapeutici per il trattamento del Morbo di Parkinson includono farmaci e stimolazione cerebrale profonda ma non risolvono i problemi di andamento ed equilibrio caratteristici della malattia; le persone con PD hanno infatti una probabilità tre volte maggiore di cadute e di fratture all'anca rispetto ad individui anziani sani (Melton et al., 2006). Le cadute, oltre a rappresentare un elevato costo per il sistema sanitario nazionale (Bacon, 1996), sono fonte di isolamento, osteoporosi, debolezza muscolare e perdita della stima di sé, con conseguente diminuzione della qualità della vita del paziente.

Sono quindi necessari altri approcci terapeutici per la cura del Morbo di Parkinson (Gage and Storey, 2004), come il ricorso a programmi di esercizio fisico. Numerose sono infatti le evidenze che suggeriscono che gli individui che svolgono abitualmente attività fisica hanno un più basso rischio di sviluppare PD (Thacker et al., 2008).

Dati i potenziali benefici dell'esercizio per soggetti con PD, sono state raccomandate delle linee guida relative al programma di esercizi più adeguato per questi soggetti. Keus et al. (2007) evidenziano 4 aree-chiave: 1) strategie per migliorare l'andamento, 2) strategie cognitive per migliorare gli spostamenti, 3) esercizi per migliorare l'equilibrio, 4) esercizi per migliorare la capacità fisica. Inoltre, un programma di esercizi che

incorpora gli elementi chiave in una forma che risulti anche piacevole e accattivante, potenzialmente promuove la motivazione a partecipare regolarmente alle attività. Considerate queste specificazioni, la danza può essere considerata un approccio terapeutico altamente adeguato per gli individui con PD.

4.7.2 Metodi, analisi dati e risultati

Attualmente non ci sono molti studi che esaminano i benefici della danza per gli individui con PD. Uno dei primi studi ha messo a confronto la danza-movimento terapia, condotta per un periodo di 6 settimane, ad un tradizionale programma di esercizi (Westbrook and McKibben, 1989). Gli autori hanno osservato miglioramenti del movimento nei soggetti che hanno partecipato alle lezioni di danza rispetto a coloro che hanno eseguito esclusivamente esercizi. Uno studio successivo ha esaminato i benefici della danzaterapia per individui con deficit neurologici (in modo specifico danni traumatici al cervello) descrivendo miglioramenti nell'equilibrio, nell'andamento e nelle performance cognitive con un intervento di 2 volte a settimana per 5 mesi (Berrol et al., 1997). Mentre questi studi sono tutti focalizzati sulla danzamentoterapia condotta attraverso movimenti liberi e spesso individuali, un'altra linea di ricerca ha esaminato i benefici della danza con partner, con particolare enfasi verso il tango argentino. McKinley e colleghi (2008) sono stati i primi a riportare i benefici del tango argentino per individui anziani deboli di salute non affetti da PD. In confronto con un gruppo che, come esercizio, camminava, coloro che ballavano tango hanno mostrato maggiori miglioramenti in equilibrio e velocità di cammino.

Il presente studio (Gammon, 2009) riprende questa linea di ricerca, esaminando gli effetti del tango sulla mobilità funzionale in individui affetti da Morbo di Parkinson. Con un programma di tango di 2 volte a settimane per 10 settimane, i soggetti con PD hanno dimostrato significativi miglioramenti nell'equilibrio, come evidenziato da un aumento di 4 punti nella scala di Berg. Al contrario, il gruppo che ha svolto i tradizionali esercizi, in questo studio non ha mostrato significativi miglioramenti nell'equilibrio. Il gruppo di tango ha avuto anche un miglioramento di 1 secondo sul test TUG, mentre nessun miglioramento è stato notato nel gruppo tradizionale. La variazione di 1 secondo, è stata stimata sostanziale e clinicamente significativa (Perera et al., 2006). Inoltre, è emersa un'apparente differenza d'interesse a partecipare in maniera continuativa alle lezioni, tra il gruppo di tango e il gruppo tradizionale, al termine dello studio (metà classe di tango contro nessuno dell'altro gruppo).

Dunque, i benefici della danza per i soggetti con PD sembrano essere clinicamente rilevanti. Date le evidenze molto limitate tuttavia, studi aggiuntivi sono necessari per determinare come i soggetti affetti da Morbo di Parkinson, in confronto a soggetti anziani sani, in termini di benefici, possono essere avvantaggiati dalla danza.

4.7.3 Perché la danza? Potenziali meccanismi di azione

Non ci sono studi in grado di fornire prove sui meccanismi neuronali attraverso i quali la danza può esercitare i suoi benefici in individui affetti da PD; si possono solo

ipotizzare i meccanismi fisiologici e neurologici che sono alla base. Una possibilità è che la pratica della danza può facilitare l'attivazione di aree normalmente latenti nei soggetti con PD. Per esempio, Brown et al. (2006), hanno dimostrato che i movimenti ritmati e predicati del tango sono associati ad un aumento dell'attivazione del putamen; mentre Sacco et al. (2006) hanno evidenziato che il tango porta ad una stimolazione della corteccia corticale, in particolar modo delle aree premotorie e motorie supplementari.

La danza include inoltre la pratica di molti movimenti funzionali con cui i soggetti con PD devono quotidianamente lottare, come camminare indietro e girarsi. E per sua natura, è un'attività che richiede l'esecuzione contemporanea di più funzioni e movimenti, capacità che nei soggetti con PD risulta compromessa.

Un altro importante aspetto della danza è la sua insita natura sociale. La danza può migliorare le relazioni interpersonali, la motivazione dei soggetti alla partecipazione attiva e contribuire così a migliorare la qualità della vita (QoL).

4.8 Conclusioni

La danza è uno strumento espressivo usato intenzionalmente per comunicare con gli altri, per esternare il mondo interno. La danza è un istinto insito nell'essere umano, "perché il corpo ha avuto sempre bisogno di comunicare attraverso il movimento" (Chiara Colombo, 2006). Perciò, la danza non deve essere privilegio di quelli che si definiscono dotati, ma deve essere impartita nell'educazione comune, come una materia di valore estetico, di valore formativo, fisico e spirituale. La danza, istinto innato che ci appartiene dalle origini, è capace di attingere alle risorse integre dell'essere umano, per quanto questi possa trovarsi in situazioni di estremo degrado fisico, psichico o sociale.

La Danzaterapia permette di incontrare quella parte sana che c'è dentro qualsiasi essere, anche nei casi limite.

CAPITOLO 5 DISCUSSIONE

In questo progetto abbiamo voluto sottolineare l'importanza dell'arte terapia come terapia non convenzionale, utilizzata come supporto al trattamento per alcune condizioni patologiche, spesso croniche. La terapia farmacologica ha il limite di curare il corpo ma non la mente, la sua azione mira a rallentare il decorso della patologia ma non restituisce il benessere psicologico al paziente. L'oggetto dell'intervento con l'arteterapia non è pertanto la malattia in sé, piuttosto ciò che dalla malattia deriva in perdita di funzioni (fisiche, psichiche, sociali) e la conseguente emarginazione a cui la persona è condannata. I percorsi di arteterapia non curano la patologia, non la valutano. L'individuo si sente trattato come una persona e non come un malato che deve seguire trattamenti riabilitativi, spesso molto frustranti. Per chi è alla ricerca di un'identità perduta questo è senza dubbio utile e motivante. Curare significa ripristinare una condizione di armonia psico-fisica, se questa c'era, o costruirne una nuova, se non c'era. L'arteterapia è dunque un intervento di aiuto e di sostegno a mediazione non-verbale e si fonda sul presupposto che il processo creativo messo in atto nel fare-arte produce benessere, salute e migliora la qualità della vita. Attraverso l'espressione artistica è possibile ricercare se stessi, per poter ritrovare una profonda serenità interiore, sempre più difficile da raggiungere nella nostra attuale e frenetica società. Con l'arteterapia si ha la possibilità di attivare risorse che tutti possediamo; ciascuno è in grado di elaborare il proprio vissuto, dandogli una forma, e di trasmetterlo creativamente agli altri. Si tratta di un processo educativo, laddove "educare" sta per "educere", ossia "portare fuori", far emergere la consapevolezza ed una maggior conoscenza di sé mediante la pratica espressiva, l'osservazione ed il confronto (dagli Atti del Convegno Nazionale sulle Arti Terapie nella scuola - Carpi, 7 e 8 Settembre 2001 - Usa l'Arte per non essere in disparte. Arte Terapia e buona relazione educativa).

L'arte come terapia viene concepita come mezzo di sostegno dell' Io ed espressione del sé, in grado di favorire lo sviluppo di un senso di identità e promuovere una generale maturazione ed integrazione del soggetto con l'ambiente esterno. Ogni percorso viene condotto individualmente, l'approccio dipende dalla persona che l'arteterapeuta si trova davanti. Per fare un paragone: l'operatore è come un sarto che cuce il vestito addosso al suo cliente. Questo è un principio fondamentale in quanto non esistono in arte terapia percorsi decisi aprioristicamente. Non sono necessarie precedenti esperienze o competenze di tipo artistico; non è questo il contesto in cui emergono giudizi di tipo estetico, poiché ogni espressione dell'anima e della propria umanità, fosse anche solo un semplice segno o un insieme caotico di linee e colori, è manifestazione autentica di un sentire profondo e come tale di valore inestimabile.

La persona per sua stessa natura è un "animale simbolico" cioè si avvale del simbolo per spiegare a se stesso la realtà. A questo scopo sono nati i Miti, le favole, le religioni. L'uomo ha necessità di senso. Per esempio è l'unico animale in natura che non si accontenta di lasciare

i morti alla decomposizione, ma si occupa di loro anche dopo il trapasso. L'essere umano è l'unico animale che ha la necessità di leggere nei pianeti l'ordine dell'Universo per inferire leggi utili alla sua vita. Ma questi sono solo esempi. L'arteterapia varca le soglie dell'ordine preconstituito dando spazio alla libertà: l'arteterapeuta non giudica, non valuta, ma valorizza e facilita i tentativi interni di "mettere ordine" che i pazienti sperimentano con le più varie tecniche artistiche in assoluta autonomia espressiva proprio attraverso il simbolo e la metafora. L'arteterapia offre quindi uno spazio silenzioso e discreto, non giudicante, in cui la persona ha la possibilità di ritrovare il filo che la patologia può aver spezzato; offre spunti per ricomporre metaforicamente i pezzi della vita e dell'esperienza di vita in un atto artistico cioè facendo e quindi manipolando e trasformando la realtà. Il valore dell'opera prodotta non sta nella qualità artistica, ma nel suo significato: creare con le proprie mani qualcosa che ha senso per la persona significa ritrovare il potere di agire e quindi di scegliere, e di conseguenza ritornare ad essere attori e non solo spettatori della propria vita. Significa ritrovare se stessi sperimentandosi attraverso il segno, il suono, il movimento, ecc. Se avviene questo passaggio la persona si motiva sempre più all'azione (interna ed esterna). L'arteterapeuta è un facilitatore. È un professionista che non dà soluzioni ma accompagna la persona a sperimentare vie d'uscita attraverso l'espressione in cui la ricerca della bellezza è il medium.

(Francesca Vannini)

L'attività creativa richiede un impegno intellettuale e cognitivo legato all'immaginazione e all'ideazione del 'prodotto artistico'. Così nell'atto di creazione di ciascun individuo l'arte nutre l'anima, coinvolge le emozioni e libera lo spirito, e questo può incoraggiare le persone a fare qualcosa semplicemente perché vogliono farlo. L'arte può motivare tantissimo, poiché ci si riappropria, materialmente e simbolicamente, del diritto naturale di produrre un'impronta che nessun altro potrebbe lasciare ed attraverso la quale esprimiamo la scintilla individuale della nostra umanità (da "Arteterapia in educazione e riabilitazione, Bernie Warren").

Educare con l'uso di tecniche artistiche alla creatività contribuisce a modificare o a contenere tratti di personalità (ossessività, conformismo, acquiescenza, negatività) che talora potrebbero evolversi in patologie conclamate. Si può affermare pertanto che il processo creativo, indipendentemente dal risultato, non è solamente terapeutico riguardo ai malati, ma è prevenzione nei confronti degli individui sani; prevenzione nei confronti di potenziali – tutti noi potremmo esserne vittime – nevrosi, psicosi, fobie, ossessioni.

Dalla letteratura sono molte le evidenze sperimentali a favore dell'utilizzo dell'arte come terapia di supporto per il trattamento di depressione, autismo, schizofrenia, demenze e altre malattie neurodegenerative, così come ansia, agitazione, insonnia. Tuttavia ad oggi sono pochi i dati e gli studi clinici condotti in Italia, contrariamente a quanto riscontrato nei paesi del nord Europa e America, laddove l'arteterapia è riconosciuta e praticata da decenni per il supporto psicologico dei pazienti. In Italia l'arteterapia è una pratica che non ha goduto di ampi consensi che le permettessero di sviluppare e condividere un impianto teorico tale da legittimarla scientificamente: non esistono infatti compiti, tecniche, obiettivi condivisi e comunemente accettati, nè una formazione o deontologia professionale che permetta di districarsi nel mare di arteterapeuti improvvisati. In questo senso, in Italia, l'arteterapia fatica non poco per non essere messa sulla stessa linea di molte terapie palliative e olistiche, che sopravvivono ai margini del mondo scientifico, viste di cattivo occhio da una larga fetta di medici e professionisti. Nonostante la panoramica precedentemente illustrata, l'efficacia dimostrata dalle evidenze sperimentali riportate in letteratura, ha lanciato le premesse per l'impiego dell'arteterapia in strutture private (tra cui ArTea) anche nel nostro paese. L'arteterapia viene utilizzata in vari contesti, dalla terapia alla riabilitazione fino all'educazione vera e propria. Le forme d'arte utilizzate sono svariate, dalle arti grafiche (disegno, pittura, scrittura) alla danza, musica, fino al teatro ed alla cinematografia. Sicuramente gli indirizzi che meglio hanno aderito in Italia sono la musicoterapia e la danzaterapia, discipline che hanno attecchito fino ad ottenere un pieno riconoscimento e una diffusione quasi ubiquitaria. Ad esempio, per quanto riguarda la musicoterapia, il 14 maggio 1998 è stata fondata la F.I.M. (Federazione Italiana Musicoterapeuti), una federazione di professionisti accreditata dal Ministero della Pubblica Istruzione e iscritta all'EMTC (European Music Therapy Confederation) ed alla WFMT (World Federation of Music Therapy). Per quanto riguarda la danzaterapia, nonostante questa si sia affermata in notevole ritardo rispetto al resto dell'Europa ed in particolare rispetto all'America, esistono adesso in Italia moltissime scuole di formazione per danzaterapeuti.

Nonostante esista qualche strumento di decodifica scientifica dell'arteterapia (ad esempio il modello Polisegnico© di A. De Gregorio), una difficoltà che si riscontra nel nostro Paese è quella di "quantificare" i benefici prodotti dall'arteterapia, considerando che **per la comunità scientifica un trattamento è valido se è "quantificabile" e "ripetibile"**. Inoltre mancano dei criteri di omogeneità per quanto riguarda il trattamento dei pazienti, trattandosi di sedute individuali e trattandosi di patologie con manifestazioni fenotipiche - patologiche variabili. Quindi è difficile fare una valutazione economico-finanziaria in termini di sostenibilità, considerando anche che nel nostro paese prevale un certo scetticismo riguardo l'efficacia del trattamento. Tuttavia, considerando i successi dell'arteterapia riportati dalla letteratura, è crescente l'aspettativa che il SSN si prenda carico dei costi legati al trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Walls S., Pattern of Attachment, Erlbaum, Hillsdale, 1978.
- Aissen-Crewett M., Esthetic training of the elderly--with special reference to the therapeutic effects of pictorial creative activities, *Z Geronto*, ;20(5):314-7, Sep-Oct 1987
- Aldridge D., et al., 1990, Where am I? Music therapy applied to coma patients, in *Journal of Social Research in Medicine*, vol. 83(6):345-6
- Alvin J., La terapia musicale per il ragazzo autistico, Armando Armando, Roma 1981.
- Alvin J., Terapia musicale, Armando Armando, Roma, 1986
- Ambrosio A., Art therapy for the elderly and the disabled, *Nurs Care*;8(8):16-8, Aug 1975
- Anzieu D., L'Io-Pelle, Borla, Roma, 1992.
- Arieti S. -Creatività La sintesi magica -ed. Il Pensiero Scientifico 1979
- Aubin H., Il disegno del bambino disadattato, 1985
- Bacon WE. Secular trends in hip fracture occurrence and survival rate: age and sex differences. *J Aging Health* 1996;8:538-53. [PubMed: 10182385]
- Barale F.; Ucelli S. (1997) Il corpo e la psichiatria, *La via del sale*, I,1, pp. 51-65.
- Beck S.L., 1991, The therapeutic use of music for cancer-related pain, in *Oncology Nursing Forum*, 18(8):1327-1337.
- Bellieni C.V., La risorsa Down. Uno sguardo positivo sulla disabilità, Società Editrice Fiorentina, Firenze, 2005
- Bello S. -Spontaneous Painting Method-ed. Art Therapy on the Net 1999
- Benenzon R. Il modello Benenzon nell'approccio al soggetto autistico, pp 29-36 in *Musica et Terapia n°2*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 2000
- Benenzon R., Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma 1988
- Benenzon R., Musicoterapia, Phoenix, Roma 1999
- Benson J.F., Gruppi, Sovena Multimedia edizioni, Roma, 2004.
- Berrol CF, Ooi WL, Katz SS. Dance/movement therapy with older adults who have sustained neurological insult: a demonstration project. *Amer J Dance Ther* 1997;19(2):135-60.
- Bertolotti P. -Mito e Simbolo- ed. Dedalo 1986
- Bettelheim B. -Il mondo incantato- ed. Feltrinelli 1977
- Bianca Tosatti (2000) *Arte e psichiatria. Uno sguardo sottile*, (in collaborazione con Giorgio Bedoni), Mazzotta, Milano.
- Bianca Tosatti (2007) *Les Fascicules de l'Art brut'*, un saggio sull'artista Antonio dalla Valle.

- Bion Wilfred (1962) Una teoria del pensiero, in: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico, Armando, Roma 1970.
- Bion Wilfred (1966) Il cambiamento catastrofico, Loescher, Torino 1981.
- Bollas C. (1987) L'ombra dell'oggetto, Edizioni Borla, Roma 1989.
- Bonasia E. (1997) Il sillogismo malato: la paura di morire e il sacrificio della verità, letto all' International Centennial Conference on Wilfred Bion, Torino 16-19 luglio 1997.
- Brown S, Martinez MJ, Parsons LM. The neural basis of human dance. *Cerebral Cortex* 2006;16:1157–67. [PubMed: 16221923]
- Bruner, J. (1995). From joint attention to meeting of minds: An introduction. In C. Moore, & P. Dunham (Eds.), *Joint attention: Its origins and role in development* (pp. 1–14). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Buck C., *Test della casa*, 1948
- Callanan B.O., *Art therapy with the frail elderly*, *J Long Term Home Health Care*, 13(2):20-3, Spring 1994
- Chiappini R., Munch, Rizzoli/Skira, Milano 2005.
- Chiara Colombo, *Radici e forme della Danzaterapia*, Saggi, Milano 2006.
- Chodorow J., *Danzaterapia e Psicologia del Profondo*, Red, Milano, 2004
- Cicchetti D., Beeghly M. (1990), *Children with Down Syndrome: a developmental spective*, in Ferri R., *Il bambino con sindrome Down, Il pensiero scientifico*, 1990.
- Cocchi R. (1987), *Presenza di scavengers e incidenza di paralisi cerebrali infantili da prematurità e basso peso alla nascita in 381 soggetti Down allevati in famiglia*. *Giorn. Neuropsich. Eta` Evol.* 1987, 7: 317-323.
- Cocchi R. (1990), *The use of drugs to modulate stress responses reduces the time of intensive care needed by Down children to recover after open-heart surgery*. *Ital. J. Intellect. Impair.* 9 1990, 3: 11-16.
- Combarieu J., *La Musica e la magia*", 1982
- Crotti E. e Magni A., *Non sono scarabocchi. Come interpretare i disegni dei bambini*, Oscar Guide Mondadori, Trento 2004.
- D'Ulisse M.E – Polcaro F., *Musicoterapia e autismo*, Phoenix, Roma 2000
- De Silvestris P. (1994) *Transfert come vita e destino*, in: Algini M.L.; De Silvestris P.; Farina C.; Lugones S., *Il transfert nella psicoanalisi dei bambini*, Borla, Roma.
- Denner A. e Malavasi L., *Arteterapia: Metodologia e Ricerca. Atelier terapeutici di espressione plastica*, Edizioni Del Cerro, Pisa 2002.
- Di Chiara G. e coll. (1985) *Preconcezione edipica e funzione psicoanalitica della mente*, in: *Riv. Psicoan.*, XXXI, 3.
- Ezzu A., Messaglia R., *Introduzione alla musicoterapia, Musica pratica*, Torino 2006
- Ferrari S. (1994) *Scrittura come riparazione*, Laterza, Bari.
- Ferraris A.O., *Il significato del disegno infantile*, 1973
- Ferri R. , *Il Bambino con sindrome Down, Il pensiero scientifico*, Roma, 1993.
- Ferri R., *Il bambino con sindrome Down, Il pensiero scientifico*, 1990.
- Ferri R., Romano F., Miccinesi C., *Aspetti generali dello sviluppo nei primi anni*, in
- Fornari F., *Psicoanalisi della musica*, Longanesi & C., Milano, 1984.
- Freud (1912), *Tecnica della psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1976.
- Freud S. -*Saggi sull'arte la letteratura e il linguaggio*- ed. Boringhieri 1969

- Freud S., Formulation regarding the two principles in mental functioning, tra. Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico, OSF, vol.6, Boringhieri, Torino 1911.
- Freud Sigmund (1907) Il poeta e la fantasia, OSF, vol. 5.
- Freud Sigmund (1919) Il perturbante, OSF, vol. 9.
- Fux M., Formazione alla Danzaterapia, Odós, Milano, 1991.
- Fux M., Frammenti di vita nella Danzaterapia, Pixel Edizioni, Milano, 1996.
- Gage H, Storey L. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. Clin Rehabil 2004;18:463–82. [PubMed: 15293481]
- Galimberti U., Il corpo, Feltrinelli, Milano, 1983.
- Gammon M. Earhart, Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. Eur J Phys Rehabil Med. 2009 June; 45(2):231-238.
- Garufi B. e Adorisio A., Presentazione, in Chodorow J., Danzaterapia e psicologia del profondo, Red, Milano, 2004
- Gettings F., You are an artist: A practical approach to art, Hamlin, New York 1966.
- Gfeller K., 2003, Therapeutic power of music, in Currents, vol. 4(3).
- Giacobbe G.C., La psicologia dello Yoga, Editore ECIG, Genova 1994.
- Giusti E. , Piombo I., Arteterapie e Counseling espressivo. Ed. Aspic, 2003
- Grinberg L. (1971) Colpa e depressione, Il Formichiere, Milano 1978.
- Hannemann B.T., Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively?, Gerontology;52(1):59-65, 2006
- Happe. FGE., An advance tests of theory of mind: understanding of story characters thoughts And feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults, pp. 61-70 Journal Of Autism and Development Disabilities, 1994
- Heal and Husband (1998) The psychological consequences of learning a diagnosis of dementia.
- Improta A., Arteterapia – L'arte che cura, www.slowmind.net
- Jaques E. (1965) Morte e crisi di mezza età, in: Lavoro, creatività e giustizia sociale, Boringhieri, Torino 1978.
- Jessica Kingsley, Music Therapy in Dementia Care, Edited by David Aldridge
- Jung (1955), Mysterium Coniunctionis, Trad. it. in Opere, Boringhieri, Torino, 1990, Vol. XIV, t. 2 pag. 22.
- Jung G.C., The spirit in man, art, and literature, Princeton University Press, Princeton, Usa 1966.
- Källén Bengt, Aspetti epidemiologici della sindrome di Down, in Rosa Ferri-Amedeo Spagnolo, La sindrome di Down, Il pensiero scientifico, 1989.
- Kaplan RS, Steele AL (2005) An analysis of music therapy program goals and outcomes for clients with diagnoses on the autism spectrum.
- Keus SH, Bleom BR, Hendriks EJ, Bredero-Cohen AV, Munneke M, Practice Recommendations Development Group. Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. Mov Disord 2007;22(4):451–60. [PubMed: 17133526]
- Klein M., La psicoanalisi dei bambini, Martinelli, Firenze, 1969
- Knott, R., Patterson, K. & Hodges, J.R. (1997) Lexical and semantic binding effects in short-term memory: Evidence from semantic dementia., Cognitive Neuropsychology, 14, 1165-1216
- Kramer E., Arte come terapia nell'infanzia, La Nuova Italia, Firenze 1977.

- Kramer E., *Arte come terapia nell'infanzia*. Ed. La Nuova Italia, 1977
- Kwekkeboom K., 2003, *Music versus distraction for procedural pain and anxiety in patients with cancer*, in *Oncology Nursing Forum*, 30(3):433-440
- Lambert J.L., Rondal J.A. (1979), *Le mongolisme*, in Ferri R., *Il bambino con sindrome Down*, Il pensiero scientifico, 1990.
- Lanzi G., Zambrino C., *Conoscenze attuali in tema di eziopatogenesi dell'autismo*, pp.2-14
- Lapiere A., Aucouturier B., *La simbologia del movimento*, Edipsicologiche, Cremona, 1984.
- Le Bohec P. e Le Guillou M., *I Disegni di Patrick- Effetti terapeutici della libera espressione*, Quaderni di Cooperazione Educativa, La Nuova Italia, Firenze 1997.
- Levi G. et al. (1987), *Dissociazioni cognitive linguistiche nei bambini con ritardo mentale*, in Ferri R., *Il bambino con sindrome Down*, Il pensiero scientifico, 1990.
- Lorenzetti M., Magnani A. (a cura di), *Vivere i suoni*, Atti del seminario teorico pratico, sull'esperienza sonora dell'uomo in: educazione, rieducazione, socializzazione, provincia di milano assessorato ai Servizi Sociali e Cultura, Milano, 1988.
- Lucioni R., *Arte-Terapia-Psicodinamica*, in www.slowmind.net
- Machover K., *Il disegno della figura umana*, 1985
- Magherini G. (1997) *Viaggio e dimensione estetica della conoscenza*, letto all'International Centennial Conference on W.R. Bion, Torino 16-19 luglio 1997.
- Magherini Graziella (1992) , *La sindrome di Stendhal*, Feltrinelli, Milano.
- Mahler M., *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Manzelli P., *Cervello e Pensiero Creativo*, in www.neuroscienze.net
- Mastroiacovo, *Epidemiologia della sindrome di Down in Italia*, in Rosa Ferri-Amedeo Spagnolo, *La sindrome di Down*, Il pensiero scientifico, 1989.
- Mastroiacovo, *Epidemiologia della sindrome di Down in Italia*, in Rosa Ferri-Amedeo Spagnolo, *La sindrome di Down*, Il pensiero scientifico, 1989.
- McKinley P, Jacobson A, Bednarczyk V, Leroux A, Rossignol M, Fung J. *Effect of a community based Argentine tango dance program on functional balance and confidence in older adults*. *J Aging Physical Act* 2008;16(4):435-53.
- Melton LJ III, Leibson CL, Achenbach SJ, Bower JH, Maraganore DM, Ober AL, Rocca WA. *Fracture risk after the diagnosis of Parkinson's disease: influence of concomitant dementia*. *Mov Disord* 2006;21(9):1361-7. [PubMed: 16703587]
- Meltzer D. (1975), *Esplorazioni sull'autismo*, Boringheri, Tornino, 1977
- Meltzer Donald (1988) *Amore e timore della bellezza*, Borla, Roma 1989.
- Molteni R., *L'Arteterapia*, Edizioni Xenia, Milano 2007.
- Moore, M.K., and Meltzoff, A.N. *Object permanence, imitation and language development in infancy*. Baltimore, Md, University Parlik Press, 1978
- Moreno J.L., *L'io ausiliario*, 1985
- Moreno, J. L., *Psychodrama vol.1, trad.it. Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*, Astrolabio, Roma 1985.
- Muret M., *Arte-terapia*, Edizioni Red, Milano 2005.
- Muret M., *Arte-terapia*, Edizioni Red, Milano 2005.
- Naumburg M, *Dynamically oriented art therapy: its principles and practices*, Grune & Stratton, New York, 1966
- Nichiren Daishonin, *Lettere*, 1972
- Nordoff P., *Musicoterapia per bamibini handicappati*, Franco angeli, Milano 1988

- Orff G, Musicoterapia-Orff, Un'attiva stimolazione allo sviluppo del bambino, Cittadella, Assisi 1993
- Pasanisi R., Una nuova scuola psicoterapeutica in Italia: l'Arteterapia, in Psychomedia telematic review, n. luglio 2001.
- Perera S, Mody SH, Woodman RC, Studenski SA. Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults. JAGS 2006;54:743-9.
- Piatti M. (a cura di), Disturbi del linguaggio e musica, quaderni di musica applicata, 5 Edizioni fonografiche musicali PCC, Assisi 1984
- Pierce K.. Social perception in children with autism: an attentional deficit? 103 – 110 J. Autism Dev. Dis..., 1997
- Porot M., Psicología Del Tuberculoso, 1952
- Postacchini P.L., Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia in Musica et Terapia, edizione cosmopolis Torino 2002.
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., Musicoterapia, Carocci, Roma 2001
- Postacchini P.L., Ruggeri G., Disturbi del linguaggio e musica, pp. 23 – 40
- Poulden S., Rosin A.J., Art therapy in geriatrics, Nurs Times, 63(52):1751-3, Dec 29, 1967
- Raglio A., La musicalità autistica, pp. 23-28, in Musica Et Terapia n°2, Cosmopolis, Torino 2000.
- Raquel Gallo Mabel, Comunicazione personale.
- Rentz C.A., Memories in the making: outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses, Am J Alzheimers Dis Other Demen;17(3):175-81, May-Jun 2002
- Renz M., Schutt Mao M., Cerny T., 2005, Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center, in Switzerland Support Care Cancer, 13(12):961-6
- Rutter B., Bailey A., Autism and know medical conditions: myth and substance, pp. 25-30 J. Child Psychol. Psychiatry, 1994
- Sacco K, Cauda F, Cerliani L, Mate D, Duca S, Geminiani GC. Motor imagery of walking following training in locomotor attention. The effect of 'the tango lesson'. NeuroImage 2006;32:1441-9.[PubMed: 16861008]
- Sachs, Storia della danza, Il Saggiatore , Milano, 1966, pag. 22.
- Salma S. S. Hernandez, Flavia G. M. Coelho, Sebastiao Gobbi, Florindo Stella. Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. Rev Bras Fisioter, Sao Carlos. V.14. n.1, p.68-74, Jan/Feb, 2010.
- Saraceno B. La cultura della riabilitazione, pp. 30-45, in, Studio sulla nozione di riabilitazione in psichiatria, CSERDE, Prov. Di Milano, 1985
- Scardovelli M., Il dialogo sonoro, Nuova Casa Editrice cappelli, Bologna 1992
- Schoop T. (1974), Wan't you join the dance?, National Press Books , Palo Alto, pag.45, in Chodorow J., Danzaterapia e Psicologia del Profondo, Red, Milano, 2004.
- Schoop T. (1974), Wan't you join the dance?, National Press Books , Palo Alto, pagg. 157-8, in Chodorow J., Danzaterapia e Psicologia del Profondo, Red, Milano, 2004.
- Segal H. (1951) Un approccio psicoanalitico all'estetica, in: Scritti psicoanalitici, Astrolabio, Roma 1984.
- Sicurelli R., Arteterapia – La creatività che cura, Edizioni Sapere, Padova 1997.

- Singer T., Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain. In *Science*, 303, pp. 1157-1162, 2004
- Sir Herbert Read, *Educare con l'Arte*, 1943
- Soresi S. (1981), Problemi ed esperienze di integrazione scolastica e sociale degli handicappati, in Ferri R., *Il bambino con sindrome Down, Il pensiero scientifico*, 1990.
- Spitz R.A., *Il primo anno di vita*, Armando Editore, Roma, 1988.
- Tagliacozzo R. (1982) La pensabilità: una meta della psicoanalisi, in: *Itinerari della psicoanalisi* (a cura di G. Di Chiara), Loescher, Torino.
- Thacker EL, Chen H, Patel AV, McCullough ML, Calle EE, Thun MJ, Schwarzschild MQA, Ascherio A. Recreational physical activity and risk of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008;23(10):69–74.[PubMed: 17960818]
- Thaut MH, Peterson DA, Mcintosh GC. Temporal entrainment of cognitive functions: musical mnemonics induce brain plasticity and oscillatory synchrony in neural networks underlying memory. Center for Biomedical Research in Music, Molecular, Cellular, and Integrative Neuroscience Programs, Colorado State University.
- Tolsto J L.N., *La Sonata di Kreutzer*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1971
- Tronick, Als, Brazelton, (1978), The infant's response to intrapment between contradictory messages in face to face interaction, "Journal of Communication", in Chiara Colombo, *Radici e forme della Danzaterapia*, Saggi, Milano 2006.
- Trucchi L., *Dubuffet – Inserto Art Dossier*, Giunti Gruppo Editoriale, Firenze 2001.
- Tutsin F., *Autismo e psicosi infantile*, Armando, Roma, 1979
- Ulman E., Art-therapy: problems and definition, in "Bulletin of Art-Therapy", II, 2, 1961
- Ursoleo Alessandra, *L'Arte- Terapia*, in www.slowmind.net.
- Veltman e Browne, *Il danno psicologico dei bambini maltrattati e abusati*, 2002
- Waller D.-*Group Interactive Art Therapy-* ed. Routledge 1993.
- Warren B., *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erickson Edizioni, 1995
- Warren B., *Arteterapia in educazione e riabilitazione. Arti visive, danza, musica, attività teatrale, racconti, maschere e burattini*. Ed. Centro studi Erickson, 1995
- Westbrook BK, McKibben H. Dance/movement therapy with groups of outpatients with Parkinson's disease. *Am J of Dance Ther* 1989;11(1):27–38.
- Wikström B.M., Health professionals' experience of paintings as a conversation instrument: a communication strategy at a nursing home in Sweden, *Appl Nurs Res*;16(3):184-8, Aug 2003
- Wikström B.M., Visual art dialogues with elderly persons: effects on perceived life situation, *J Nurs Manag*; 8(1):31-7, Jan 2000
- Winnicott (1958), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, trad. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott (1971), *Playing and Reality*, trad. It. *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1995.
- Winnicott Donald (1971) *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.
- Yamashita A, Kato S. Music therapy used on a patient in the terminal stage of cancer who narrated a tale based on her fantasy
- Zausmer, Shea (1984), Motor development, in Ferri R., *Il bambino con sindrome Down, Il pensiero scientifico*, 1990.

Siti Internet:

- A.I.A.S. Nazionale: www.aiasnazionale.it
- Guida Consumatore (la rivista on line che rende il cittadino consapevole e informato),
Giovanni Lattanzi
- <http://homepages.wmich.edu/~eroth/NMT%20Overview.pdf>
- http://it.wikipedia.org/wiki/Giuramento_di_Ippocrate
- <http://www.musicoterapiabruzzo.it/html/home.html>
- Informadanza: www.informadanza.com
- TriesteAble: www.triesteabile.it
- www.arteterapia.it
- www.irememberbetterwhenipaint.com

RINGRAZIAMENTI

Desideriamo ringraziare la Fondazione Istud, ed in particolare l'Area Sanità e la Direttrice del Programma "Scienziati in Azienda", Maria Giulia Marini, per averci dato l'opportunità di realizzare questo progetto.

Ringraziamo inoltre per la preziosa collaborazione la Dott.ssa Nicoletta Martone, il Dott. Luigi Reale e il Dott. Alessandro Zanetta.

Un particolare ringraziamento alla Dott. ssa Francesca Vannini, per la grande attenzione rivolta al nostro progetto, alla Dott. ssa Paola Bianchi e alla Dott.ssa Angela D'Avanzo.