

# L'IMPROVVISAZIONE MUSICALE IN MUSICOTERAPIA

TESI 3° ANNO – SCUOLA DI ARTITERAPIE, ROMA

RELATORE: **dr.ssa Giuseppa Pistorio**

DIPLOMANDO: **Roberto Caetani**

Indice:

- PREFAZIONE
- L'IMPROVVISAZIONE MUSICALE PURA
- L'IMPROVVISAZIONE MUSICALE STRUTTURATA
- UNO SCHEMA VISIVO – UNA PRIMA DISTINZIONE (in concerto – in seduta)
- LA RELAZIONE (il non verbale – l'empatia)
- IL MONDO DELL'ALTRO (1) (disabile – deficit – handicap)
- MUSICO-RIABILITAZIONE O MUSICO-TERAPIA? (riabilitazione – terapia – un po' di storia – torniamo alla musicoterapia)
- IL MONDO DELL'ALTRO (2) ( un po' di neurofisiologia – funzioni motorie/gli analizzatori sensoriali – la plasticità neuronale – modalità alfa/beta – funzioni cognitive/gli analizzatori cognitivi – funzioni affettive)
- COSA POSSIAMO FARE PER L'ALTRO (l'integrazione – la sintonizzazione)
- CREARE LA BASE (nel setting – parametri musicali)
- IL METAMUSICALE IN MUSICOTERAPIA (i suoni hanno un senso – intervalli di senso)
- IL LABORATORIO DI ANZIO (oggettualizzare il proprio Sé)
- TECNICA APPLICATA
- ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL GOS (le risorse)
- BIBLIOGRAFIA

## PREFAZIONE

“ C’aveva un pianoforte, là sotto, e ci andava di pomeriggio, o la notte tardi.  
Prima ascoltava: voleva che la gente gli cantasse le canzoni che sapeva,  
ogni tanto qualcuno tirava fuori una chitarra, o un’armonica, qualcosa, e iniziava a suonare,  
musiche che venivano da chissà dove...Novecento ascoltava.  
Poi incominciava a sfiorare i tasti, mentre quelli cantavano o suonavano,  
sfiorava i tasti e a poco a poco quello diventava un suonare vero e proprio,  
uscivano dei suoni dal pianoforte – verticale, nero – ed erano suoni dell’altro mondo.  
C’era dentro tutto: tutte in una volta, tutte le musiche della terra.”

Alessandro Baricco, *Novecento*

L'improvvisazione (dal lat. *Improvisus* – inaspettato, inatteso) per sua natura costitutiva è qualcosa che principalmente accade e che poco si presta ad una classificazione. Oltremodo l'atto improvvisativo in sé è qualcosa d'evanescente, effimero e transitorio, che possiamo ben dire antitetico a una rigorosa teoria scientifica che, invece, è tanto più valida quanto più riesce a predire con esattezza l'evento oggetto d'indagine. Tutto questo potrebbe far pensare che l'improvvisazione in sé sia qualcosa che non si studia, perché semplicemente accade, e dunque non lascia traccia.

Dato il carattere "istantaneo" dell'atto improvvisativo, diviene difficile e forse anche paradossale rintracciare materiali e studi che a esso si riferiscono. È invece possibile trovare dei percorsi, delle esperienze consapevoli, quando l'improvvisazione acquista la peculiarità di un atto che specializza una forma. Allora l'improvvisazione è musicale, teatrale, anche pittorica: spesso un'accezione di una disciplina artistica o comunque di un ambito dove libertà e creatività sono fortemente richieste. Acquisisce un passato che la solleva dall'attimo per storicizzarsi e in questo senso può essere studiata e compresa, ma sempre in riferimento ad una disciplina che la contiene.

A mio avviso non è possibile “inventarsi” artisti o professionisti in qualsiasi campo, se non si accetta di fondare le proprie aspirazioni sulla necessaria fatica che l’applicazione ad imparare un’arte presuppone per chiunque. Non esiste tra gli uomini genio che abbia una scienza o competenze tecnico-professionali infuse, come in teologia si può dire delle virtù morali. Anche i più “grandi”, come **Mozart**, **Michelangelo**, **Dante**, **Platone**, **Aristotele**, si applicarono con metodo ai rispettivi studi. **Mozart** conosceva benissimo la musica italiana, **Händel**, il contrappunto e **Bach**, **Dante** studiò presso i padri francescani di Santa Croce in Firenze i classici latini, **Platone** stette per vent’anni assieme a **Socrate**, **Aristotele** seguì dai venti ai trentott’anni **Platone**, e così via.

Un musicista, nel momento in cui improvvisa, grazie alla preparazione teorica e tecnica, alla sensibilità e al gusto estetico, crea un qualche cosa di formalmente riconosciuto. Chi ascolta può “ri-sentire certe forme”, emozionarsi ed eventualmente rispondere, dando vita ad un dialogo.

Nell'**improvvisazione musicoterapica** troviamo molti punti in comune con quella propriamente musicale (strumenti, forme, persone...), ma esistono anche altre competenze (transfert – controtransfert, personale analisi sonora, fenomeni fonosimbolici...), ugualmente importanti che ne connotano le premesse epistemologiche e gli obiettivi.

Quindi, per ben operare all'interno del setting, attraverso una comunicazione prevalentemente o totalmente non verbale, l'operatore di musicoterapia deve affiancare a notevoli competenze musicali, anche adeguate competenze che io chiamerei meta-musicali.

Partendo da questi presupposti:

**cercherò di dimostrare come l'improvvisazione musicoterapica non sia un percorso casuale, ma la sintesi di un lavoro che invece poggia su solide fondamenta.**

---

## L'IMPROVVISAZIONE MUSICALE "PURA"

**“Cantare la vostra tristezza vi alleggerisce il cuore. Ma gli urlatori del blues comunicavano molto di più della tristezza. Trasmettevano anche messaggi codificati in musica. Se arrivava il padrone, potevate cantare un avvertimento nascosto ai lavoratori del campo vicino...il blues vi poteva segnalare quello che stava per succedere. Capivo che il blues era una questione di sopravvivenza.”**

B.B. King, *Blues Around Me*

Nella musica tradizionale africana dominava l'anello, un cerchio intorno al quale gli uomini si muovevano, cantavano, danzavano e gridavano sostenuti dal ritmo dei tamburi. Suonare il tamburo era un'arte nobile, uno strumento che rendeva possibile conservare e tramandare i valori culturali africani.

Quando la schiavitù arrivò in America, i proprietari di piantagioni, temendo rivolte e insurrezioni, proibirono ben presto di suonare i tamburi indigeni. Ma, pur avendo spezzato l'anello, liquidandolo come culto pagano, le tradizioni musicali continuarono: richiami nei campi, preghiere e altre forme di espressione vocale con il banjo e il violino al posto del tamburo, ricchi di una "carnalità" che andava oltre la comunicazione personale. Poi un giorno, dai campi di cotone della Louisiana, qualcuno riuscì a far alzare la sua voce sopra le altre: quelle dell'ipocrisia e, successivamente (anche se non completamente), su quelle della discriminazione. Il blues stava riuscendo a far valere le caratteristiche peculiari della gente che lo suonava: la rabbia, la malinconia, la scarsa istruzione e la povertà. In una parola sola: **l'improvvisazione, cantare e suonare con una chitarra senza avere un insegnante che ti istruisca ad accarezzare i tasti d'avorio di un pianoforte a coda.** Quindi grosso modo eseguire una musica non già preparata né scritta in precedenza, bensì inventata al momento. È questo il motivo per cui ho chiamato "pura" tale forma d'improvvisazione, svincolata com'è da regole e strutture. Un'esecuzione – fortemente legata al concetto stesso di composizione – semplice, unica ed irripetibile, in cui esprimere liberamente tutto il dolore di un popolo. Suonare per calmare l'anima, per non pensare...**suonare per continuare a vivere.**

## L'IMPROVVISAZIONE MUSICALE "STRUTTURATA"

**"L'improvvisazione va vista come la caduta di una frana:  
un evento improvviso preparato da molto tempo"**

M. Piras, Gli ingranaggi di *Turkish Mambo*

Per quanto riguarda la musica europea, l'improvvisazione è stata largamente impiegata nel corso dei secoli sia nella forma di libera invenzione su uno o più temi, sia di realizzazione di un accompagnamento strumentale su linee melodiche, sia di variazioni e ornamentazioni pure per una melodia data (pratica quest'ultima di cui, nei secoli XVI e XVII, si abusò a tal punto che le melodie scritte divennero spunto per esibizioni di carattere esclusivamente virtuosistico).

Maestri dell'improvvisazione furono tutti i più grandi clavicembalisti e organisti dal secolo XVI al secolo XVIII; in particolare si ricordano **Domenico e Giovanni Gabrieli, Girolamo Frescobaldi, Dietrich Buxtehude** e, su tutti, **Johann Sebastian Bach**. Frequenti furono anche le gare di improvvisazione (famoso quelle al clavicembalo fra **Domenico Scarlatti e Georg Friedrich Haendel**, e quelle al pianoforte tra **Wolfgang Amadeus Mozart e Muzio Clementi**). L'improvvisazione venne coltivata anche da **Ludwig van Beethoven** che, anzi, diede il via alla pratica dell'improvvisazione pianistica durante i concerti, successivamente portata avanti da **Franz Liszt, Fryderyk Chopin e César Franck**.

Importanza rilevante l'improvvisazione ha assunto nell'ambito della musica colta più recente, la cosiddetta nuova musica, e nel jazz dove, grosso modo, se ne possono distinguere tre tipi:

- **la parafrasi** (in cui il musicista sovrappone alle armonie date nuove linee melodiche ottenute modificando leggermente il discorso di un tema)
- **la creazione di melodie originali** (sviluppate però sempre su armonie date)
- **la creazione libertaria** (che non fa riferimento ad alcuno schema armonico precedente).

Senza addentrarmi in argomenti troppo specialistici che vanno al di là di questo scritto, mi sembra importante sottolineare che in tutte le diverse forme d'improvvisazione "strutturata", il musicista percorre, più o meno parallelamente, due grandi direttive: **la via musicale e la via estatica**.

- **La via musicale:** è tutto ciò che il musicista ha appreso nel corso della sua formazione: teoria, armonia, pratica quotidiana con il proprio strumento, tutta la musica scritta e tramandata sugli spartiti ed anche quella ascoltata sui dischi, dal vivo, ecc. praticamente tutta la cultura musicale acquisita.

I musicisti che si sono formati nei conservatori, tecnicamente preparati a riprodurre anche i più grandi capolavori, spesso hanno difficoltà ad improvvisare. Anche per esperienza personale (essendo un diplomato in chitarra classica), posso affermare che questa incapacità deriva dall'atteggiamento critico che il musicista ha nei confronti di sé stesso e della musica da lui prodotta: da una parte vorrebbe dare libero sfogo alla propria creatività e magari riesce a suonare qualche nota sullo strumento, ma alla prima "stonatura", subito avverte un forte impulso che gli impedisce di proseguire. Nel caso dei chitarristi, per esempio, si vede la mano sinistra molto irrigidita e quella destra tremolante a tal punto da non riuscire più ad "affondare" le corde.

- **La via estatica:** è la capacità dell'improvvisatore di andare in "estasi" (letteralmente *stupirsi, astrarsi dalle cose del mondo*) di entrare cioè in quel particolare "**stato modificato di coscienza**", attraverso il quale è possibile instaurare uno straordinario contatto con il proprio strumento e la musica creata. Percorrendo questa via, il musicista impara a "convivere" con il proprio atteggiamento critico, evitando così di farsi coinvolgere dagli "impulsi paralizzanti". Questo stato di grazia, raggiungibile con diverse tecniche, porta il musicista ad una fusione con il proprio strumento che gli permette di suonare in modo diretto e immediato ciò che percepisce intuitivamente, senza dover attingere alla memoria cosciente. In questa magica dimensione, ogni nota, ogni accordo, ogni suono diventa meravigliosamente bello e carico di significato, e lo stimolo a produrre musica cresce sempre più forte, fino a sfociare in veri e propri "raptus creativi".

Questa particolare attitudine ad "estasiarsi", nel senso letterale di ex-stasi – uscire da una condizione di stasi, immobilità – non è prerogativa dei musicisti. **Daniel Goleman** infatti, nel suo libro *Intelligenza Emotiva*, scrive che è una condizione riscontrabile in centinaia di uomini e donne nel momento in cui "*superano sé stessi in un'attività che amano*". La metafora di due persone che fanno l'amore, concentrate solo sulla ristretta gamma di percezioni immediatamente legate a ciò che stanno facendo, sembra essere il modo migliore per descrivere lo stato di rapimento. Questo perdere la consapevolezza di se stessi, spogliandosi delle preoccupazioni della vita quotidiana e soprattutto dell'ansia di far bene, sembra contraddire il controllo magistrale che questi individui mostrano nello svolgere l'attività che amano. "*... là dove l'eccellenza non richiede sforzo, e la folla e gli avversari spariscono in uno stato di beato e costante assorbimento nell'attimo presente*". Alcuni la chiamano "flusso", altri, soprattutto gli atleti, "la zona", e risulta essere "*la massima espressione dell'intelligenza emotiva*".

### **Torniamo al musicista...**

Nel corso dell'improvvisazione, quindi, l'esecutore segue queste due grandi direttive, **la via musicale** e **la via estatica**, che sono complementari e si integrano in percentuale variabile: si alternano cioè momenti in cui la razionalità è più forte a situazioni dove invece la mente allenta la sua presa ed è allora la pulsione creativa a predominare.

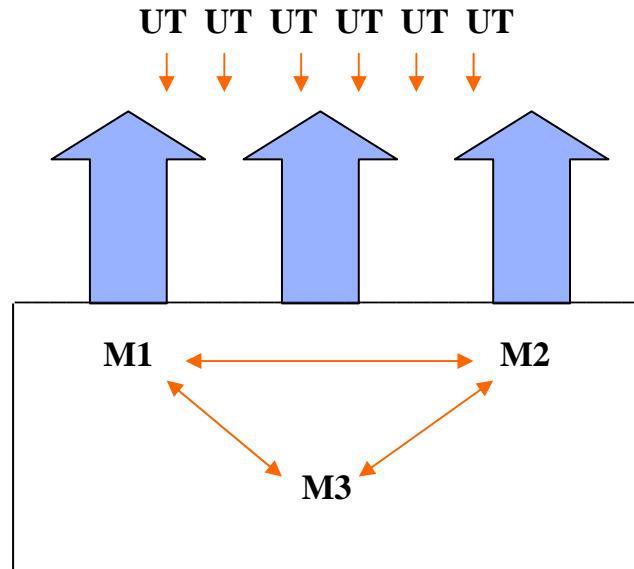
A questo punto, viene spontanea una domanda:

- Se nell'intelligenza emotiva, sempre secondo **Goleman**, rientrano tutta una serie di caratteristiche, che vanno dalla capacità di motivare se stessi a quella di saper modulare i propri stati d'animo, fino alla capacità di essere empatici, quindi comunicare
- se la capacità di essere empatici è una delle competenze richieste al musicista e al musicoterapista
- e se, sia il musicista puro che il musicoterapista utilizzano le forme del linguaggio musicale

**allora: dov'è la linea di confine che separa queste due professioni apparentemente simili?**

## UNO SCHEMA VISIVO – UNA PRIMA DISTINZIONE


### In un concerto





#### legenda

**UT:** utente

**M:** musicista

 : narcisismo del musicista

 : comunicazione tra musicisti

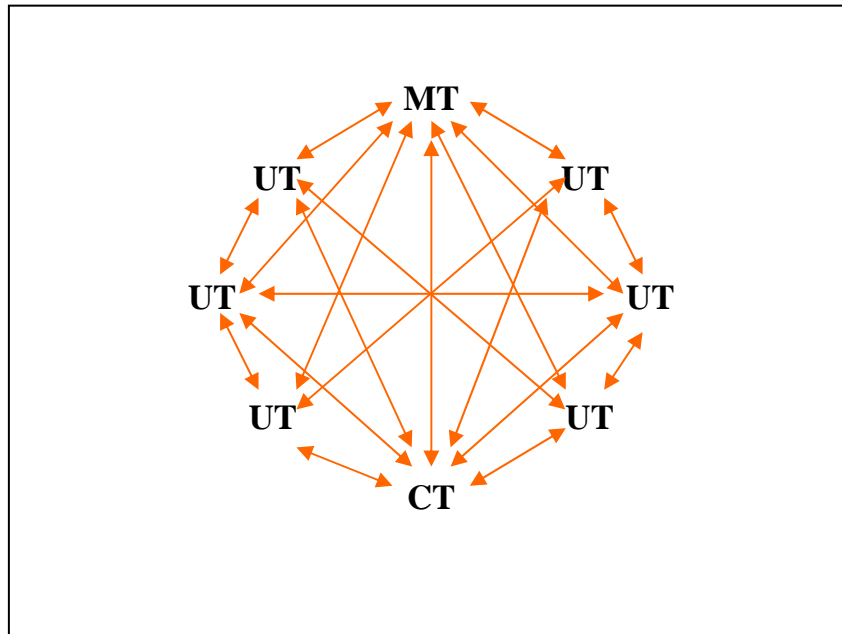
 : risposta dell'utente

#### POSSIAMO NOTARE:

- alto livello narcisistico di **M**;
- comunicazione prevalentemente unidirezionale tra **M** e **UT**;
- setting semicircolare;
- alto livello di comunicazione tra **M1**, **M2**, **M3**;
- utenti = spettatori;
- utenti fuori dal setting;
- sproporzione tra la proposta di **M** e la risposta di **UT**;



## in una seduta di musicoterapia



### legenda

**MT:** musicoterapista

**CT:** co-terapista

**UT:** utente – paziente

### POSSIAMO NOTARE:

- livello narcisistico di **MT** e **CT** pari a zero;
- setting circolare (l'anello!)
- alto livello di comunicazione tra **MT**, **CT** ed **UT**;
- utenti = pazienti;
- utenti nel setting;
- comunicazione circolare;
- proporzione tra proposta/risposta nella produzione di **M**, **CT** e **UT**;

Da questi schemi si deduce che, riprendendo le parole di **G. Di Franco**, “...il punto nodale che differenzia l’uso del linguaggio sonoro in musica da un contesto musicoterapico è proprio nella finalità...io posso esprimere, creare, o per comunicare (stabilire relazioni) con l’altro oppure per investire l’altro della mia produzione con tutte le componenti narcisistiche connesse al mio bisogno di performance...”.

Quindi, nella musicoterapia e nelle arti terapie in genere, malgrado esista una valenza estetica – relativa ai parametri, ai materiali e alla loro modalità di elaborazione – l’obiettivo non è certo quello di far nascere delle opere d’arte; bensì, si utilizzeranno i “segni artistici” come mezzo per arrivare ad una sintonizzazione con “l’altro”.

Questa finalità relazionale non è un fatto a sé stante, ma porta con sé tutto un insieme di elementi da riconsiderare. Questi ultimi, opportunamente rivisitati e potenziati, vanno ad allargare la linea di confine fino a farla diventare uno spazio ben definito, sul quale giocare la preparazione e quindi la professionalità del terapeuta.

## LA RELAZIONE

Per stabilire una relazione è necessario comunicare, letteralmente mettere in comune. Questo, usando le parole di **M. Scardovelli**, “...*presuppone comprensione, presenza, risonanza da parte di un altro essere umano...*”, all’interno di uno spazio fisico e mentale, in cui esistere come persone.

In generale, una sana relazione sociale prevede tre distinte capacità:

1. **prendere atto dell’esistenza dell’altro** come individuo con un comportamento diverso ed eventualmente modificare il proprio per adattarlo ad abitudini, atteggiamenti, schemi di valutazione, riconosciuti in un contesto nel quale ci si relaziona;
2. **uscire momentaneamente dal proprio punto di vista** per assumere quello altrui, così da arrivare ad una comprensione profonda dell’altro;
3. **stabilire dei rapporti di collaborazione con gli altri** – per esempio, cooperare per conseguire un obiettivo comune – pur mantenendo una certa indipendenza ed originalità di pensiero.

Di queste tre capacità, a mio avviso, il musicoterapista deve possedere e potenziare la prima e la seconda. Se conosco la tua mappa mentale: posso vedere il mondo con i tuoi occhi, ascoltare i suoni con le tue orecchie e toccare le cose con la tua pelle.

Vedremo in seguito come potenziare queste capacità; ora è necessario chiarire due concetti fondamentali che torneranno spesso.

## Il non verbale

**“...venne il momento del mio assolo, incomincia a suonare e dopo poche note sentii il pianoforte che veniva con me, sottovoce, con dolcezza...Novecento dietro che mi seguiva ovunque, come sapeva fare lui...la mia tromba e il suo pianoforte, per l’ultima volta, lì a dirci tutte le cose che mica puoi dirti con le parole. Intorno la gente continuava a ballare...come se niente fosse. Forse qualcuno avrà giusto detto ad un altro: guarda quello con la tromba che buffo...mentre suona, piange”**

Alessandro Baricco, *Novecento*

Ogni relazione è costituita da una **comunicazione verbale** (prevalentemente digitale) specializzata nel comunicare gli aspetti di contenuto e da una **comunicazione non verbale** (prevalentemente analogica) specializzata nel comunicare sui rapporti.

Di solito, quando tra due individui c’è una sana comunicazione, i loro corpi interagiscono *“in una sorta di sinfonia audio-visivo-cinetica”*, cosicché la ritmicità, la rispondenza, l’ordine, l’organizzazione prevarranno sulla casualità, sull’inquietudine, sul disordine. Le posture di uno verranno riprese dall’altro, così come i toni, i tempi e i ritmi; ci sarà rispetto, ascolto reciproco, emozione condivisa. Il tutto all’interno di una sensazione di sicurezza, derivante dalla reciproca conferma del Sé. Come mezzi espressivi, in questo progetto condiviso di espressione ed autoesplorazione, si useranno la voce o il movimento, il linguaggio verbale o gli strumenti musicali.

Poiché, nel setting musicoterapico, la relazione con l’altro si basa sul non verbale, l’operatore deve essere allenato a dialogare con un tipo di linguaggio apparentemente non convenzionale. Ho scritto apparentemente perché questo tipo di linguaggio entra in gioco, spesso inconsapevolmente, in molte situazioni di vita comune, da quelle professionali a quelle sentimentali, *“...è la fonte comunicativa più preziosa per creare comprensione, fiducia e per contestualizzare i significati degli stati emotivi...”* (Scilligo).

## L'empatia

**“...come molti immaturi non è dotato di empatia, cioè della capacità di cogliere gli stati d'animo, le emozioni e le difficoltà della partner...”**

Giacomo Daquino, *Bisogno d'amore*

La capacità di entrare in sintonia con l'altro, va sotto il nome di empatia, dal greco *empathia* (sentire dentro). **Goleman**, in merito scrive: “...*l'empatia si basa sulla consapevolezza; quanto più siamo aperti verso le nostre emozioni, tanto più abili saremo nel leggere i sentimenti altrui...*”. Secondo l'autore, i bambini molto piccoli, reagiscono al turbamento altrui come ad un proprio turbamento. Per esempio iniziano a piangere alla vista delle lacrime di un loro coetaneo, oppure si portano la mano alla bocca se un loro compagno si fa male alle dita. Questa sorta di “**mimetismo motorio**” venne chiamato per la prima volta empatia, dallo psicologo **E. B. Titchener** negli anni Venti. Lo studioso cercava un termine per definire l'imitazione fisica della sofferenza altrui che portava a sentirne la stessa anche nell'imitatore. Secondo Titchener, il termine empatia andava distinto da quello di simpatia. Quest'ultimo infatti indica la benevola compassione per una sofferenza altrui, ma non ne comporta la condivisione.

Ecco allora che torna il concetto di cui sopra, cioè: per potersi relazionare bisogna uscire momentaneamente dal proprio punto di vista per assumere quello altrui, così da arrivare ad una comprensione profonda dell'altro.

In altre parole, se imito il comportamento della persona che ho di fronte, in tutti i suoi parametri, posso arrivare a “**sentire dentro come se fossi l'altro**”, creando la base per una sana relazione.

## IL MONDO “DELL’ALTRO” (1)

### Disabile – deficit – handicap

La musicoterapia generalmente viene usata – a meno che non si tratti di prevenzione – in situazioni di **svantaggio relazionale**, con persone che presentano **deficit** di tipo sensoriale, motorio, neuropsicologico, psichico e sociale.

Le situazioni di svantaggio relazionale, generalmente vengono definite: **di handicap**.

Mi sembra doveroso chiarire il **concetto di handicap**: “...una costellazione di caratteristiche o di processi fisici, mentali, psicologici e/o sociali, che complicano oppure compromettono l’adattamento di una persona, tanto che essa non può raggiungere un livello ottimale di sviluppo e attività. È utile distinguere la **disability** (menomazione fisica o mentale che concerne l’integrità della persona) dall’**handicap** (particolare serie di reazioni psicologiche e sociali a quella menomazione)” **Concise Encyclopedia of Psychology (1987)**

In base a questa definizione:

- il **disabile** sarebbe una persona deficitaria in uno o più parametri psicosociali;
- il **deficit** sarebbe il dato quantificabile con il quale misurare l’entità del difetto e della perdita rispetto ad un modello ideale;
- l’**handicap** le conseguenze (fisiche, psichiche, comportamentali, sociali) relative al deficit.

Questa distinzione, apparentemente manieristica, diventa indispensabile nel momento in cui siamo coscienti della **prospettiva riabilitante** o **terapeutica**, insita nel nostro lavoro.

E allora...

## MUSICO-RIABILITAZIONE O MUSICO-TERAPIA?

Il suffisso, terapia o riabilitazione, va considerato insieme ad una serie di altri termini – come salute, malattia, cura – il cui significato, se nel linguaggio comune è generalmente condiviso, in realtà è ampiamente dibattuto. Tale controversia non è solo linguistica, ma coinvolge anche importanti questioni epistemologiche, politiche e sociali. Voler indagare in merito non fa parte degli obiettivi di questo scritto; quello che a noi interessa è cercare di capire se: **il suffisso terapia è sufficiente a delineare gli ambiti della nostra professione, oppure bisogna aggiungere quello di riabilitazione.**

Vorrei partire dal concetto di cura...

Se dovessimo chiedere ad un medico cosa significa “**curare**”, sicuramente questo, dall’alto del suo sapere tecnico-scientifico, ci risponderebbe: “**guarire**”.

Ma se la stessa domanda, la rivolgessimo ad una madre mentre si “**prende cura**” del suo bambino, con tutta probabilità otterremmo una risposta differente: “**aiutare a crescere**”.

A rigor di logica, tutte e due le risposte sono esatte: ambedue corrispondono ad una diversa visione del mondo. Da una parte l’**ottica scientifica**, per la quale “agire” vuol dire ottenere risultati in base agli scopi che ci si propone, dall’altra l’**ottica umanistica**, per la quale “agire” vuol dire interagire per assistere allo strutturarsi di un qualche cosa che emerge proprio grazie all’interazione stessa.

È possibile allora arrivare ad una integrazione della visione-risposta scientifica ed umanistica? Tra ristabilire un equilibrio che si è perduto, e favorire un processo di crescita, c’è così tanta distanza tale da non permettere una strada comune?

Se analizziamo bene, in tutte e due le risposte, è presente il concetto di “**evoluzione**”. Anche se da punti di vista diversi, proprio questo concetto diventa il ponte che unisce le due teorie.

A mio modo di vedere le cose: **non si guarisce se non si cresce e viceversa.**



Alla base c'è quindi l'**evoluzione** che potremmo chiamare anche **cambiamento o modificazione**.

Vedremo ora, proprio come quest'ultimo concetto ci aiuterà a definire i termini terapia e riabilitazione.

## La riabilitazione

Se accettiamo per buona la definizione di **B. Saraceno** “...è *riabilitazione qualunque intervento... che tenda 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 ...*”, bisogna dedurre che la riabilitazione si occupa non della malattia in se stessa, ma di tutto ciò che da quest'ultima deriva; perdita di funzioni e conseguenti emarginazioni alle quali è sottoposto il paziente.

Oggetto della riabilitazione allora, sarà lavorare sulle **funzioni residue** (fisiche, psichiche, sociali). L'**evoluzione**, il cambiamento che si otterrà, sarà a carico dell'**assetto esterno**, del comportamento. L'ambito sarà quello del reale. Un intervento sul reale che non esclude di certo la relazione riabilitatore-paziente. Ci sarà comunque un “investimento” dal punto di vista emotivo, sia da parte del paziente, che da parte dell'operatore.

Ed è proprio la presenza di questa **risonanza empatica** che unifica i due tipi d'intervento, ma, nello stesso tempo, li contraddistingue. Vediamo come...

## La terapia

In generale, il significato del termine, dal greco *therapeuein* (guarire), ha avuto una sua evoluzione nel corso dei secoli. Da una posizione, in cui il concetto di medicina era legato a dottrine religiose e credenze magiche, ai primi studi anatomici del Quattrocento, fino alle numerose scoperte scientifiche degli ultimi due secoli, il cammino della medicina è stato tutto un tentativo di organizzare un insieme di mezzi al fine di **curare e/o guarire** le malattie.

Delle diversità/similitudini e delle implicazioni simboliche dei termini curare e guarire, ci siamo già occupati. È necessario però fare un'ulteriore distinzione tecnica (per quanto sia possibile) tra ciò che è “guaribile” e ciò che è “curabile”.



- sono **guaribili**, con un tipo di terapia causale, le malattie di cui se ne conosce l'eziologia e di cui possono essere attaccate ed eliminate le cause scatenanti;
- sono "solo" **curabili** tutte quelle altre malattie di cui non si conoscono i meccanismi (si pensi ai tumori o alla sclerosi multipla); oppure quelle per le quali, pur conoscendone l'eziologia, non è possibile attivare una terapia causale (si pensi ai vari tipi di virus, dall'influenza all'AIDS);

Per tutte queste, attualmente è possibile solo ridurre l'aggressività dell'agente patogeno e potenziare le difese dell'organismo.

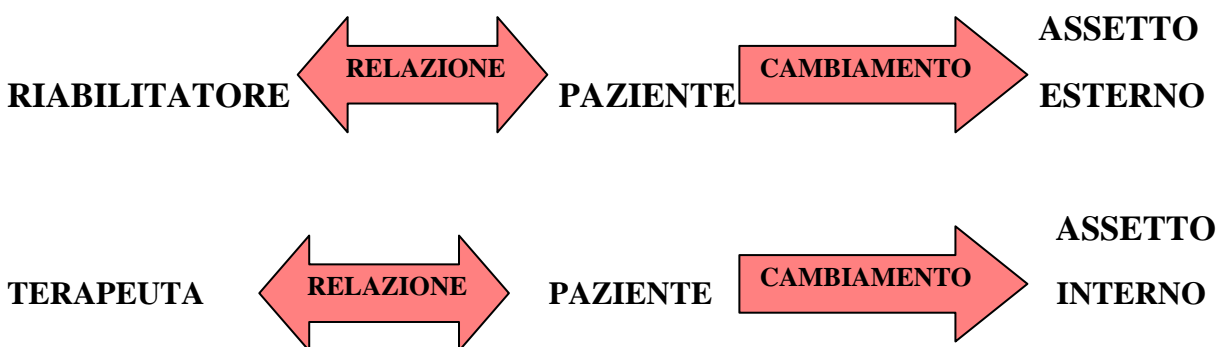
A questo già complesso panorama, dobbiamo includere tutte quelle altre situazioni in cui l'unica terapia possibile è quella **sintomatica**, cioè un'azione terapeutica finalizzata ad alleviare i sintomi (per esempio, le malattie terminali); e per finire quella **profilattica**, in cui si cerca d'impedire l'azione dei fattori scatenanti la malattia stessa, grazie all'uso di vaccini, bonifica ambientale o potenziamento delle difese organiche (per esempio, nel caso di possibili infezioni, intossicazioni ecc.)

L'inclusione di questi ultimi due concetti, allarga il campo d'azione della terapia, da una parte al **contenimento** (t. sintomatica) dall'altra alla **prevenzione** (t. profilattica). Vedendo così le cose, e rifacendoci alla **definizione di salute dell'OMS** "...una qualità della vita che ha una dimensione sociale, mentale, morale e affettiva, oltre che fisica. Un bene instabile...da difendere e ricostruire durante tutta la vita...", possiamo azzardare l'ipotesi che per mantenere la salute sia necessaria una serie d'interventi che vanno al di là della sola medicina. **Una serie differenziata d'interventi che richiede una serie differenziata di competenze e quindi di figure professionali.**

La complessità del nostro campo d'azione, quello dell'handicap neuro-psico-fisico, impone necessariamente un intervento multidisciplinare; la costituzione di un'equipe terapeutico-riabilitativa capace di confrontarsi ed affrontare le problematiche ad esso legate.

In questa equipe rientra ovviamente anche la figura dello psicoterapeuta, il quale si occuperà, attraverso la relazione, di influire su alcuni conflitti interni del paziente.

Lo **psicoterapeuta** infatti, facendo rivivere emotivamente al paziente le relazioni significative della sua vita – lavorando cioè sulle **dinamiche personologiche più profonde** – attuerà un cambiamento del suo **assetto interno**.



## Un po' di storia

E' utile a questo punto richiamare alla memoria la “**teoria della riabilitazione**” coniata da **Roberta Siani** in collaborazione con **Lorenzo Burti** e **Oreste Siciliani**, tutti ricercatori prestigiosi dell'Università di Verona. Tale teoria fa riferimento a quanto detto nelle sue opere da **Heinz Kohut**, esimio psicanalista della metà del novecento che per primo coniò il “**Sé**” come istanza psichica che ingloba il vissuto esperienziale corporeo e mentale insieme dell'essere umano.

**Kohut** visse e operò in un tempo in cui la psicoanalisi aveva portato una ventata di novità e di possibilità curative nell'ambito delle malattie psichiatriche gravi; da poco tempo si era scoperto che gli psicotici erano in grado di costruire una relazione transferale con il terapeuta, pilastro fondamentale questo su cui impiantare la costruzione psicoterapica. La psicoanalisi per gli psicotici veniva così applicata anche all'interno degli ospedali psichiatrici oltre che negli studi privati degli psicoanalisti. **Kohut** osservò che l'analisi di tali pazienti rischiava di diventare interminabile in quanto essi si legavano adesivamente al terapeuta e spesso non volevano e/o non erano in grado di elaborare tale relazione per poter così raggiungere un certo grado di autonomia. Per molto tempo si analizzò la difficoltà degli analisti di staccarsi dai loro pazienti e di dare loro rimandi atti ad ottenere tale risultato ma proprio **Kohut** focalizzò la propria attenzione sul rischio di pretendere l'onnipotenza dall'una e dall'altra parte. Probabilmente molti pazienti non sono in grado di compiere tale passaggio, troppo forte per loro dal punto di vista emotivo e rischioso per quel che riguarda l'integrità del proprio sé. In poche parole temono di potersi frammentare e quindi preferiscono vivere da parassiti degli analisti che li hanno presi in cura, sentendo di poter sopravvivere mentalmente solo tramite loro. Forse allora c'è un'altra via di cura che prescinde dal rimaneggiamento delle dinamiche personologiche più profonde ma che può fornire allo psicotico abilità utili a vivere una vita qualitativamente migliore. Per far questo l'operatore si metterà in contatto col paziente tramite quella che **Roberta Siani** chiama l'**EMPATIA MINORE**, quella che permette di sentire lo stato mentale dell'altro secondo uno dei livelli più vicini alla sua realtà attuale. In altri termini è utile ricordare che la sofferenza mentale ha origine in un determinato momento della vita quando una situazione stressante, traumatica si sovrappone ad una particolare vulnerabilità (genetica, chimica, tissutale, psicologica ecc.). Dopo di allora altre situazioni traumatiche simili o diverse dalla prima ma ad essa in qualche modo connesse da legami casuali o consequenziali possono essere causa del dolore mentale il cui intreccio diviene via via sempre più intricato passando da un livello superficiale ad uno più profondo. L'operatore che entra in contatto con il paziente può entrare in empatia con lui ad un livello superficiale (**empatia minore**) o ad un livello profondo (**empatia maggiore**). Nel primo caso si tratterà di un operatore della riabilitazione, nel secondo di uno psicoterapeuta. La messa in atto dell'empatia minore permetterà infatti all'operatore di dare al paziente rimandi o come si dice “**restituzioni positive**” del suo mondo interno connesse ad un livello più superficiale o, per meglio dire, più “attualizzato” della sua sofferenza, che metterà in gioco a quello stesso livello il suo rapporto con l'operatore e gli permetterà così di migliorare la propria relazione col mondo esterno rispetto ad un equiparato livello di autonomia raggiunto. Nel caso in cui l'operatore parta dalla messa in atto dell'empatia maggiore egli giocherà tale relazione ai livelli più profondi in cui si è prodotto il dolore mentale del paziente fino a permettere a

quest'ultimo di rivedere in un'ottica modificata che è l'ottica transferale gli eventi stressanti e le relazioni distorte della sua vita e di affacciarsi al mondo affrancato da tali storture. In ambedue i casi tali operazioni potranno essere portate a termine con l'ausilio delle risorse sane (ricordi, esperienze, possibilità) che vengono usate (esclusivamente quelle) per costruire nuove abilità o recuperarne altre apparentemente perdute atte a conquistare un posto nel mondo oppure per sostenere il confronto con quelle situazioni traumatiche profonde e favorire così la rielaborazione emotiva di queste evitando così la frantumazione del sé.

Quanto detto si riferisce fondamentalmente alla teoria del sé di **Kohut** il quale opera una scissione verticale del sé nella sua teoria contrariamente alle teorie precedenti che descrivevano le diverse istanze psichiche secondo livelli orizzontali. **Kohut** parla di un **SE' NUCLEARE** dove sono depositate e intrecciate le dinamiche intrapsichiche lacerate da eventi traumatici e/o rapportate fra loro in modo distorto anche in assenza di particolari eventi stressanti. Alla sinistra del **SE' NUCLEARE** dispone il **SE' DIFENSIVO** dove sono depositate le modalità difensive organizzate in risposta ad uno stato mentale doloroso sotto forma di sintomi; a destra colloca il **SE' COMPENSATIVO** dove si trovano le risorse sane, creative che permettono un più facile recupero o riadattamento del paziente alla realtà. Nella riabilitazione l'operatore lavorerà esclusivamente sulle risorse presenti nel **SE' COMPENSATIVO**, nella terapia potrà utilizzare queste in certi momenti per sostenere il **SE' NUCLEARE**, ma fondamentalmente smonterà il **SE' DIFENSIVO** per arrivare a quello nucleare e riassetarlo.

### **Torniamo alla musicoterapia...**

Se applichiamo questa distinzione, terapia / riabilitazione, in campo musicoterapico, otteniamo due figure professionali distinte in due distinti ambiti d'intervento.

La base comune, sulla quale veicolare la comunicazione, sarà il linguaggio sonoro-musicale; la differenza la farà il tipo di relazione più o meno profonda.

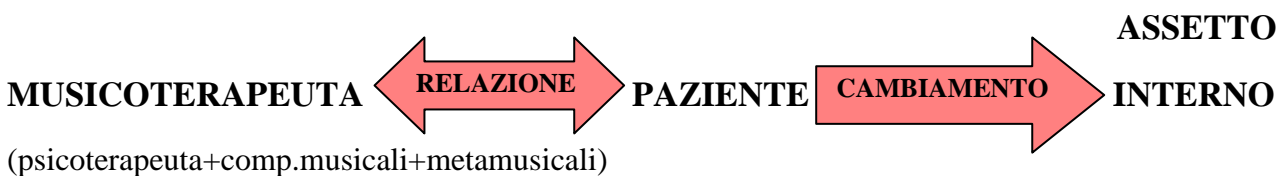
Avremo quindi:

- un operatore di musicoterapia o **musicoterapista**, operante in un **setting riabilitativo** in cui è prevista la costruzione di una nuova modalità di essere nel mondo partendo da ciò che di sano, di trasformabile esiste nella persona. Gli elementi simbolici che emergono durante il decorso dell'interazione riabilitativa e che rappresentano il mondo interno fantasmatico del paziente – popolato di tutte le figure oggettuali animate e inanimate con cui si è relazionato in passato e con cui continua a relazionarsi, spesso creando vissuti e comportamenti patologici – non vengono presi in considerazione in una misura atta a rimaneggiarli profondamente fin nella loro origine più arcaica. **Tali elementi fra l'altro sono simbolici per la categorizzazione mentale dell'operatore ma non per il paziente**; pertanto il musicoterapista il compito di restituire al paziente tali elementi fantastici rivestiti della sua realtà attuale con l'aiuto delle sue parti creative.

- un operatore di musicoterapia o **musicoterapeuta**, operante in un **setting psicoterapico**, il quale lavorerà esclusivamente sul valore simbolico delle esperienze passate e riattualizzate del paziente rivissuto nella relazione transferale. **Il controtransfert, speculare al transfert, è l'unico elemento che guida il musicoterapeuta** nel suo lavoro curativo, non le risorse creative, se non in alcuni momenti in cui il richiamo ad esse aiuta il paziente a trovare il coraggio di affrontare tutte le esperienze interiori dolorose e trasformarle attraverso la relazione.

Questa precisa distinzione di ruoli ed interventi, non esclude che i due operatori possano lavorare insieme; anzi, per ottenere una migliore riuscita della riabilitazione-terapia è auspicabile che conducano parallelamente le loro azioni (vedremo in seguito le specifiche competenze in un lavoro di coppia).

A questo punto, lo schema di prima può essere aggiornato...



Vista così, quella che apparentemente potrebbe sembrare una classificazione di potere, oppure un vezzo linguistico, diventa una condizione necessaria per ben operare ed evitare incomprensioni future in seno ad una strategia d'intervento. Tutte le discussioni, tra psicoterapeuti e musicisti, in merito a chi debba avere il titolo di operatore in musicoterapia – se lo psicoterapeuta che sa anche di musica, oppure il musicista che sa anche relazionarsi – si annullano automaticamente, se le osserviamo in quest'ottica.

## IL MONDO “DELL’ALTRO” 2

Abbiamo già detto che la musicoterapia, solitamente, viene usata in situazioni di **svantaggio relazionale**, con persone che presentano **deficit** di tipo sensoriale, motorio, neuropsicologico, psichico e sociale. In tali situazioni, un’insufficiente integrazione delle varie parti del Sé, una disarmonica articolazione fra mondo interno e mondo esterno, causerà sofferenza e comportamenti disturbati.

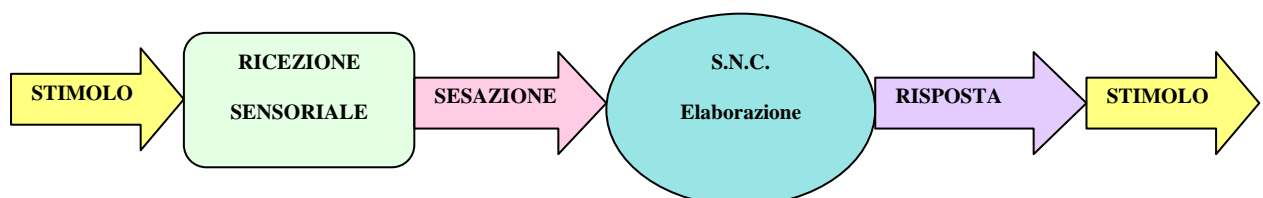
### Un po’ di neurofisiologia

Dalla psicologia cognitivista sappiamo che i momenti di disarmonia sono indispensabili a produrre quegli scarti evolutivi che condurranno ad un nuovo equilibrio. In poche parole, un momentaneo stato disarmonico delle modalità alfa e beta, è necessario per l’evoluzione; un’evoluzione armonica, scusate il gioco di parole, in un’armonica fluttuazione di stati disarmonici. Nelle condizioni di handicap neuro-psichico, non solo il passaggio tra momenti alfa e beta non avviene in maniera fluida e coerente, ma il possibile scarto evolutivo viene percepito come disturbante e minaccioso, cosicché lo stato di crisi non può risolversi.

Per alfa e beta intendo le modalità di funzionamento degli analizzatori sensoriali e cognitivi che, secondo Bion, entrano in gioco nel percorso maturativo del Sistema Nervoso. Vorrei chiarire meglio questo concetto...

### Funzioni motorie – gli analizzatori sensoriali

Nell’essere umano, lo scambio di informazioni sensoriali avviene in maniera biunivoca, dalla periferia al centro Sistema Nervoso e viceversa. I **6 analizzatori sensoriali** – sensibilità, olfatto, gusto, udito, vista e motricità – incamerano e inviano al cervello tutta una serie di sensazioni; queste, una volta rielaborate al centro, danno vita ad una risposta in termini di comportamento e successivamente di movimento.



La bidirezionalità è dovuta al fatto che la risposta del S.N.C., tornando in periferia, darà vita ad un nuovo stimolo che verrà recepito...e così via in un costante alternarsi, per dirla come **Piaget**, di *assimilazione* ed *accomodamento*.

*“...lo sviluppo è quindi un progressivo equilibrarsi, un passaggio continuo da uno stato di minor equilibrio ad uno di equilibrio superiore...l’azione si conclude quando si ha soddisfazione dei bisogni, cioè quando si è ristabilito l’equilibrio tra il fatto nuovo che ha provocato il bisogno e la nostra organizzazione mentale quale si presentava anteriormente ad esso...”*

Alla nascita, nel bambino, a causa della formazione incompleta della guaina mielinica, tende a prevalere una modalità di funzionamento globale e poco selettiva del S.N., una modalità di tipo arcaico che si organizza in risposte massive a stimoli anche minimi. Non essendo ancora ben strutturati i rispettivi canali percettivi, gli stimoli, diffondendosi per contiguità nei neuroni adiacenti, si distribuiscono in più vie. Questa sorta di globalità – che tra l’altro è alla base del fenomeno sinestesico – decresce durante lo sviluppo, parallelamente alla formazione di vie nervose più definite. Accanto al processo di definizione delle vie nervose, si svilupperanno anche ulteriori vie di collegamento che consentiranno un’integrazione delle varie funzioni: cognitive, affettive, motorie.

## **La plasticità neuronale**

La maturazione delle vie nervose non dipende soltanto da fattori genetici (dotazione di base), ma soprattutto dalla componente ambientale, cioè dall’insieme degli stimoli che l’individuo riceve nella sua interazione con la realtà esterna. A parità di dotazione di base, si svilupperà meglio il Sistema Nervoso di quell’individuo che è stato soggetto a più stimoli. Svilupparsi meglio vuol dire che si costituiranno non solo collegamenti neuronali più numerosi, ma se ne creeranno di nuovi in sostituzione dei precedenti. Questa creazione di connessioni sinaptiche alternative, capaci di aggirare un’eventuale interruzione del circuito precedente, è chiamata **plasticità neuronale**.

La cosa importante da evidenziare è:

- che essa non termina con la maturazione ufficiale del S.N. (7-8 anni);
- che è possibile stimolarla, con adeguate sollecitazioni ambientali, anche nelle situazioni più disarmoniche e disfunzionali.

Questa recente scoperta scientifica avvalorata in modo inequivocabile l’importanza del nostro lavoro di musicoterapisti ed artiterapisti in genere.

## Modalità alfa – modalità beta

Parallelamente alla maturazione fisiologica delle vie nervose, abbiamo anche un “affinamento” degli analizzatori.

Per sintetizzare, potremmo dire che la maturazione del S.N. avviene in tre fasi: **sensazione**, **percezione** e **lavoro mentale**.

- **sensazione**: la pura ricezione del dato sensoriale;
- **percezione**: capacità d’interpretare il dato sensoriale, attribuendogli un significato;
- **lavoro mentale**: ulteriore elaborazione del dato percettivo con finalità simboliche e/o relazionali.



secondo la teoria di **Bion**, avremo gli analizzatori sensoriali operanti con:

- **modalità beta** (globale), all’interno del binomio sensazione/percezione;
- **modalità alfa** (selettiva), all’interno del lavoro mentale.

## Funzioni cognitive – gli analizzatori cognitivi

Nell’acquisizione di elementi dalla realtà esterna, abbiamo visto che il punto più alto si raggiunge con una modalità di tipo alfa, all’interno di un lavoro mentale superiore. In questa regione, si sviluppano anche funzioni più complesse che richiedono l’utilizzo di analizzatori cognitivi. Questo ulteriore scarto evolutivo, permetterà attività superiori come: lettura, scrittura, linguaggio, capacità di calcolo, spazialità, gnosie e prassie.

## Funzioni affettive

Dal punto di vista affettivo, la maturazione sana dell'individuo può essere vista, secondo **M. Klein**, come il passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva. La prima di queste – insieme all'identificazione adesiva e proiettiva – possiamo inserirla nella modalità beta; la seconda – insieme all'identificazione introiettiva – nella modalità alfa. Di solito, in una condizione normale, esiste un delicato equilibrio dinamico, tra una maggiore integrazione/maturità e una di minore integrazione ed unitarietà dell'Io. A causa di un evento esterno, questo equilibrio può subire delle forti oscillazioni e far scivolare l'individuo in una di queste fasi. Se l'oscillazione è stata talmente forte, da non permettere una riacquisizione dell'equilibrio, si verifica una situazione di disturbo mentale.

In pratica avremo un percorso del genere...

<b>Modalità beta</b>		<b>Modalità alfa</b>	
<b>Analizzatori sensoriali</b>			<b>Analizzatori cognitivi</b>
<i>Sensibilità</i>	<i>Toccare</i>	<i>Discriminare</i>	<i>Lettura, scrittura, linguaggio, capacità di calcolo, spazialità, gnosie, prassie</i>
<i>Olfatto</i>	<i>Sentire</i>	<i>Annusare</i>	
<i>Gusto</i>	<i>Sentire (assaggiare)</i>	<i>Assaporare</i>	
<i>Udito</i>	<i>Sentire (udire)</i>	<i>Ascoltare</i>	
<i>Vista</i>	<i>Vedere</i>	<i>Guardare</i>	
<i>Movimento</i>	<i>Agire</i>	<i>Eseguire</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Posizione schizoparanoide</i></li> <li>- <i>Identificazione Adesiva/proiettiva</i></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Posizione depressiva</i></li> <li>- <i>Identificazione introiettiva</i></li> </ul>	



## COSA POSSIAMO FARE PER “L’ALTRO”

Questa lunga premessa sul “**mondo dell’altro**” ci può fornire delle idee su quali strategie d’intervento utilizzare e in che modo.

### L’integrazione

In generale, un intervento di musicoterapia dovrebbe tendere a favorire un processo d’**integrazione della personalità**; da una posizione iniziale caratterizzata dall’utilizzo della modalità beta, verso una condizione di maggiore armonia. Maggiore armonia non vuol dire che bisognerà puntare ad ottenere un progredito e sofisticato uso dei diversi analizzatori, ma piuttosto portare, principalmente il sensoriale ed il motorio, ad una maggiore integrazione complessiva. Una volta reso abbastanza fluido il passaggio tra il sensoriale ed il motorio, si potrà avviare un lavoro finalizzato agli scambi tra modalità beta ed alfa così da raggiungere l’obiettivo della **simbolizzazione**.

In questo nuovo alternarsi di modalità alfa e beta, le simbolizzazioni rappresentano da una parte l’ultimo gradino di una possibile **armonizzazione interna**, dall’altra il primo necessario all’**armonizzazione della realtà esterna**. Una porta che metterà in comunicazione il suo mondo interno con quello esterno, rendendogli possibile lo sviluppo di nuove relazioni.

Ovviamente, poiché il linguaggio verbale si trova nella modalità alfa, il nostro intervento sarà basato sull’utilizzo di un mezzo meno sofisticato – il non verbale – più vicino alla modalità beta. Allora, come ho scritto in precedenza, la musica, non verrà utilizzata con finalità estetiche, ma per favorire la relazione. Questo non esclude che non ci sarà produzione di un “qualche cosa di bello”. Anzi, le gratificazioni di tipo libidico che si otterranno dal piacere di costruire insieme una forma esteticamente riconosciuta, contribuirà a rendere il clima generale del setting molto positivo. Quest’ultimo così potrà arrivare ad assumere la fisionomia di uno “**spazio transizionale**”, un’area da condividere e in cui comunicare.

## La sintonizzazione

“...aspettare...percepire...ascoltare...accogliere...”

Roland Benenzon, *Manuale di musicoterapia*

Precedentemente abbiamo visto che per avviare una comunicazione, bisogna uscire momentaneamente dal proprio punto di vista per assumere quello altrui, così da arrivare a sentire “**come se fossi l’altro**”. Questa sorta di sintonizzazione sarà la base di partenza per ottenere una prima armonizzazione interna/esterna dell’altro e la successiva relazione. Nelle forme di disagio neuro-psichico, abbiamo detto che il paziente si trova in una fase di regressione psichica e intellettuale in cui predomina la modalità beta. In questa fase intermedia, tra la percezione amodale e la creazione di simbolizzazioni, i parametri del linguaggio non verbale – **ritmo, tempo, energia** – sono l’unica nostra possibilità di comunicazione. Resta da vedere come avviare questo processo...

Osserviamo una mamma mentre “**dialoga**” con il suo bambino...

Noteremo che essa non gli si rivolge come farebbe nei confronti di un adulto, ma sarà attenta a modulare la sua voce, i suoi gesti, le espressioni del suo viso, così da ricalcare ogni sua produzione. Tutti i messaggi del piccolo verranno ripetuti e variati, dando vita ad un dialogo dotato di un suo ordine ed organizzazione.

Nella **ripetizione** e nella **variazione**, secondo **Stern**, è custodito il segreto delle successive simbolizzazioni e quindi di quel processo maturativo dall’amodale al modale, da una funzionalità beta ad una funzionalità alfa. Per esempio: se il bambino sorride, la madre risponde con un sorriso ed una carezza; ad una proposta vocale risponde con una modulazione della voce ecc. In questo modo, il bambino può attuare quei processi di comparazione e di creatività che lo porteranno ad elaborare in maniera simbolica le sensazioni che riceve. L’autore insiste molto sull’importanza di questo ultimo punto, arrivando a definire tre diversi tipi di sintonizzazioni, aventi ognuno una funzione specifica:

- **sintonizzazioni esatte**: permettono di cogliere la qualità formale del comportamento;
- **sintonizzazioni inesatte**: stimolano la comparazione;
- **sintonizzazioni di tipo sinestesico**: permettono di cogliere le qualità affettive del comportamento.

La madre quindi, ripetendo le proposte del bambino, verrebbe ad assumere la funzione di “**specchio biologico**”; mentre variandole, costruirebbe una “**cornice**” di tutti gli elementi emersi, riorganizzandoli in modo tale da permettere un certo grado di prevedibilità e

significato relazionale. “...il bambino scarabocchia casualmente con i suoni, e lei, pazientemente, con sensibilità ed intelligenza, li trasforma in qualcosa che appare dotato di senso...e lui si rispecchia negli scarabocchi e nelle macchie che gli rinvia la madre, sente di essere riconosciuto, può cominciare ad esistere nel mondo, dal momento che il mondo, facendosi simile a lui, gli si mostra amico...” (Scardovelli). Il messaggio complessivo che arriverà da parte della madre sarà di **conferma** (tu esisti per me) e di **accettazione** della propria identità (vai bene così). Su questa cornice, il bambino potrà iniziare ad esplorare il mondo esterno ed interno, con curiosità e fiducia, consapevole di trovarsi su “**una base sicura**” costruita per lui da sua madre.

**Conferma** ed **accettazione** dell’altro, secondo la **Pragmatica della comunicazione**, rientrano insieme al **rifiuto** e alla **squalifica**, nei tre tipi base di transazione o messaggi veicolati all’interno di una qualsiasi relazione.

- **accettazione**: composta da un segnale di ricezione + un segnale di accordo o conferma (ti ho sentito + si hai ragione, sono d’accordo);
- **rifiuto**: composto da un segnale di ricezione + un segnale di disaccordo (sì, ti ho sentito + ma non sono d’accordo);
- **squalifica**: caratterizzata per l’assenza di segnali di ricezione, oppure da segnali di ricezione con accordo su aspetti irrilevanti.

## CREARE LA BASE

“...non è quel che vidi che mi fermò, è quel che non vidi...lo cercai ma non c’era, in tutta quella sterminata città c’era tutto...ma non c’era una fine. Quel che non vidi è dove finiva tutto quello. La fine del mondo. Ora tu pensa: un pianoforte. I tasti iniziano. I tasti finiscono. Tu sai che sono 88, su questo nessuno può fregarti. Non sono infiniti, loro. Tu, sei infinito, e dentro quei tasti, infinita è la musica che puoi fare...questo lo si può vivere. Ma se io salgo su quella scaletta e davanti a me si srotola una tastiera di milioni di tasti...che non finiscono mai e quella tastiera è infinita...non c’è musica che puoi suonare. Ti sei seduto sul seggiolino sbagliato: quello è il pianoforte su cui suona Dio...”

Alessandro Baricco, *Novecento*

Se teniamo conto di quanto emerso, possiamo affermare che un musicoterapista, come primo obiettivo dovrebbe avere quello di creare una “**base sicura**” in modo da permettere al paziente di esplorare, con un sufficiente grado di tranquillità, il mondo dentro di sé e fuori di sé. Per arrivare alla costruzione di questa, ci sono degli stati emotivi che bisognerebbe imparare a gestire:

- l’attenzione verso l’altro;
- la conoscenza del proprio ISO
- il bisogno di portare l’attenzione su di sé;
- il bisogno di ottenere comunque dei risultati;
- la paura di non essere all’altezza;
- la paura di identificarsi o di essere invasi dall’altro...

Un training di formazione in una scuola, in cui siano previste la supervisione e un percorso di analisi personale, dovrebbe mirare a fornire la preparazione adeguata affinché siano risolte certe dinamiche che ostacolano una reale disponibilità ed attenzione verso il paziente.

## Nel setting

Se trasliamo questi ultimi concetti all'interno dell'interazione sonoro/musicale fra terapeuta e paziente, potremo avere le seguenti situazioni:

- **accettazione**: stesso ritmo, stesso timbro, stessa figurazione melodica ecc.
- **rifiuto**: differente ritmo, differente timbro ecc.
- **squalifica**: assenza di risposte sonore, risposta discordante ecc.

L'azione principale del musicoterapeuta sarà allora quella di:

- realizzare uno stato relazionale di **accettazione**;
- **sintonizzarsi** con il paziente su i livelli emo-tonico e cinetico-posturali;
- avviare il **rispecchiamento empatico** delle relative condotte sonoro/musicali (in ordine di importanza: dinamiche, temporali, timbriche, ritmiche, melodiche e armoniche...*vedi oltre*);

la seconda avrà come obiettivo quello di:

- **mantenere e consolidare** per il tempo necessario questo livello di comunicazione/dialogo raggiunto;

la terza ed ultima sarà invece:

- la **conduzione/guida** del suddetto dialogo sonoro non verbale, in sintonia e accordo col paziente.

Sebbene questa sequenza di eventi sia la più osservata nei laboratori, spesso questi tre punti non si susseguono così rigidamente. È facile infatti che gli elementi di un'azione vadano a confluire in un'altra, senza peraltro alterarne l'efficacia.

L'assunto di base è quello di intervenire sui processi e le strutture formali della comunicazione, senza andare a toccare i contenuti. Questo vuol dire astenersi dall'esprimere qualsiasi forma di giudizio o valutazione, concentrandosi su "**che cosa**" avviene nella relazione, invece di sindacare sul "**perché**" avviene. Andare a lavorare sulla situazione attuale, piuttosto che sulle cause del passato, essendo quest'ultimo, come abbiamo visto, ambito del musicoterapeuta.

## Parametri musicali

Se un intervento di musicoterapia deve favorire un processo d'**integrazione della personalità**, da una posizione iniziale caratterizzata dall'utilizzo della modalità beta, verso una condizione di maggiore armonia, nel dialogo sonoro bisogna tenere presenti l'ordine d'importanza dei parametri musicali. *"... la distinzione tra analogico e digitale , tra comunicazione non verbale e verbale, può essere vista come passaggio, come graduale trasformazione da una forma più indifferenziata e primitiva, a una forma più differenziata e geneticamente successiva...In questa trasformazione , gli aspetti più importanti della comunicazione continuano ad essere affidati ai segnali più primitivi - filogeneticamente ed ontogeneticamente- per ovvie ragioni di sopravvivenza..." Bateson.*

Questo vuol dire che, particolare attenzione deve essere data al ricalco degli aspetti energetici, ritmici e timbrici, in quanto elementi più primitivi del linguaggio musicale. Se per esempio, durante un'improvvisazione, ho difficoltà a ricalcare una figurazione melodica, non produrrò alcuna squalifica o rifiuto, riprendendone soltanto gli aspetti dinamici, ritmici e timbrici.

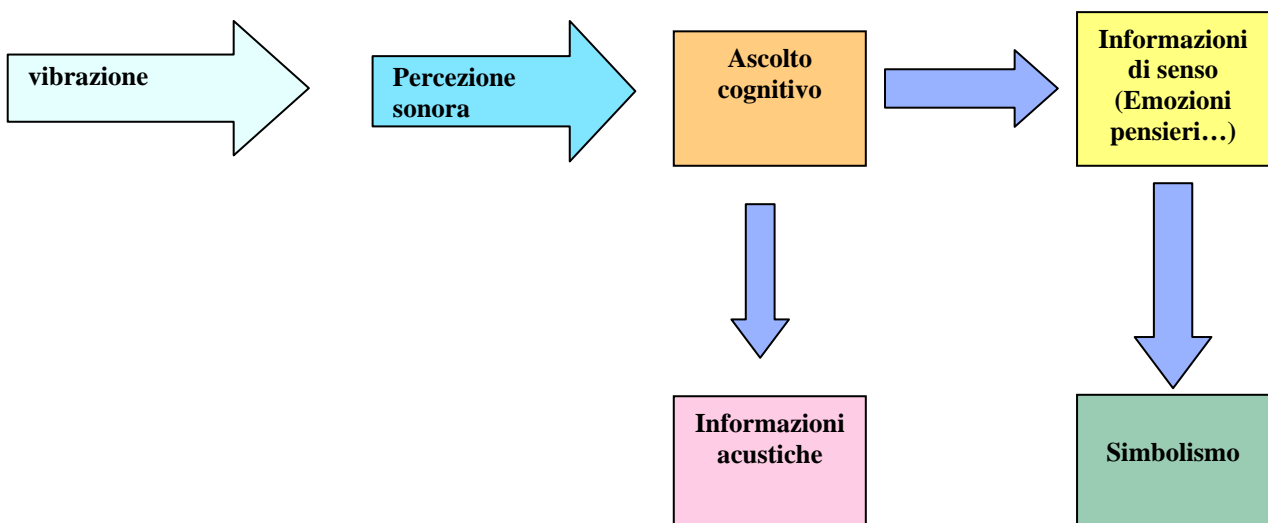
## IL METAMUSICALE IN MUSICOTERAPIA

In precedenza abbiamo visto che esiste una zona comune di competenze strettamente musicali – tra il musicista ed il musicoterapista – che potrebbero far confondere le due professioni. Però abbiamo anche parlato della presenza di una linea di confine che può essere più o meno spessa, secondo gli elementi presenti all'interno di essa.

Il sapiente utilizzo dei parametri musicali, rientra nell'ordine di quelle competenze che io chiamo: “**metamusicali**”. Se da una parte è vero che il musicoterapista deve saper utilizzare la materia sonora in modo da costruire delle forme più o meno esteticamente riconosciute; dall'altra è vero anche che il suo intervento deve andare incontro alle richieste dell'utente, le quali possono superare la semplice struttura formale. Per **metamusicale** allora, intendo: **la capacità di andare oltre il musicale, pur mantenendone i parametri universalmente riconosciuti**. Una zona di competenze che separa ulteriormente il musicista puro dall'operatore di musicoterapia.

### I suoni hanno un senso

Per andare oltre il musicale, bisogna considerare il percorso che un suono compie, dalla sua nascita fino al soggetto percipiente.



Da questo schema possiamo notare che i suoni veicolano di per sé informazioni acustiche, ma contemporaneamente acquistano anche informazioni di senso. Sono informazioni aspecifiche, vaghe, non di significato e a volte contraddittorie. Questo può accadere perché, a differenza del linguaggio parlato – in cui ad un significante corrisponde un significato – nel linguaggio musicale, possono convivere contraddizioni dinamiche e temporali, senza comunque alterarne le possibilità comunicative.

Ma le informazioni di senso a chi appartengono? Alla fonte sonora stessa, oppure alle qualità discriminanti del soggetto che ascolta?

Le ultime ricerche sono orientate verso la seconda possibilità. Così, essendo molteplici le informazioni trasmesse dalla musica, sarebbe l'uomo stesso a determinare il senso ultimo del messaggio, compiendo una scelta tra le diverse componenti.

In questo filone di ricerca è necessario inserire la teoria sul **simbolismo fonetico** di **F. Dogana** e quella sugli **schemi di rappresentazione** di **M. Imberty**.

Secondo **Dogana** – rifacendosi ai concetti dell'**isomorfismo gestaltico** e della **generalizzazione mediata** – la formazione dei fonosimbolismi dipenderebbe da una molteplicità di fattori intrinseci ed estrinseci al fenomeno sonoro. Oltre alle qualità oggettive (altezza, intensità...) e alle valenze sinestesiche, il suono avrebbe un insieme di fattori di natura culturale ed emotiva che andrebbero ricercati nell'evoluzione infantile di ciascun individuo.

Questa complessità di elementi porta a considerare i fenomeni fonosimbolici in base a tre categorie:

1. **simbolismo ecoico**: un suono che riproduce/imita un altro suono (per es. l'ocean drum imita il suono del mare);
2. **simbolismo sinestesico**: un suono che rimanda ad esperienze percettive differenti (per es. il metallofono "ha un suono luminoso");
3. **simbolismo fisiognomico**: un suono che rimanda emozioni (un accordo maggiore genera gioia).

Secondo la teoria di **Imberty** – mutuata da quella, sulle assimilazioni ed accomodamenti, di **Piaget** – ogni evento sonoro va inserito all'interno di tre schemi di rappresentazione:

1. **tensione/distensione posturale e cinetica**: collegamento tra schema psicomotorio e schema affettivo (per es. poche note inserite in un tempo lento, producono distensione...)
2. **integrazione/disintegrazione formale dell'Io**: la corrispondenza tra l'organizzazione formale della musica e l'integrazione psichica dell'individuo (per es. bassa complessità formale produce integrazione psicologica)



3. **rappresentazioni iconiche e cinetiche**: la trasposizione visiva delle forme sonore (per es. se ascolto *claire de lune* di Debussy immaginerò...)

Queste teorie, apparentemente diverse, risultano essere due facce di una stessa medaglia. Tutte e due infatti descrivono il complesso fenomeno del fonosimbolismo, una – quella di **Dogana** – indagando “**sul come**”, l’altra – **Imberty** – “**sul perché**” la musica trasmetta informazioni di senso.

### **Intervalli di senso**

All’interno delle nostre improvvisazioni, utilizziamo non solo strumenti ritmici, ma anche melodici ed armonici. L’utilizzo, più o meno efficace di questi ultimi, in parte dipende dalla preparazione squisitamente musicale che il musicoterapista possiede. Ma, al di là degli aspetti tecnici – che ci permettono di creare soluzioni musicali esteticamente elevate – utilizzando in maniera abbastanza elementare soltanto due note, melodicamente o armonicamente, possiamo ottenere dei buoni risultati. L’efficacia di una “**cornice**” a due suoni dipende dal fatto che, la maggiore o minore distanza tra di essi, crea ogni volta un senso diverso. Vedremo in seguito come utilizzarli al meglio, per il momento limitiamoci ad elencare gli aggettivi che generalmente qualificano tutti gli intervalli che possiamo ottenere in una scala:

- **seconda m (discendente)**: lamento, nota dolente, blue note, straziante, patetica;
- **seconda m (ascendente)**: cromatico, suono di mezzo, modulante;
- **seconda M**: passo della scala, minimo melodico;
- **terza M/m**: primo canto, minimo melodico autonomo, piccolo volo, passo accordale, piccola carezza;
- **quarta/quinta (giusta)**: cadenza, semplice, elementare;
- **quinta b (tritono)**: strano, alterato, anomalo, inconsueto, carico di tensione, instabile, “*diabolus in musica*”;
- **sesta m**: malinconico;
- **sesta M**: sesta d’amore, il più melodico, grande ma non eccessivamente, spicca il volo;
- **settima M/m**: eccessivo, difficile da intonare, dissonante, fuori misura;
- **ottava**: potente, massimo, totale, arcobaleno in musica;

Ovviamente questo, essendo solo un elenco, non vuole essere esaustivo di un argomento che, tra l'altro, data la sua complessità avrebbe bisogno di una tesi a parte. Ciononostante, credo sia interessante conoscere l'ampio ventaglio di possibilità che un uso degli intervalli può comportare ai fini della creazione della relazione.

Tenendo ben ferma l'importanza della percezione soggettiva – in cui rientra sicuramente il concetto Benenzoniano di **ISO** – saper gestire i suoni in questo modo:

**ci permette una lettura metamusicale delle produzioni sonore dei pazienti, alle quali potremo dare un senso più o meno approssimativo e quindi una risposta più adeguata.**

## IL LABORATORIO DI ANZIO

**“...quando qualcuno mi dice che sono pazzo, gli rispondo: e tu sei scemo! La mia pazzia come arriva se ne va; la tua scemenza invece non passa mai, rimane per sempre...”**

Celestino, paziente del centro diurno

Gli argomenti trattati in questo scritto sono da una parte frutto di studio teorico, dall'altra frutto di osservazioni che ho potuto rilevare durante una serie di sedute. D'accordo con la dr.ssa. **Pistorio** – che di questa tesi ne è il supervisore – ho portato avanti un laboratorio con pazienti psicotici, presso il centro diurno dell'**ospedale Villa Albani di Anzio**. Le sedute, a cadenza settimanale, hanno avuto inizio nel mese di Novembre 2004 e sono ancora in fase di realizzazione. In totale, al momento attuale, abbiamo realizzato 16 incontri, tutti ripresi con telecamera e supervisionati dalla dr.ssa **Pistorio**. Affiancato in questo lavoro da due miei colleghi, **Paola Bovi** e **Valerio Guaraldi**, ho potuto operare nel setting in tre modi diversi:

- **terapista**
- **coterapista**
- **osservatore esterno**

Come **osservatore esterno** ho potuto constatare l'elevato numero di elementi che immancabilmente si vengono a perdere, lavorando all'interno del setting. Osservando dal di fuori è infatti possibile avere una visione allargata del gruppo, ma questo purtroppo va a discapito della partecipazione empatica. Quindi a tal proposito, è consigliabile condurre o co-condurre, muniti di telecamera fissa, così da poter partecipare attivamente alla seduta.

A proposito del ruolo di conduttore e coterapista, è utile fare delle precisazioni.

L'obiettivo principale di creare una base sicura, su cui avviare l'improvvisazione, va vissuto in modo diverso.

- Il **terapista** deve “**conversare**” con l'intero gruppo, ascoltando tutte le proposte che gli arrivano da ogni parte di esso, per poi ricompattarle in una struttura che le contenga tutte. La difficoltà sta proprio nel riproporre la diversità di parametri sonori, cercando di sintetizzarli con i mezzi a disposizione. Tenere conto delle dinamiche, dei timbri, dei ritmi ecc. richiede una grossa competenza tecnica ed un elevato dispendio di energie spico-fisiche. Potrà succedere – come il video allegato dimostra – che, se necessario, il terapista si scambi con il coterapista, oppure che tutti e due facciano i terapeuti.

Vediamo il ruolo del coterapista...

- Il **coterapista** deve “**dialogare**” con uno dei pazienti, dedicandosi esclusivamente alla costruzione della sua “cornice”. La funzione principale sarà quella di “**Io ausiliario**” per tutto il tempo necessario all’elaborazione della relazione.

### Oggettualizzare il proprio Sé

A proposito di questo ultimo concetto è bene precisare che il paziente psicotico è fondamentalmente demotivato alla ricostruzione della propria autostima, di relazioni significative nella propria vita e di competenze che gli permettano di riconciliarsi con la realtà familiare e sociale con cui ha sempre avuto a che fare. Egli teme il confronto con quella realtà da cui ha teso ad isolarsi perché possibile fonte di nuove terribili frustrazioni che inducano in lui una forte angoscia di disintegrazione del Sé. Conseguentemente, operare nella riabilitazione con strategie pedagogiche che tendono ad insegnare al paziente strategie atte a riapprendere competenze sociali è prevalentemente destinato al fallimento in quanto tali strategie si frantumano nel confronto con la realtà relazionale del paziente che tende a riproporre gli stessi schemi che lo hanno condotto all’isolamento patologico. L’atteggiamento più atto a fornire al paziente una motivazione sociale che passi attraverso il ri-confronto col proprio mondo interno è quello “**empatico**” secondo **Heinz Kohut** inteso come “**capacità di provare ciò che un’altra persona prova, anche se in misura attenuata**”. A tale scopo il coterapista si metterà in contatto col paziente tramite quella che **Roberta Siani** chiama l’**EMPATIA MINORE**, quella che permette di sentire lo stato mentale dell’altro secondo uno dei livelli più vicini alla sua realtà attuale. Tale atteggiamento infatti permette al paziente di sperimentare per la prima volta un rapporto non più patologico con una figura che esce dagli schemi fino ad allora coattivamente ripetuti in ogni relazione (**Kohut**). Perché la funzione di IO ausiliario sia espletata è necessario che il coterapista perfezioni il suo atteggiamento empatico arricchendolo di tre caratteristiche:

1. La capacità di distinguere il proprio stato mentale popolato di un numero considerevole di oggetti interni, da quello del paziente con il quale ha trovato dei punti di comprensione identificativa
2. La disponibilità a dare il proprio Sé in prestito al paziente senza sentirsi svuotato o invaso, perché egli possa cominciare a sperimentarsi nei vari contesti della realtà circostante attraverso l’Io ausiliario
3. La competenza improvvisativa che gli permetta di ampliare e modificare positivamente le risorse compensative del paziente così da potergliele “restituire” in tale forma

Di questi tre punti vorrei innanzitutto soffermarmi sul secondo in quanto la dizione “**dare in prestito il proprio Sé**” può suscitare sgomento e preoccupazione oltreché dubbi sull’autentico e realistico significato di tale esposizione concettuale. L’operatore con

funzioni di IO ausiliario renderà disponibile il proprio Sé all'altro per la fusione e la secondaria oggettualizzazione di questo attraverso il continuo rispecchiamento valorizzante di tutte le risorse offerte dal paziente. Alcune di queste potranno manifestarsi come sintomi e quindi provenire dal **Sé difensivo**, altre da quello compensativo. In ambedue i casi la sottolineatura sarà seguita da un processo costruttivo nato dalla cooperazione delle risorse del paziente con quelle dell'operatore così da esserne modificate ma non private dell'elemento primitivo nato dal Sé del paziente ma che egli da solo non avrebbe potuto vivificare. Tale operazione diventa possibile se l'operatore è disponibile anche alla fusione e oggettualizzazione "**gemellare**" del proprio Sé con quello del paziente. Ciò comporterà da parte del paziente una **imitazione adesiva** come se riuscisse a vivere solo attraverso la linfa vitale del suo **IO ausiliario** per andare gradatamente verso l'autonomia ottenuta utilizzando i messaggi restitutivi dell'operatore che renderanno attive quelle risorse compensative in un primo momento mobilitate passivamente dalla mente di quello. In breve possiamo dire che il paziente impara a ritrovare la motivazione sociale vivendo per molto tempo come parassita mentale dell'IO ausiliario e provando poi gradualmente ad usare autonomamente le proprie risorse vitali solo dopo che sono state adeguatamente vivificate dallo stesso.

## TECNICA APPLICATA

**“...non lasciate che la semplicità del metodo vi distolga dal ricorrervi, poiché quanto più avanti vi porteranno le vostre ricerche, tanto più vi si farà evidente la semplicità di tutta la creazione...”**

Edward Bach, *Guarisci te stesso*

Durante il laboratorio, ho potuto constatare che **“fare troppo”** non è mai produttivo. L'**esigenza narcisistica**, presente in tutti i musicisti, dovrebbe essere accantonata per lasciare il posto ad un **“rimando”** con un grado di complessità moderato. Un paziente psicotico infatti, trovandosi in una fase di regressione dal punto di vista neuro-psichico, non presta attenzione al valore estetico della nostra produzione. Il grado di complessità formale, richiedendo uno sforzo eccessivo di comprensione, potrebbe quindi far **“naufregare in un mare di note”** l'equilibrio già precario del paziente. Per questo motivo, è bene costruire un valido sostegno ritmico, melodico o armonico, che abbia le caratteristiche della semplicità e dell'immediatezza. Per esempio, a volte, piuttosto che riproporre la complessa poliritmia del gruppo, è stato più efficace rimandarne solo gli accenti principali. Credo che questo tipo di strategia sia efficace per due motivi: da una parte crea una sorta di stabile solaio – sul quale il paziente può camminare sicuro – dall'altra crea delle sponde verticali – dentro le quali ci si sente **“contenuti”**. Un **ritmo binario** (il ritmo del cuore) o **quaternario** (che è una sua estensione), ha sempre svolto egregiamente questo compito.

Dal punto vista melodico, si è potuta ottenere questa funzione contenitiva con un semplice intervallo di quinta (per es. DO – SOL); se andiamo a rileggere gli aggettivi che qualificano questa **“distanza sonora”**, contenuti nel paragrafo sul fonosimbolismo, possiamo facilmente capirne il perché.

Dal punto di vista armonico, la costruzione di accordi a tre, quattro e cinque voci, è stata una soluzione vincente. Vedremo perché e come farlo, nel prossimo paragrafo.

### Alcune considerazioni sul GOS

Per fornire al paziente una base sicura, è indispensabile che il terapeuta abbia egli stesso una base sicura da permettergli di lavorare con un certo grado di tranquillità. Abbiamo già parlato dell'importanza di un percorso formativo, nel quale prevedere l'analisi personale, la supervisione e lo studio del proprio **ISO**, ai fini di una gestione serena delle proprie dinamiche. Qui vorrei soffermarmi, invece, sull'importanza dello strumentario musicale (**GOS**), sia dal punto di vista delle risorse che da quello prettamente operativo.

## Le risorse

All'interno del **GOS** troviamo strumenti ritmici, melodici, armonici. Tra questi, il metallofono o lo xilofono e la chitarra offrono degli spunti interessanti che permettono d'improvvisare "con facilità", se se ne comprendono le potenzialità.

Partiamo dal metallofono/xilofono.

Generalmente questo strumento presenta le note della scala di do maggiore:

**DO – RE – MI – FA – SOL – LA – SI**

Le possibilità armoniche che ci offre, saranno allora quelle della tonalità di **Do magg.** e della sua relativa minore **La min.**, oppure delle tonalità vicine (cioè con poche alterazioni) **Sol magg./Mi min.** e **Fa magg./Re min.** L'uso di una o dell'altra dipenderà dal centro tonale intorno al quale graviterà la melodia. Se armonizziamo a tre voci queste scale, possiamo notare delle cose interessanti...

### Do magg./La min.

<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>
<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>
<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>
<b>Do magg.</b>	<b>Re min.</b>	<b>Mi min.</b>	<b>Fa magg.</b>	<b>Sol magg.</b>	<b>La min.</b>	<b>Si dim.</b>

### Fa magg./Re min.

<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>Sib</b>
<b>LA</b>	<b>Sib</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>
<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>Sib</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>
<b>Fa magg.</b>	<b>Sol min.</b>	<b>La min.</b>	<b>Sib magg.</b>	<b>Do magg.</b>	<b>Re min.</b>	<b>Mi dim.</b>

### Sol magg./Mi min.

<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA #</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>
<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA #</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>
<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA #</b>
<b>Sol magg.</b>	<b>La min.</b>	<b>Si min.</b>	<b>Do magg.</b>	<b>Re magg.</b>	<b>Mi min.</b>	<b>Fa # dim</b>

Possiamo notare che ci sono accordi comuni a due o a tre tonalità e accordi specifici. La presenza di questi ultimi è causata dai diesis e dai bemolle – i quali caratterizzano il tono di Sol e di Fa. – e potrebbe causare difficoltà nell’accompagnamento.

Ma se, come abbiamo detto prima, utilizziamo una forma più semplice, il **power chord**, contenente solo la tonica e la quinta dell’accordo, otteniamo:

### Do magg./La min.

<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>
<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>
<b>Do 5</b>	<b>Re 5</b>	<b>Mi 5</b>	<b>Fa 5</b>	<b>Sol 5</b>	<b>La 5</b>	<b>Si 5b</b>

### Fa magg./Re min.

<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>Sib</b>
<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>Sib</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>
<b>Fa 5</b>	<b>Sol 5</b>	<b>La 5</b>	<b>Sib 5</b>	<b>Do 5</b>	<b>Re 5</b>	<b>Mi 5b</b>



### Sol magg./Mi min.

<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA #</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>
<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>Fa #</b>
<b>Sol 5</b>	<b>La 5</b>	<b>Si 5</b>	<b>Do 5</b>	<b>Re 5</b>	<b>Mi 5</b>	<b>Fa # 5b</b>



Possiamo notare che il numero delle forme accordali comuni è aumentato notevolmente.

Nella costruzione di questi **power chord**, escludendo la terza – la nota che dà il modo magg. o min. – si ottengono dei **bicordi amodali**, ambigui. Dell'importanza dell'intervallo di quinta ne abbiamo già parlato, qui vorrei solo aggiungere che: questa assenza di modalità, permette un tipo di accompagnamento che ben si presta alle forme amodali della struttura psichica di un paziente psicotico. Utilizzando esclusivamente le forme comuni alle tre tonalità, è possibile contenere le produzioni melodiche dei pazienti, sicuri di non “sbagliare” mai una nota. Tra l'altro l'uso di queste forme a due note è particolarmente semplice da realizzare sulla chitarra. (Gli schemi riportati più in basso ne danno un'idea)

### Power chord: Do 5

#### Tonica sulla 5a corda

#### III Capotasto




			

**DO**

**SOL**

**Power chord: Do 5**  
(con raddoppio della tonica)

**III C**



**DO**

**DO**

**SOL**

**Power Chord: Do5**  
**Tonica sulla 6a corda**

**VIII C**

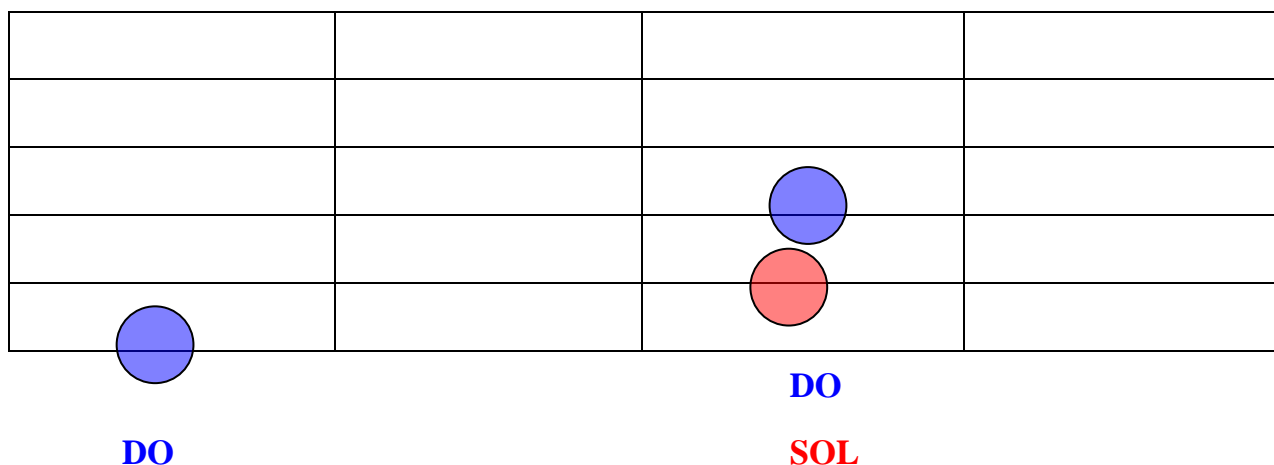
			

**DO**

**SOL**

**Power Chord: Do5**  
(Con raddoppio della tonica)

**VIII C**



Questo non vuol dire che gli altri tipi di accordi non comuni, non vadano utilizzati. Dipenderà tutto dal contesto e dalla fase di elaborazione dell'improvvisazione. Chiariamo bene questo concetto.

Da una forma meno strutturata, in cui prevarranno poche note – generalmente la scala pentatonica (che tra l'altro è molto infantile, quindi amodale, generica...) – e i power chord, si passerà ad una fase più evoluta e complessa. In quest'ultima potranno eventualmente rientrare tutte le note della scala e le forme accordali a tre, quattro e cinque suoni. Aumentando le voci, si potranno usare meno accordi, considerato il fatto che ne possono bastare due per avere una “**cornice armonica**” completa. Vediamo questo concetto nella tonalità di Do magg.

<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>
<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>
<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>
<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>	<b>DO</b>	<b>RE</b>
<b>DO</b>	<b>RE</b>	<b>MI</b>	<b>FA</b>	<b>SOL</b>	<b>LA</b>	<b>SI</b>
<b>Do 7maj/9</b>	<b>Re min.9</b>	<b>Mi min.9</b>	<b>Fa 7maj/9</b>	<b>Sol 9</b>	<b>La min. 9</b>	<b>Si sem.dim9m</b>

## BIBLIOGRAFIA

- ALLORTO RICCARDO, *Nuova storia della Musica*, Ricordi, Milano.
- BARICCO ALESSANDRO, *Novecento*, Feltrinelli, Milano.
- BENENZON ROLANDO, *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma.
- BRENNER CHARLES, *Breve corso di psicoanalisi*, Martinelli, Firenze.
- BRUSCIA KENNETH, *Definire la musicoterapia*, Archetti, Roma.
- CAMPBELL DON, *L'effetto Mozart*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- DACO PIERRE, *Che cos'è la psicologia*, Rizzoli, Milano.
- DAQUINO GIACOMO, *Bisogno d'amore*, Mondadori, Milano.
- DE MICHELE, DI FRANCO, *Musicoterapia in Italia*, Idelson, Napoli.
- DE ROSE NINO, *Armonia e fraseggio jazz*, Melodi, Torino.
- DOGANA FERNANDO, *Suono e senso*, Franco Angeli, Milano.
- GOLEMAN DANIEL, *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano.
- PIAGET JEAN, *Lo sviluppo mentale del bambino*, Einaudi, Torino.
- PIAZZA GIOVANNI, *Musica per bambini*, Suvini Zerboni, Milano.
- PORZIONATO GIUSEPPE, *Psicobiologia della musica*, Pàtron, Bologna.
- POSTACCHINI, RICCIOTTI, BORGHESI, *Lineamenti di musicoterapia*, La nuova Italia scientifica, Roma.
- SCARDOVELLI MAURO, *Il dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna.
- SCHEFFER MECHTHILD, *Terapia con i fiori di Bach*, Tea, Milano.
- SIANI ROBERTA, *Psicologia del Sé*, Bollati Boringheri, Torino.
- STEFANI, MARCONI, FERRARI, *Gli intervalli musicali*, Bompiani, Milano.