

The creation of a group including a Psycho-Music Therapy Team (EPMt) within the SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo hospital's Department of Mental Health.

A joint venture in a collaboration between the Vivaldi Conservatory of Alessandria and the Department of Integrated Activities (DAIRI) of the same Hospital. Considerations on the relationship between music and language, between music therapy and psychoanalysis.

La nascita del gruppo come costituzione di un'Équipe Psico-Musicoterapica (EPMt) in un Dipartimento di Salute Mentale come collaborazione tra il Conservatorio Vivaldi di Alessandria e il Dipartimento DAIRI dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria. Considerazioni sul rapporto tra musica e linguaggio, tra musicoterapia e psicoanalisi.

Authors:

Anna Pacchioni, Infermiere Professionale SC Psichiatria AO AL, commissione ricerca nell'area arti espressive del Centro Studi Spedalità Cura e comunità per le Medical Humanities, DAIRI

Patrizia Santinon, Psichiatra, Psicoterapeuta, Psicoanalista, Coordinamento Scientifico Centro Studi Medical Humanities, DAIRI AO AL

Marzia Zingarelli, Pianista, Professore di Pratica della Lettura Vocale Pianistica, Conservatorio Vivaldi, Musicoterapeuta, Membro Direttivo AIM (Associazione Italiana Professionisti della Musica)

Original article

Key words: Non-verbal language, Psycho-Music Therapy Team, synchronicity, transformative reveries

ABSTRACT

The music therapist is a musician able to use music and its elements in an individual or within a group relationship, through a well-defined process in order to promote favorable changes in quality of life (QoL) among people with different problems. In February 2019, within the main building of the SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo hospital, a specific area was made available to this group for their meetings. This room was renamed "maternal womb" and this space was chosen because neutral, not identified as a psychiatric area. We have carried out laboratory interventions of music teaching for patients and hospital staff that have simultaneously become an opportunity for the student internship of the three-year teaching course in music therapy of the Vivaldi Conservatory of Alessandria. These first activities have made it possible to share and deepen the knowledge of "languages" between musicians / music therapists and health professionals, thus constituting a Psycho-Music Therapy Team (EPMt) watchful and attentive to mutual listening targeted towards the common aim of understanding and offering, to those who have a complexity of experiences related to psychological discomfort, alternative methods of communication. This contribution will develop and integrate the points of view of a music therapist, a psychiatrist and a nurse.

Il musicoterapeuta è un musicista in grado di applicare l'uso della musica e dei suoi elementi in un rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito al fine di promuovere cambiamenti nella qualità della vita in persone con problematiche differenti. Dal febbraio 2019 in uno spazio dell'Azienda Ospedaliera rinominato sala "ventre materno", scelto come luogo neutro non connotato come spazio psichiatrico, abbiamo realizzato interventi laboratoriali di didattica musicale per pazienti e personale ospedaliero divenuti simultaneamente occasione di tirocinio degli studenti del triennio di didattica a indirizzo musicoterapia del conservatorio Vivaldi di Alessandria. Queste prime attività hanno permesso di approfondire la conoscenza e la condivisione di "linguaggi" tra musicisti/musicoterapeuti e operatori sanitari costituendo così un'Équipe Psico-Musicoterapica attenta all'ascolto reciproco finalizzato all'obiettivo comune di comprendere e offrire, a chi ha una complessità di vissuti legati al disagio psichico, modalità alternative di comunicazione. Si svilupperanno in questo contributo i punti di vista di un musicoterapeuta, di uno psichiatra e di un infermiere .

Nel tentativo di comunicare gli aspetti essenziali sul rapporto tra musicoterapia e psicoanalisi e sull'esperienza di nascita del gruppo come costituzione di un'Équipe Psico-Musicoterapica, è necessario rispondere preventivamente ad alcune possibili domande: "Che cosa è la Musicoterapia?", "Chi è il musicoterapeuta?"

La nascita della musicoterapia come disciplina scientifica può essere considerata il risultato di un processo giunto a piena consapevolezza a metà del secolo scorso, ma che affonda le sue radici sin dalle origini del mondo. A partire da allora fino ad oggi, nel tentativo di fare della musicoterapia una disciplina scientifica riconosciuta come tale, si sono compiuti moltissimi studi e ricerche che hanno visto fiorire modelli di diversa impostazione sia teorica che metodologica.

Il congresso mondiale di musicoterapia tenutosi nel 1999 a Washington, ha formalizzato l'esistenza di cinque modelli internazionali riconoscendone l'efficacia e la validità. A questi modelli, ormai considerati storici, si sono aggiunti diversi approcci e metodologie a seconda delle teorie di riferimento e della specificità dell'utenza.

La World Federation Music Therapy definisce "La Musicoterapia è l'uso professionale della musica e dei suoi elementi come intervento in ambienti medici, educativi e comuni con individui, gruppi, famiglie o comunità che cercano di ottimizzare la loro qualità di vita e migliorare la salute e il benessere fisico, sociale, comunicativo, emotivo, intellettuale e spirituale. Ricerca, pratica, educazione e formazione clinica in musicoterapia sono basati su standard professionali in relazione ai contesti culturali, sociali e politici". (World Federation Music Therapy, 2011. www.wfmt.info)

La musicoterapia si può dunque definire come l'uso professionale della musica da parte di un musicoterapeuta specializzato con un utente o gruppo di utenti con l'intento di migliorarne la qualità della vita; una risorsa complementare aggiuntiva impiegata in contesti sociali, educativi e preventivi; nel contesto sanitario impiegata su

indicazione e sotto la responsabilità di personale sanitario.

La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che l'utente possa meglio realizzare l'integrazione intra e interpersonale; con questo obiettivo il musicoterapeuta si pone di fronte all'altro come ad un mondo sconosciuto che si desidera comprendere attraverso i segnali e le proposte che manifesta.

Un mondo che può essere costituito di aree malate e di aree sane che vanno considerate nel loro insieme e nella loro interdipendenza. Da ciò nasce la necessità di intervenire rinforzando e alleandosi con le aree sane: solo così si può aiutare il soggetto a scoprire la sua capacità di agire sulla realtà e di trarre da questo agire gratificazione e piacere.

Nelle sessioni di musicoterapia la musica improvvisata non è utilizzata come fine a sé stessa, con propositi estetici, ma viene creata per l'utilità e l'interesse che riveste nell'utente, con l'intento di rivolgersi ai suoi bisogni e alle sue difficoltà; il musicoterapeuta non si pone alcun obiettivo rispetto all'acquisizione delle competenze musicali specifiche e non si ferma a giudicare il prodotto, in quanto il suo fine è la costruzione della relazione musicoterapeutica.

La musica, proprio per le sue qualità multisensoriali, è in grado di stimolare l'attività psicomotoria, fungere da supporto per i processi cognitivi, sostenere l'espressione dei bisogni e dei vissuti della persona e favorire l'apertura di nuovi canali di comunicazione.

Le competenze del musicoterapeuta sono fondamentalmente afferenti alla comunicazione, l'interazione e la relazione attraverso l'uso della musica e/o degli elementi musicali e la composizione sonoro-musicale formale e informale.

Tale competenza si esplicita prioritariamente nella messa in atto di specifiche tecniche sonoro-musicali improvvisative, appropriate alla persona, che pongono particolare attenzione alle caratteristiche dei parametri musicali e dei diversi livelli di struttura musicale emersi nell'interazione sonoro-musicale nei diversi contesti applicativi.

Il musicoterapeuta ha una cultura fondata su una solida preparazione e su una formazione interdisciplinare; possiede conoscenze e competenze nelle discipline teoriche-analitiche, pratiche e musicoterapiche, per una consapevole comprensione dei fenomeni connessi ai processi di condivisione dell'esperienza con la musica, il suono, la voce, il ritmo ed il movimento in diversi contesti applicativi; ha abilità tecniche strumentali di accompagnamento estemporaneo, di pratica dell'improvvisazione, di arrangiamento e trascrizione, di analisi su forme, sistemi e linguaggi musicali.

Oltre alla preparazione musicale, il musicoterapeuta ha una conoscenza dei principali modelli di intervento in funzione degli obiettivi (promozione della salute, sostegno, terapia) nei diversi contesti applicativi, dei principali metodi di verifica empirica dell'efficacia degli interventi, della dimensione etica e deontologica della professione e un consolidato bagaglio di conoscenze operative indispensabili in ambiti quali: l'osservazione, la pianificazione e progettazione, la presa in carico, la scelta degli obiettivi a lungo e medio termine, le tecniche da utilizzare, la valutazione e la restituzione del proprio operato; dei metodi e delle tecniche attive e recettive; dell'utilizzo consapevole e mirato del suono e della musica nei vari contesti applicativi; dell'analisi dei processi musicali e terapeutici di casi clinici.

Accanto a tale universo di conoscenze e competenze teorico-pratiche sono richieste conoscenze teoriche di base relative alle tappe di sviluppo motorio e cognitivo umano, alle caratteristiche principali dei più diffusi disturbi neurologici, cognitivi e psichiatrici.

Il musicoterapeuta è un musicista in grado di applicare l'uso della musica e dei suoi elementi in un rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito, per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione ed altri obiettivi terapeutici degni di rilievo, nella prospettiva di assolvere ai bisogni fisici, emotivi, sociali e cognitivi. La musicoterapia, quindi, impiega intenzionalmente la musica al fine di promuovere cambiamenti nella qualità della vita in persone con problematiche differenti.

Le pubblicazioni e gli studi di ricerca sugli effetti ed efficacia degli interventi musicoterapeutici e di ascolto musicale mirati si sono moltiplicati esponenzialmente negli ultimi quindici anni, tanto da indicare un interesse crescente e multidisciplinare nell'utilizzo e lo studio della musica come supporto alla salute, emergendo da campi come la psicologia (McFerran et al. 2018; Pezzin et al. 2018), la musicoterapia (Gold et al. 2006; Moe, 2002), la neurologia (Tan et al. 2016; Ventouras et al. 2015); l'infermieristica (Pölkki et al. 2012; McAffrey e Locsin, 2002), e la psichiatria (Grasser et al. 2019; Grocke et al. 2008), tra molti altri.

Le impostazioni di studio spaziano da programmi per l'elevazione dell'umore o la riduzione dello stress a interventi clinici per il trattamento di malattie mentali gravi. I risultati indicano che la musica può fornire benefici per la salute, come una migliore risposta immunitaria e una migliore re-

golazione del coping e delle emozioni (Burrai et al., 2019; Pezzin et al., 2018; Rollins & King, 2015). Nonostante i molteplici studi e i risultati positivi, l'accesso della musicoterapia come supporto o trattamento

per la salute mentale rimane limitato; queste limitazioni possono essere ricondotte alla natura interdisciplinare della ricerca relativa alla musica e alla salute mentale, combinata con la difficoltà di comunicare e coordinare i risultati attraverso i confini disciplinari.

Dal punto di vista del musicoterapeuta

Dal 2014 nel Conservatorio Vivaldi di Alessandria ho realizzato seminari di Musicoterapia per creare una piattaforma di conoscenza di base e divulgare la disciplina in modo sistematico nell'istituzione.

Nel settembre 2018 sono stata contattata dalla dott.ssa Santinon per iniziare una collaborazione tra i due enti, Conservatorio Vivaldi e Azienda Ospedaliera, e sono rimasta piacevolmente colpita dalla sua attenzione, sensibilità e lungimiranza verso la musicoterapia in quanto in certi ambienti italiani ancora stenta ad avere la giusta considerazione come intervento di supporto in luoghi medici, educativi e comuni.

Per approfondire la conoscenza reciproca delle strutture cooperanti e delle possibilità di intervento offerti, abbiamo avuto degli incontri preliminari e sopralluoghi presso le rispettive sedi, individuato la reciprocità degli obiettivi d'interesse comune e definito l'Équipe Psico- Musicoterapica (EPMt) per la realizzazione degli interventi. Nella prima fase, in uno spazio dell'Azienda Ospedaliera rinominato sala "ventre materno" e scelto come luogo neutro non connotato come spazio psichiatrico, con il collega Prof. Neulichedl abbiamo realizzato interventi di laboratorio di didattica musicale per pazienti, personale ospedaliero oltre che per l'attività di tirocinio degli studenti del triennio di didattica a indirizzo musicoterapia. La presenza dei musicisti, musicoterapeuti in formazione supervisionati dai docenti del Conservatorio, ha permesso di svolgere un tirocinio nei luoghi clinici del DISM (Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale).

Per questi primi incontri come EPMt abbiamo dedicato molta attenzione alla preparazione degli studenti che sarebbero entrati in un luogo di cura - spesso stigmatizzato per la tipologia dei pazienti afferenti - e alla definizione della modalità di un intervento che li coinvolgesse gradualmente lasciando spazio alla libera espressione di ognuno. In questa fase la scelta dell'utenza da coinvolgere è ricaduta su un gruppo di pazienti che, con adesione spontanea al progetto, hanno partecipato con continuità alle sedute, anziché di pazienti del SPDC che avrebbero beneficiato di una sola sessione di musicoterapia in quanto hanno un tempo medio di degenza di non più di una settimana. Gli incontri iniziali sono stati frutto di una meditata e approfondita riflessione volta a delineare un "flusso didattico e musicoterapeutico" in grado di

s/muovere su più piani, ma in maniera bilanciata, diversi processi e aspetti relazionali. L'intenzione era di ricalcare la tipologia e scansione degli incontri in modo da entrare in una sorta di ritualizzazione delle attività e della costruzione delle relazioni. L'attenzione posta a questi piani ha riguardato in particolare le dimensioni: corporeo/spaziale, uso del corpo più o meno libero o strutturato/finalizzato rivolti all'osservazione delle relazioni fisiche con lo spazio nonché tra i presenti; - fisico-energetico, mediato dalla relazione sia con il proprio corpo, compresa la vocalità, sia con oggetti/strumenti sonoro/musicali; - relazionale/comunicativo/musicale, filtrata attraverso la costruzione di relazioni "regolate" da forme e strutture musicali, anche aperte, nelle quali la musica - in quanto "oggetto culturale" - può svolgere un ruolo regolatore superorganico, nonché mediante la strutturazione di sequenze sonore secondo diverse modalità, anche estemporanee; - relazionale/comunicativo/verbale e non-verbale, collegata a vari aspetti procedurali, consegne, interazioni, conduction ed altro;- musicale. Da questa "mappa dei modi di significazione" dell'esperienza musicale collettiva sono state dunque ricavate quattro prime attività ciascuna delle quali evidenzia gli aspetti processuali.

Queste prime attività hanno permesso di approfondire la conoscenza e hanno favorito la condivisione di "linguaggi" tra musicisti/musicoterapeuti e operatori sanitari costituendo così un'Équipe Psico-Musicoterapica attenta all'ascolto reciproco finalizzato all'obiettivo comune di comprendere e offrire, a chi ha una complessità di vissuti legati al disagio psichico, modalità alternative di comunicazione per indagare e migliorare i propri rapporti interpersonali.

Il progetto dell'Équipe si è poi sviluppato in altre realtà del territorio coinvolgendo pazienti e operatori nelle buone pratiche del convivere e co-costruire, scardinando con gentilezza alcuni vecchi paradigmi. Gli interventi di musicoterapia in sede Salute Mentale ASL AL, luoghi del Gruppo Riabilitativo nell'ex manicomio San Giacomo di Alessandria, li ho condotti coinvolgendo alcuni studenti del triennio di didattica a indirizzo musicoterapia per il loro tirocinio. È stata effettuata una programmazione dell'intervento terapeutico per una valutazione qualitativa e quantitativa dell'approccio musicoterapico nel gruppo di pazienti, con la valutazione dell'esperienza trasformativa per l'Équipe medico-psico-musicoterapica al fine di legittimare la figura del musicoterapeuta nei luoghi clinici.

Per preparare i tirocinanti sulle problematiche del disagio mentale e sociale, le colleghe dell'Équipe di area sanitaria, la Dott. ssa Patrizia Santinon, psichiatra, Anna Pacchioni, infermiera e la Dott.ssa Stefania Bellora, neuropsichiatra infantile sono intervenute in alcuni moduli tenuti all'interno del Conservatorio.

Sono stati effettuati incontri con l'équipe del Gruppo Riabilitativo per definire le modalità di intervento e sopralluoghi nei locali del Centro

Riabilitativo per individuare il setting degli incontri di musicoterapia.

Il progetto prevedeva di coinvolgere utenti maggiori della provincia, con la presenza stabile di un educatore del Centro, per un tempo di sette mesi circa con sedute a cadenza settimanale della durata di circa 50/60 minuti.

Nell'incontro di presentazione e raccolta delle adesioni al progetto degli utenti del GR, abbiamo definito "che cosa è" un intervento di musicoterapia attraverso l'utilizzo del suono come canale di comunicazione non verbale. Abbiamo fornito anche una scheda per il rilevamento del patrimonio sonoro musicale di ogni utente al fine di conoscere gli archetipi sonori, i ricordi, i gusti musicali legati all'infanzia e quelli attuali sia piacevoli che non.

Questa prima fase è necessaria al musicoterapeuta per inquadrare il paziente sia dal punto di vista della patologia che della sua realtà sonora, delle preferenze e conoscenze musicali. È stato chiesto anche il consenso alle riprese audio-video per uso interno di analisi e valutazione. Dall'analisi delle risposte alla scheda dei partecipanti abbiamo definito le modalità di intervento e osservazione per le sedute e gli strumenti musicali da utilizzare. Gli incontri basati prevalentemente sulla comunicazione non-verbale prevedevano un momento di scambio e riflessione verbale finale. In musicoterapia le prime sedute sono fondamentali per introdurre gli utenti ad una nuova modalità di relazione ed espressione, per creare le basi per la relazione e osservare le modalità di espressione degli utenti, il loro modo di utilizzare degli strumenti o la voce.

Nel progetto abbiamo previsto anche l'attività in gruppo di songwriting con l'utilizzo di elementi musicali dei pazienti presentati nelle varie sedute. Il songwriting permette di sperimentare le proprie capacità, di creare interazioni con il gruppo e con il musicoterapeuta, favorisce l'autostima grazie alla possibilità di esprimere pensieri e aspetti inconsci della personalità e le proprie emozioni. Le canzoni forniscono sostegno emotivo, psicologico e spirituale e diventano anche un mezzo per apprendere concetti e sviluppare abilità espressive e motorie. Il significato e le potenzialità terapeutiche di una canzone non sono legati solo all'espressività o alla modalità di esecuzione, ma soprattutto alle relazioni che si instaurano all'interno e all'esterno della seduta (Baker e Wigram, 2008).

Il modo in cui la musica viene gestita nel contesto terapeutico di salute mentale è inserito in uno specifico background teorico e applica i principi psicodinamici nel metodo terapeutico, con riferimento anche all'antropologia. È importante che ci sia un quadro terapeutico e antropologico di riferimento altrimenti le considerazioni teoriche rischiano di essere restrittive e potrebbero mancare dell'elasticità necessaria per essere applicabili in contesti clinici diversi.

Il musicoterapeuta lavora in modo non verbale, a livello pre-verbale, attraverso la musica. Ciò implica che conosca i meccanismi psicologici sottostanti al fine di prendere in considerazione le possibili espressioni del paziente.

La musica come oggetto regressivo dà un accesso evidente e diretto al mondo emozionale del paziente; attraverso la musica, si esprimono le emozioni dei pazienti e si crea e si fornisce una forma a ciò che è senza forma, o piuttosto non ha ancora preso forma. Essenziale in questo processo è l'emergere di "momenti di sincronicità". La risonanza gioca un ruolo cruciale e ciò è reso possibile quando il musicoterapeuta opera con atteggiamento di ascolto empatico, o *réverie* (De Backer et al., 2014).

Réverie è un concetto introdotto da Bion (1967) che si riferisce al pensiero e all'atteggiamento del terapeuta che fornisce una forma al mondo caotico del paziente. Durante questa regressione musicale è importante che anche il musicoterapeuta sia sensibile a ciò che il paziente sperimenta. In questo modo il musicoterapeuta è strettamente legato allo stato del paziente e prende spunti da ciascuno dei suoi sensi. Momenti come questi sono spesso concretamente visibili, poiché la postura del musicoterapeuta e del paziente rispondono a un senso condiviso di pulsazione. Il verificarsi di questa "risonanza" è simile alla relazione tra musica e danza, o all'interazione tra i movimenti della mano sinistra e destra; elementi separati e indipendenti interagiscono secondo una singola intenzione, strettamente condivisa tra ogni elemento. Quando arriva questo momento di sincronicità, il paziente può cambiare il suo senso del sé interiore, e attraverso l'improvvisazione può sperimentare la musica come un'espressione proveniente dall'interno di sé stessi.

L'improvvisazione è la produzione di un'azione non pre-composta, nata nel qui ed ora, dentro la quale la persona proietta il suo stato d'animo, la sua energia, le sue intenzioni utilizzando ciò che ha a disposizione in quel momento; gli elementi musicali che si creano improvvisando si susseguono uno dopo l'altro, in un discorso in continuo sviluppo e che difficilmente si ripete nello stesso modo. Nell'improvvisazione musicale riecheggiano aspetti sia del passato che del presente di una persona, come il contesto socio-culturale da cui proviene, le sue preferenze musicali e capacità tecniche, associazioni con eventi significativi, stati d'animo e personalità; questi aspetti si amalgamano ed emergono, favorendo la creazione di un'identità musicale personale (Wigram, 2005).

La musicoterapia nel contesto psichiatrico è incentrata in gran parte sui rapporti di transfert tra musicoterapeuta e paziente e sulla loro relazione. Il musicoterapeuta si rapporta con una varietà di pazienti, il paziente può sviluppare e rafforzare il proprio Sé vedendosi e ascoltandosi attraverso il musicoterapeuta. Un elemento molto importante per il paziente è la creazione del setting in cui si possa sentire abbastanza sicuro da interagire liberamente. I concetti clinici di resistenza e coazione a ripetere risultano le migliori soluzioni che il paziente può scegliere per sopravvivere alle situazioni precedenti che producevano ansia. Lo scopo non è quello di rafforzare la resistenza bensì regolarla sviluppando nuovi modelli di comportamento per indebolire la coazione a ripetere. Nell'improvvisazione musicale il musicoterapeuta

partecipa attivamente ed esplora in profondità diverse tecniche di rispecchiamento, pulsazione, contenimento attraverso la musica. Nella musicoterapia l'improvvisazione musicale è un processo interattivo e i pazienti con problemi relazionali e con un ego debole possono trarre benefici.

La musicoterapia attiva è il metodo più usato in questo campo: il musicoterapeuta presenta diverse "regole" per l'esecuzione musicale e questi elementi sono scelti in modo tale che i pazienti possano provare diversi strumenti musicali e tecniche di esecuzione. Il musicoterapeuta non cerca di cambiare i sentimenti o comportamenti del paziente, ma glieli restituisce musicalmente come una conferma empatica e di sostegno.

Nelle sessioni l'attenzione è posta sulla relazione del paziente con la musica e con gli strumenti musicali, sul suo coinvolgimento e sull'abilità di sperimentare, sulla connessione tra l'espressione verbale e non verbale, ma soprattutto sulla sua capacità di rapportarsi o di ascoltare nella musica il musicoterapeuta che si pone, quindi, come un facilitatore di nuove relazioni.

Testimoniare la comprensione empatica, le difficoltà e il modo in cui possono o non possono essere risolte, può migliorare notevolmente la crescita personale sia dei pazienti che dei musicoterapeuti.

Dal punto di vista del clinico

In una prima fase di costruzione dell'équipe volta a conoscerci meglio e a costruire il setting per l'intervento musicoterapeutico, meglio definibile allora come laboratorio di musicalità per un gruppo di pazienti ricoverati in quel tempo nel SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) dell'Azienda Ospedaliera, recuperammo nel corso di una esplorazione degli spazi dell'ospedale generale un ammezzato che ospitava le varie sigle sindacali come luogo neutro rispetto al reparto di psichiatria e con caratteristiche strutturali e sonore che ci fecero pensare ad un " ventre materno".

Mi colpirono le parole dei colleghi musicisti e musicoterapeuti che definivano il patrimonio sonoro individuale alludendo già ad un intervento specifico e individualizzato come ogni intervento e progetto riabilitativo dovrebbe essere, pensato e costruito per l'individuo e specifico della specificità umana della persona del terapeuta e del paziente. Il patrimonio sonoro rimanda alle esperienze percettive del neonato che non coglie le singole parole nell'esperienza percettiva in cui è immerso: per il neonato il flusso di parole della madre non è simbolico ma fa parte del processo primario, di tutto ciò che è percepito e registrato nelle tracce mnestiche, poiché il suono, il tono della voce, il ritmo del discorso sono fusi all'interno di un evento globale di percezione e apprendimento, di scambio emotivo.

Così un intervento musicale (laboratorio di musicalità come prima esperienza sperimentale di avvicinamento allo strumento oggetto esterno e

al corpo come strumento musicale) può richiamare la vita emotiva primaria attraverso reverie acustiche e s'inscrive in un atto originale di intuizione poetica creativa che dà spazio all'emersione di contenuti non ancora istituiti e mai nati piuttosto che contenuti già istituiti.

Il metodo psicoanalitico è così vicino a quello musicoterapeutico proprio perché da una dimensione più propriamente decodificativa e interpretativa e tende ad una dimensione configurativa affettiva che permette di accedere a dimensioni inconscie altrimenti inesplorabili.

Il paziente G. nel corso di uno dei primi interventi sonori vuol essere riconosciuto come il più competente del gruppo a partire dalle competenze musicali che derivano dal suo passato di studente di Conservatorio, non ne ha più fatto esercizio ma cerca in questa sua educazione musicale abortita poiché non si è dispiegata in un percorso formativo coerente e continuativo la cifra della sua specificità che guarisce lui dal vissuto di costitutiva inadeguatezza. Così in qualche modo si attribuisce il ruolo di interfaccia dei pazienti, il gruppo da cui si separa senza mai confondersi, con i musicoterapeuti. Arroccato sulle sue pseudo-competenze tecniche come difesa attraverso una strenua intellettualizzazione e note di manierismo, sembra incapace di trovare uno spazio suo pacificato ove stare in contatto con sé stesso e con il gruppo, con il ritmo che il gruppo ha trovato mostrando una capacità di ascolto e sintonizzazione reciproca. Sembra incapace di allentare la tensione per la paura di essere perduto se non spinge su di sé l'attenzione: l'esperienza di perdersi nell'arte e nella musica senza essere perduti, angosciati, frammentati può avvenire a patto che sia stata acquisita la "capacità di essere solo" (Winnicott, 1958) e cioè la capacità di entrare (nel gruppo), perdendosi temporaneamente con un esercizio di capacità negativa in cui possano emergere movimenti di senso e reverie trasformative.

Ho citato Winnicott proprio per la possibilità di vivere attraverso esperienze di produzione e ascolto del suono (proprio e/o altrui) uno stato transizionale ed evolutivo fondamentale per la vita psichica di ognuno: l'esperienza musicale consente di mettere in comunicazione la realtà interna con quella esterna proprio come avviene nella dimensione pre-natale e pre-verbale del legame madre-bambino in cui il sonoro fatto di escursioni respiratorie, battito cardiaco, movimenti come suoni del materno, del paterno, dell'ambiente familiare filtrato attraverso la madre, colpisce il feto e lo accompagna in una "esperienza di specularità acustica primaria" (Fornari, 1984).

Lo spazio transizionale e potenziale cui la musica conduce è tale poiché da lì si origina la potenza creativa in un linguaggio che "diversamente dagli altri linguaggi che si muovono dal corpo alla mente si muove dalla mente al corpo, dal simbolico al sensoriale, verso una matrice semantica con un largo potenziale e con una natura di carattere affettiva" (Di Benedetto, 1991).

Il verbo creare nel senso etimologico di portare ad esistere origina dal latino *creo* e ha la stessa

radice del verbo crescere. La creatività primaria intesa come pulsione innata alla salute mentale è legata alla necessità dell'illusione di onnipotenza dell'infante nella diade *mère-bébé* e consiste nel mantenere l'accesso lungo tutta la propria vita alla capacità di creare il mondo sperimentata nell'infanzia e a partire dalla quale si può gradualmente diventare capaci di sperimentare e tollerare la frustrazione. Il sonoro è la dimensione più autentica del sé, la dimensione sonora e fonetica delle parole materne colpisce il feto e lo accompagna e rappresenta pertanto fin dall'inizio il luogo e il tempo dell'origine dell'Essere in senso winnicottiano.

Il paziente G. che si porta come primo della classe e che è invece è gruppo in cui le proiezioni tendono ad essere progressivamente smorzate proprio grazie all'intervento musicoterapeutico è come obbligato a suonare in monotono e come inautenticamente in riferimento al sonoro familiare in cui alla madre cui è invece concessa la possibilità isterica di suonare in varie gradazioni. L'intensità dinamica di G. va da un piano pianissimo a un forte fortissimo per identificazione proiettiva alla madre che non gli permette di sviluppare un suo personale suono fuori dell'ensemble del suono familiare antico patologico e che chiude la possibilità di esprimere il proprio originale modo di essere.

La possibilità di entrare nel gruppo, di suonare dinamiche diverse sembrava al principio a lui preclusa, una interdizione per cui ogni emozione è vietata e solo il contenuto trasgressivo della rottura e degli attacchi aggressivi al gruppo esprime un modo diverso di proteggersi in luogo del nascondersi, suonare e parlare piano, essere la madre. Un nuovo modo di comporre le relazioni è possibile in un gruppo in cui le istanze persecutorie e le identificazioni proiettive patologiche sono diluite nella composizione di nuove relazioni.

All'inizio era il Suono, il Suono era presso la madre. La Madre era il Suono (Fornari, 1984) dove viene parafrasato il prologo del vangelo di San Giovanni o Inno al Logos "in principio era il Logos, e il Logos era verso Dio e Dio era il Logos" (1,1-5): il valore affettivo della musica è da riconnettersi con la madre, il primigenio ed è di qui che derivano i legami con la vita emotiva. Proprio nel non verbale in una sorta di regressione alla dimensione primaria l'arte musicale ci permette di connettersi al familiare nel non familiare, Unheimliche, di recuperare esperienze di fusionalità ma anche di separazione. La musica permette dunque in un istante sonoro di ri-sperimentare la gamma emotiva e istintuale che si ha nello sviluppo del sé.

Riportare la dimensione sonora solo all'origine materna potrebbe essere riduttivo poiché il suono non è solo materno ma è anche il suono del mondo esterno (sebbene filtrato dalla reverie materna nella vita intrafetale e nella perinatale) e riguarda anche il non familiare e il paterno. È anche il primo contatto con l'altro.

Un'esperienza onirico-musicale che procede dalla mente al corpo e ha nel divenire la sua dimensione naturale non deve essere necessariamente decodificata o interpretata ma apre a nuovi pensieri

e sviluppa la capacità di pensare come intuizione poetica creativa, un tipo particolare di esperienza in cui si presentano piuttosto che rappresentano aspetti del proprio sé che non possono mai offrirsi del tutto alla comprensione e alla sua traduzione linguistica.

Le sedute musicoterapeutiche sono qualcosa di tecnicamente preparato e minuziosamente costruito prima dell'inizio della seduta stessa insieme a oggetti di valutazione qualitativa quali la scheda del patrimonio sonoro e le schede di valutazione: c'è un lavoro artigianale e personalizzato che coinvolge la persona del musicoterapeuta prima e dopo la seduta. Esiste contemporaneamente qualcosa che ha a che fare con l'improvvisato, il non preparato, l'insaturo, l'improvvisato: "Ci troviamo così entro una serie di opposizioni: abbiamo così un equilibrio instabile tra ordine e trasgressione, tra libere invenzioni e i vincoli stabiliti dall'armonizzazione e da altro ancora" (Petrella, 2014)

Quello che si costruisce in una seduta musicoterapeutica ha in sé qualcosa di artistico che pertiene l'artista-paziente in seduta senza che questi conosca necessariamente la musica o senza che questi mostri una consapevolezza di quanto accade mentre accade, come un gatto che percorra la tastiera di un pianoforte. Nell'incontro con l'altro quella sequenza può diventare una Fuga del Gatto con l'eleganza di Scarlatti nella Sonata K 30, una sfida di note ascendenti che diventano un testo-partitura con una propria semantica e sintassi. Il casuale del sogno-seduta musicoterapeutica diventa un discorso-dialogo complesso che trasforma il caotico e il casuale in qualcosa di significativo.

Mi vengono in mente le proposte dei laboratori di musicalità che divengono poi variazioni per ciascun paziente/ partecipante in cui le varie torsioni trasformative della proposta iniziale sono Trasformazioni appunto (Veranderungen) piuttosto che Variazioni. Parlare di musica e di improvvisazione significa cogliere la presenza di un momento di accordo e di concordanza nel contrasto, un ordine nel disordine, un calcolo nel caos. Le strutture poliritmiche che ne derivano un poco come nelle orchestre gamelan comportano l'istituzione di uno stabile incontro sociale (il gruppo che si riunisce ad una determinata ora sempre nello stesso giorno con gli stessi componenti), la presenza dunque di una cornice, di un setting in cui vi sono parti esecutive esplicite comunicate prima della seduta come un contratto di terapia , al tempo zero della proposta terapeutica, e proprio in virtù di questo contenitore condiviso ed esplicitato consentono di poter giocare . Può fare il suo ingresso l'aleatorio che rimanda a Duchamp e a John Cage e che in seduta diventa la possibilità di "prendere parola" strumentale o di voce ma anche di tacere seguendo un proprio moto o piuttosto reagendo a ciò che fanno gli altri esecutori-pazienti guidati o meno dalle indicazioni del musicoterapeuta e del coterapeuta.

Con la musica è possibile portare a emersione l'indicibile, formulare pensieri che si rifiutano di esprimersi con il loro portato pregiudizievole inconscio nocivo.

In una seduta musicoterapeutica accade di produrre suono prima di pensare in analogia con la regola fondamentale delle libere associazioni in seduta psicoanalitica in cui alla prescrizione pedagogica del "cogito deinde dico" si sostituisce quella del parlare senza pensare nella direzione di una libertà assoluta che qualche volta anche in seduta psicoanalitica diventa puro sonoro, canto spontaneo, respiro o silenzio. Così in seduta la restituzione che in musicoterapia individuale è un faccia a faccia diventa un discorso sonoro (senza stimolazioni visive almeno per quanto pertiene il paziente in una posizione sottratta al vis à vis) in cui anche ciò che dice il terapeuta introduce delle qualità estetiche ed estetiche che sono sottese al suo impegno formulante interpretativo che si aggiunge al contenuto dell'interpretazione come forma di trasformazione variabile del discorso del paziente dentro un quadro di ascolto risonante: "significationem superiorem restitue et appinge aliquid novi". Quando si ha fortuna di fuggire la routine stanca della prassi esecutiva dell'analista - interprete l'intervento dell'analista porta con sé la novità di una trasformazione timbrica o ritmica, di una modulazione espressiva che può schiudere nuove prospettive di senso.

La seduta può spingere ad interrogarsi sulle matrici personali della propria invenzione quando sia stata davvero un'esperienza libera e onirica nel senso che abbia prodotto un'attenuazione della funzione censurante o vi sia stata consapevolezza del suo intervenire quando non sia venuta completamente a meno la funzione critica.

Musica e psicoanalisi sono linguaggi privilegiati per incontrare il reale poiché "l'arte non riproduce il visibile piuttosto lo rende visibile" come scrive Klee in Creative confession and other writings. Nel percorso dal sogno all'interpretazione in analisi è evidente l'importanza che assume la trasformazione delle immagini in discorso verbale con possibili transizioni in un'area musicale che appartiene alla sonorità della parola e alla vocalità. Nei processi psichici oltre alle trascrizioni di tipo visivo si svolgono processi elaborativi a livello uditivo (i vocalizzi della madre in risposta di quelli del figlio nell'area dell'immaginazione acustica, quelli che la mamma può inventare a sostegno delle iniziative motorie del suo bébé con la traduzione di segni visibili, videogrammi, in segni udibili, fonogrammi), giochi sonori che possono dare luogo a combinazioni fonetiche prive di significato ma ricche di senso comunicativo che costituiscono un ordito sonoro, preludio ad un vero scambio verbale.

Alla nascita la voce della madre è per il bambino il primo strumento esterno a sé che produce suono e che darà continuità all'esperienza ritmica precedente fatta di ritmi cardiaci, intestinali, respiratori della madre in scambio con i propri. Il respiro "essendo il primo atto di assunzione autonoma di un proprio ritmo alla nascita sembra avere due facce: una inerente alla vita vegetativa, l'altra alla vita di relazione come prima immagine di un modello attivo di scambio" (Dolto, 1984), dunque sembra adatto a rappresentare l'area degli scambi inconsci, preverbal, agli affetti.

La comunicazione della diade madre-bambino è in un primo tempo preverbale, affidata al suono e al timbro della voce, esperienza fondante per i successivi tentativi di comunicazione delle emozioni. Nel parlare di suoni è immediato recuperare quel che Nietzsche pensa della musica, non solo semiologia degli affetti ma anche pensiero musicale dotato di intellegibilità e poteri conoscitivi propri con caratteristiche comuni al linguaggio verbale ma con la specificità di promuovere un'articolazione di suoni senza il ricorso a lessemi o morfemi.

Nei pazienti gravi in specie sopravvissuti alla catastrofe psichica per i quali sembra impossibile mettere a fuoco vissuti traumatici non trasferibili (ancora) nell'area del linguaggio sembra utile spostare l'attenzione al non verbale, alle tracce sensoriali inscritte nella memoria somatica del paziente. Come in una seduta musicoterapeutica con questi pazienti occorre fare ricorso ad alcuni aspetti del controtransfert e della propria risposta psico-fisica di terapeuti utilizzandoli "in un lavoro creativo-immaginario mirante a costruire ipotesi su eventi di una storia emotiva che il paziente non può né pensare né altrimenti dire e favorirne al trasformabilità e l'annessione allo psichico" (Vassallo Torrigiani, 2011)

Con pazienti molto regrediti per stabilire una connessione con la mente primitiva occorre diventare oggetti presenti ai sensi prima ancora che all'intelletto. "Occorre esercitare la propria sensibilità estetica a cogliere segni, normalmente non percepiti, nelle componenti fisiche del setting (odori, suoni, luci colori della stanza)" (Di Benedetto, 2000)

Il ritorno al corpo sonoro della parola ne esalta la capacità di presentificare qualcosa con l'intonazione, il ritmo, il volume e le variazioni dinamiche. Perdendone di vista il significato se ne riapre il potenziale evocativo. La parola recupera l'identità con le cose, di simbolo e simbolizzato nel recupero della sua matrice musicale: in questo senso si può intendere la semeiotica dell'ascolto come capacità di organizzare gli elementi della comunicazione affettiva pre-verbale attraverso una sensibilità ricettiva fondata sulle componenti sonore di un discorso verbale.

La musica offrendosi come linguaggio sui-generis che spinge a retrocedere dal mentale al sensoriale ci riporta alla condizione dell'ascolto di voci come suoni puri, senza significato. Un ascolto che cortocircuita il pensiero razionale dispone a una precognizione dell'inconscio producendo una sintonia sensoriale, una relazione stretta con la componente fisica delle parole che facilita una comprensione completa del loro messaggio.

Rende possibile la recezione di comunicazioni primarie non ancora organizzate simbolicamente. Nei sogni e in alcuni risvolti musicali della comunicazione transferale possono essere ricercate le tracce dell'inconscio non rimosso e della memoria implicita. Si attiva un ascolto sensibile alla musicalità del transfert già che è proprio nella memoria implicita dove possono essere recuperati i segni o potremmo spingerci a dire anche le note di quelle proto-esperienze sensoriali, uditive e ritmi-

che, che pertengono il prenatale e sono imbibite di transgenerazionale.

Come scrive Fornari "Il significato inconscio della musica corrisponde al significato inconscio della vita. Il significato inconscio della musica è dato dal recupero della situazione intrauterina (il paradiso perduto). (...) In un certo senso è il significato di tutti i significati, l'Ur - significato senza il quale tutti gli altri significati sarebbero senza significato (Fornari, 1984)

Un certo tipo di trasformazioni evolutive che intercettano i preverbal precoci sono possibili solo all'interno di un percorso che interessa il paziente e l'analista reciprocamente.

Il silenzio, il respiro, il suono riempiono la seduta come comunicazioni riconducibili ad una sensorialità presimbolica e ad esperienze sinestesiche preliminari alla strutturazione del linguaggio e per questa loro qualità insatura aprono ad una storia sotterranea dei concetti facendo emergere dall'immediatezza percettiva del sensibile la traccia di un senso nascosto e nuovo. Come scrive Trias (2009) "la musica ci parla e implacabilmente agita il nostro pensiero attraverso il lavoro sulla sua forma e sull'organizzazione grammaticale dei suoni che la costituiscono, Ogni struttura sonora è un pensiero aperto, ogni evoluzione della forma una sintesi che si dà immediatamente sul piano della sensibilità grazie alla forza espressiva del suono".

Mi piace pensare che questo linguaggio comune trovato tra operatori della salute mentale e musicisti che fanno musicoterapia, terapeuti dunque e professionisti della musica, che ha consentito di creare un'équipe meticcina psicomusicoterapeutica abbia come prerequisito l'intuizione della complessità dei vissuti di operatori e pazienti, del reciproco riverbero in una storia di interdipendenze reciproche in continuo divenire la cui comprensione può avvenire solo veicolando i nostri sensi tutti " udire, vedere, odorare e persino sentire emotivamente che informazione sta cercando di farci pervenire il paziente" (Bion 1983) forgiando una particolare qualità d'ascolto che in contatto con i livelli di base del funzionamento mentale incide sulla forma del manifestarsi del disagio mentale. Così viene da dire che una mente contenitiva che cura e contiene all'interno di una autentica relazionalità può rispondere al bisogno del paziente di essere contenuto e accolto nel suo livello primitivo mediante l'ascolto e la ritmicità delle sedute. Il lavoro sulla qualità dell'ascolto favorito all'interfaccia di discipline e linguaggi dotati ciascuno di una propria epistemologia nel dispiegarsi di una mente del gruppo dei terapeuti consente un contenimento che previene, laddove si sviluppi un processo di accoglimento, analisi e interpretazione del portato del paziente in grave sofferenza psichica, la contenzione come atto ultimo di fallimento di ogni relazione terapeutica.

"La prima volta ": racconto dal punto di vista dell'infermiere

Verranno? Non verranno? Ci imbarazzeremo? Ci divertiremo? Ci annoieremo?

Le telefonate sono state fatte, le adesioni dei pazienti dimessi pervenute, a due pazienti ancora

ricoverati abbiamo proposto di salire nel “ventre materno”: mah... sono proprio degli artisti questi musicoterapeuti, battezzare “ventre materno” l’anonima sede delle organizzazioni sindacali... Ecco che arrivano, con grandi borse che sembrano tutti Mary Poppins, con i loro sorrisi e con l’entusiasmo di portar fuori dalle mura di Palazzo Cuttica di via Parma il loro sapere, ma anche col timore di sperimentare l’approccio con pazienti “veri”, non come si fa in aula dove, alternativamente, c’è chi fa il musicoterapeuta e chi fa il paziente.

Rapida occhiata alla stanza, disposizione delle sedie e dalle borse di Mary Poppins escono un tamburo, tamburelli, bacchette, clavette e dalle custodie anche un violino, un clarinetto ed ora sì che capisco, come l’anonima sede sindacale si possa trasformare nell’accogliente ventre materno da loro prontamente immaginato!

Ma i pazienti, arrivano???

Sì... sì arrivano!! In fondo al corridoio ecco la prima coppia T. e S., “sai, quando stiamo bene noi balliamo tanto volentieri!”, e poi arriva la ragazza C. sorridente anche se pare un po’ intimidita, e la signora F. che è vestita benissimo, la giovane donna G. ordinatissima negli abiti e nella capigliatura, e il ragazzo O. che non si è dimenticato di venire!!! Lui, che è tanto difficile da gestire nell’acuzie quando anche le sostanze prendono possesso della sua mente. Dal reparto poi salgono i due pazienti che hanno accettato di partecipare e...

...Ci siamo! Ce l’abbiamo fatta!!

Il Conservatorio è entrato varie volte in Ospedale per portare la sua musica: col pianoforte ai pazienti oncologici, per far risuonare le note di un coro, di una piccola orchestra o di singoli strumenti nel salone di Rappresentanza in svariate occasioni istituzionali. Questa è però la prima volta in cui musicisti del Conservatorio conoscono e interagiscono con persone che usufruiscono delle cure dell’Ospedale.

Ci presentiamo, scegliamo gli strumenti da tenere in mano, l’insegnante Roberto “dà il La” e, come l’oboe nell’orchestra al cui suo suono gli altri strumenti si accordano, ci fa capire cosa vuole che facciamo e subito entriamo in sintonia con lui e tra noi. Gli studenti gli succedono con altri strumenti e altri ritmi mentre noi tentiamo di utilizzare i tamburelli, le bacchette e le clavette che abbiamo in mano e, un po’ ci riusciamo e un po’ no. Io mi impasticcio, mi impegno ancor di più, sembra facile ma... il risultato non è dei migliori. Mi sa, però, che c’è un po’ di magia nell’aria, non mi sento l’infermiera che deve dare una prestazione e poi... guarda O. che bravo, ha il ritmo dentro, è decisamente più “bravo” di me e mi così sento contenta per lui tanto che ridiamo insieme della mia goffaggine!

Si svolgono in crescendo gli “esercizi” di questo laboratorio di musicalità: dopo aver seguito il ritmo ciascuno da solo, procediamo a coppie, poi veniamo guidati in ampi movimenti col corpo appropriandoci dello spazio del “ventre materno”, e per finire una danza tutti insieme; mi si scalda ancora il cuore quando penso a quella danza: com’era elegante F., e sciolta G., e l’imbarazzo è

sparito dal volto di C., e T. e S. danzano davvero bene!!

Sono in gamba i nostri pazienti!!

In quella danza non si capiva chi era chi: impossibile distinguere il sanitario dal musicista, l’allievo dall’insegnante, il medico dal paziente e dall’infermiere: eravamo persone che, sapientemente guidate, in quel momento siamo state bene insieme.

Questo è accaduto “prima”, prima del Covid, spartiacque delle nostre vite...

Ora stiamo tentando di ritrovare il filo della matassa che il Covid ci ha fatto volare via, in modo da continuare a costruire la “bella tela” che avevamo pensato a beneficio sia dei pazienti a cui verrebbe offerta un’opportunità terapeutica innovativa nel nostro territorio sia degli studenti che potrebbero in questo modo cimentarsi sul campo ma in setting protetti dagli insegnanti. Questa “bella tela” andrebbe a beneficiare anche gli insegnanti stessi, che riuscirebbero a dimostrare ai loro allievi quanto teorizzato in aula, e noi operatori ai quali verrebbe alimentato il piacere del prendersi cura, stimolati dall’interessante e dalla coinvolgente collaborazione.

Bibliografia

1. Baker F., Wigram T., 2008, Songwriting. Metodi, tecniche e applicazioni cliniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia. Trad it. Antonietta De Vivo, Roma, ISMEZ pp. 5-7.
2. Burrai, F., Lupi, R., Luppi, M., Micheluzzi, V., Donati, G., La Manna, G., & Raghavan, R. (2019). Effects of listening to live singing in patients undergoing hemodialysis: a randomized controlled crossover study. *Biological Research for Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1099800418802638>
3. Bion, W.R., 1967, *Second Thoughts. Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Maresfield Library. Bion W. R. , 1983, *Seminari italiani*, Roma, Borla Editore
4. De Backer, J., Foubert, K., Van Camp, J., 2014, Lauschendes Spiel. Musiktherapeutische Interventionen in der Psychosenbehandlung. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der Tiefenpsychologisch Fundierten Psychotherapie*, 4 , 256-263.
5. De Backer, J., Sutton, J., 2014, The music in music therapy: Psychodynamic music therapy in Europe: Clinical, theoretical and research approaches. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. Wigram T., 2005, *Improvvisazione. Metodi e tecniche per clinici, educatori e studenti di musicoterapia*, trad. it. Antonietta De Vivo, Roma, ISMEZ p. XIX.
6. Di Benedetto, 1991, Listening to the Pre-Verbal: The Beginning of the Affects , *Rivista di Psicoanalisi*, 37: 400-426
7. Di Benedetto A., 2000, *Prima della parola. L'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte*. Angeli, Milano
8. Dolto F. , 1984, *L'image inconsciente du corp*, Seuil, Paris
9. Fornari F. , 1984, *Psicoanalisi della musica*, Longanesi, Milano
10. Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. In *Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 2)*. John Wiley & Sons, Ltd. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004381.pub2>
11. Grasser, L. R., Al-Saghir, H., Wanna, C., Spinei, J., & Javanbakht, A. (2019). Moving through the trauma: dance/movement therapy as a somatic-based intervention for addressing trauma and stress among Syrian Refugee Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(11), 1124-1126. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.007>
12. Grocke, D., Bloch, S., & Castle, D. (2008). Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill? *Australasian Psychiatry*, 16(6), 442-445. <https://doi.org/10.1080/10398560802366171>
13. McCaffrey, R., & Locsin, R. C. (2002). Music Listening as a Nursing intervention: a symphony of practice. *Holistic Nursing Practice*, 16(3), 70-77. <https://doi.org/10.1097/00004650-200204000-00012>
14. McFerran, K. S., Hense, C., Koike, A., & Rickwood, D. (2018). Intentional music use to reduce psychological distress in adolescents accessing primary mental health care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 567-581. <https://doi.org/10.1177/1359104518767231>
15. Moe, T. (2002). Restititional factors in receptive group music therapy inspired by GIM. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(2), 152-166. <https://doi.org/10.1080/08098130209478057>
16. Petrella F. , 2014, *Impromptus sull'improvvisazione: in musica , nel lavoro clinico*”, *Rivista di Psicoanalisi*, LX
17. Pezzin, L. E., Larson, E. R., Lorber, W., McGinley, E. L., & Dillingham, T. R. (2018). Music-instruction intervention for treatment of post-traumatic stress disorder: A randomized pilot study. *BMC Psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0274-8>
18. Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2012). Nurses' expectations of using music for premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), e29-e37. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.06.001>
19. Rollins, J., & King, E. (2015). Promoting coping for children of hospitalized service members with combat injuries through creative arts engagement. *Arts and Health*. <https://doi.org/10.1080/17533015.2015.1019707>
20. Tan, S., Zou, Y., Wykes, T., Reeder, C., Zhu, X., Yang, F., Zhao, Y., Tan, Y., Fan, F., & Zhou, D. (2016). Group cognitive remediation therapy for chronic schizophrenia: A randomized controlled trial. *Neuroscience Letters*, 626, 106-111. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.06.001>
21. Trias E. (2009). *Il canto delle sirene. Argomenti musical*, Tropea, Milano
22. Vassallo Torrigiani M. G. , 2011, *Immaginando: fantasie dell'antico e fantasie archeologiche*, *Rivista Psicoanalitica*, 2011, 2, 515-522
23. Ventouras, E. C., Margariti, A., Chondraki, P., Kalatzis, I., Economou, N. T., Tsekou, H., Paparrigopoulos, T., & Ktonas, P. (2015).
24. EEG-based investigation of brain connectivity changes in psychotic patients undergoing the primitive expression form of dance therapy: a methodological pilot study. *Cognitive Neurodynamics*, 9(2), 231-248. <https://doi.org/10.1007/s11571-014-9319-8>
25. Winnicott, D. W. , 1958, *La capacità di essere solo in Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970