



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXI • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondatore e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori**

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza
OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente
tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti...
Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia
di Giannelli A.

11 Psichiatria e Salute Mentale
Le nuove prospettive di lavoro per la SIPL
di Percudani M. e Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica
Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting
di Giannini C., Viganò V., Zavatto F. e Amatulli A.

25 Favorire la salute psichica nei figli di pazienti con gravi disturbi psichici
Criticità ed opportunità
di Beraldo S. e Biffi G.

29 Quaranta anni di riforma psichiatrica
*La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella
tutela della salute mentale*
di Damiani T.

43 Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da
disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali
di Fumarola G., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.,
Salvi V., Migliarese G. e Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

49 L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Giuseppe Croff, *Suora Velata*, 1860.
National Gallery of Art, Washington, D.C.

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti...¹

Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia

Alberto Giannelli

Prendo lo spunto per queste riflessioni dall'articolo di Amatulli e Coll. letto in anteprima e che compare in questo stesso numero della Rivista sull'esperienza che stanno facendo da tempo e della quale descrivono finalità, metodi e risultati nell'articolo che ho letto in anteprima e viene riportato in questo stesso numero. Un'esperienza interessante, ma anche coraggiosa in quanto portata avanti in quel segmento di un DSM, il SPDC, che generalmente, ma erroneamente viene considerato il meno idoneo a un'esperienza del genere. Apprezzo questo loro lavoro assai impegnativo e degno della massima attenzione. Tuttavia, le mie riflessioni attengono ai perché la musica occupa (deve occupare) il primo posto nelle diverse forme in cui si dispiega l'*arteterapia* (soprattutto, perché avvia o incrementa non la fusione, almeno l'interazione mente-corpo).

La prima osservazione è di carattere storico

Davide con l'arpa e la lira placava le ire di Re Saul; negli ospedali psichiatrici arabi (sorti prima di quelli europei) la musicoterapia era molto impiegata; alla corte dei Re di Spagna il famoso castrato Farinelli era spesso

impegnato a sollevarne il tono dell'umore cantando; invitato da Esquirol e dal suo allievo Leuret, Franz Liszt, al culmine della sua fama mondana e di musicista, andava sovente alla Salpêtrière a intrattenere le alienate e a farle suonare e ballare; Mesmer accompagnava le sedute di ipnosi suonando lui stesso l'armonica.

La musicoterapia, per quanto diffusa soprattutto nelle pratiche riabilitative, non ha ancora raggiunto un suo statuto scientifico e metodologico e non ha ancora espresso tutte le sue potenzialità. Tra l'altro, nella storia della musica, a differenza di quello che riguarda la



Vanessa Bell, A String Quartet, Hoogart Press, 1921

¹ Da Lucia di Lammermoor (atto I) di Gaetano Donizetti

pittura figurativa (penso a Bosch, a Dürer, a Cranach Il Vecchio, a Bocklin, a Munch, a Ligabue ecc.), pochi sono gli esempi di opere che specificamente si riferiscono ai disturbi mentali. L'unico che mi viene in mente è il movimento finale del *Quartetto opera 18, n. 6*, di Beethoven. Altrettanto pochi sono i compositori che hanno vissuto in prima persona l'esperienza della follia: Schumann, Ciaikovskij, Wolf, Donizetti: di quest'ultimo ricordo *Lucia* nella quale nel III atto c'è la celebre aria della follia cantata dal soprano, la melodia più lunga che sia stata scritta dai nostri grandi melodrammatisti romantici del XIX secolo (Bellini, Verdi e, appunto, Donizetti) nella quale si dispiega in tutta la sua bellezza una gara spericolata tra la voce del flauto e quella del soprano. Né conosco casi di sindrome di Stendhal a seguito dell'ascolto di un brano musicale, come invece è successo (e succede ancora) agli Uffizi di fronte a quadri quali la *Venere di Botticelli* piuttosto che la *Medusa* di Caravaggio, (Mi sembra doveroso citare che è stata una nostra collega, la psichiatra fiorentina Graziella Magherini, a occuparsi per prima di fenomeni di questo genere, di cui si parla a partire dal grave malessere che provò Stendhal appena uscito da una visita a Santa Croce nel 1817). Recentemente è uscito un saggio di Paolo Isotta, che traccia un nesso filologico tra la poesia di Ovidio e la musica, da Monteverdi fino ai nostri giorni: Malipiero, R. Strauss ecc. Ma non ricordo libri o saggi che riguardino i nessi tra la pittura e la musica, tranne uno, ma molto interessante, quello di Eric R. Kandel, cui accennerò più avanti.

Eppure, scriveva Alberto Savinio, la musica è in ritardo rispetto alla pittura: per trovare l'equivalente musicale di Tintoretto bisogna attendere Wagner, all'incirca trecento anni; per trovare quello pittorico di Bach bisogna risalire a Giotto, forse a Cimabue.

La seconda osservazione è di ordine psicofisiologico.

Quanto detto finora può indurre la (falsa) sensazione che, a differenza della pittura, la musica (qualunque musica,

anche se qui parlo solo di quella classica o grande che dir si voglia) non abbia il diritto di occupare un posto privilegiato nell'arteterapia. Ma non è così, anzi è vero il contrario. Il suo linguaggio appare il più idoneo ad aprire o tenere aperto il dialogo con la follia (qui intesa nella sua accezione più ampia) perché è un dialogo che risale alle nostre esperienze primarie, elementari, alle stagioni più remote della nostra esistenza, rivisitandole e riattualizzandole. È possibile ricondurre la sua nascita, come dice Romolo Rossi, a una fase dello sviluppo caratterizzata dall'uso di *archaic meaning schemata* preverbal, nell'ambito di esperienze di tipo transizionale. Nessuna altra forma di espressività artistica riporta a quel paradiso dal quale l'evento (catastrofale) della nascita ci ha espulso, lacerando la beata unità originaria. La musica è la voce del paradiso perduto. Identificandosi in essa, scrive H. Kohut, il nostro Io regredisce a uno stato primitivo che gli consente un piacere estatico.

A uno stato estatico, sognante, ritorna il neonato tutte le volte che, ricevendo il piacere del latte, tiene lo sguardo fisso sul volto della madre, con un'espressione, appunto, di sognante beatitudine. Franco Fornari si è occupato a fondo di questi vissuti. Egli ci ricorda che il neonato modella la sua poppata sul ritmo del battito cardiaco della mamma e, ancora, che nel grembo materno egli percepisce un insieme di suoni, primi fra tutti il battito del cuore della madre, il ritmo del suo respiro, la sua voce. È un'esperienza comune che per acquietare un neonato, al di là di soddisfare il suo bisogno di latte, occorre la voce carezzevole della madre oppure gli si fa ascoltare il battito del suo cuore registrato su un nastro durante la gravidanza o, ancora, lo si prende in braccio, in modo da riprodurre con l'abbraccio seno-brachiale il perduto contenimento uterino.

Il suono, dunque, è la prima esperienza sensoriale vissuta ancora prima della nascita. Rivoltando il Vangelo di Giovanni, Franco Fornari scrive che "All'inizio era il Suono, il Suono era presso la Madre, la Madre era il Suono". Già questo è un basilare elemento a sostegno della tesi che la

musica deve occupare un posto primario nei processi di interazione mente-corpo, una -se non la principale- finalità della *musicoterapia*. In proposito Antonio Di Benedetto così si esprime:

“Per questa sua capacità di entrarti dentro e di circondarti, il suono è in grado di stimolare un’esperienza di intimità con il mondo esterno assai più profonda e intensa di quella fatta con le esperienze visive... Con l’ascolto facciamo l’esperienza di qualcosa di esterno che sta all’intorno e all’interno che allo stesso tempo avvolge la nostra superficie cutanea e penetra nel nostro corpo....gli oggetti si rendono presenti allo stesso tempo dentro e fuori in un modo che è assimilabile al contatto provato con il corpo materno durante l’allattamento, allorché si sta dentro la madre circondati dalle sue braccia, e allo stesso tempo si riceve il suo latte dentro il proprio corpo”.

La terza osservazione è di carattere psicodinamico.

Come chi guarda un quadro può passare da una prima, solistica osservazione a un esame più attento dei particolari, così chi ascolta un brano può passare da un ascolto naif che glielo fa percepire in forma totale, gestaltica, a un ascolto più differenziato e analitico. Mauro Mancia sottolinea come l’emisfero destro sia più impegnato nel primo, quello sinistro nel secondo, in funzione della nostra specializzazione emisferica, lo studio della quale permette interessanti analogie e differenziazioni con il linguaggio parlato.

Molti autori (tra cui ricordo Michel Schneider, Vittorio Volterra, Piero Rattalino, Giovanni Piana, Fausto Petrella) si sono occupati, trattando del linguaggio musicale nei suoi diversi aspetti, e delle analogie che intrattiene con l’ascolto psicoanalitico: in ambedue c’è l’interpretazione e questo comporta scelte ed esclusioni. Vittorio Volterra ha messo in evidenza come facendo musica si ripropongano tra compositore e interprete gli stessi circuiti emozionali

che si attivano nelle sedute e come, facendo musica in gruppo, interagiscano i membri del gruppo tra di loro e ciascuno di loro con il compositore, richiamando dunque suggestive analogie con la psicoterapia di gruppo.

Tale analogia tra i due ascolti è anche in funzione dello spazio che l’autore si riserva andando da una posizione di rigorosa fedeltà alla grafia compositiva a una posizione di libertà espressiva nei suoi confronti. Spostandosi verso quella che M. Schneider chiama “falsificazione creativa” l’esecutore diventa interprete, si passa dall’esecuzione alla interpretazione. Glenn Gould, uno dei più grandi pianisti del secolo scorso, poteva -come riferisce l’autore appena citato- esporre il soggetto della *Fuga in La Minore* del I Libro del Clavicembalo ben temperato conferendogli un’impressione generale di leggerezza, trasparenza e vivacità grazie al ricorso allo staccato, oppure di pomposità tragica e pesantemente strutturata. “Io non suono quello che dicono le note”, diceva il pianista canadese, “ma quello che sta dietro le note”. È come discendere dal loro significato manifesto a quello latente, come si fa nell’interpretazione del sogno. Queste argomentazioni non sono condivise né da Stravinskij né da Schoenberg, secondo i quali la musica basta a se stessa: “quando odi uno sviluppo tematico non devi chiederti quale sia il pensiero che sta alla sua base e che esso porta all’espressione, dal momento che lo sviluppo tematico stesso è quel pensiero”.

Ciascuno di noi, che non sia né un artista né un compositore, trova nel sogno (durante la fase REM del sonno) il suo momento di creatività, e Freud ne parla, come è noto, in *Il Poeta e la Fantasia*. Ma Enzo Funari, senza negare la creatività di vario genere che ci può offrire l’attività onirica, dice che l’artista non si limita a sognare, ma per creare deve fare i conti con il mezzo (Dante e Leopardi con le parole, Michelangelo con il marmo e, aggiungo io, Monteverdi e Bach con le note). Ma il sogno si differenzia da un’opera d’arte anche perché

per essere interpretato, oltre che ascoltato, deve entrare nel contesto di una relazione, quella del terapeuta con il paziente. Di un quadro possiamo goderne al primo sguardo o di un brano musicale al primo ascolto, di un sogno non al solo ricordo.

Mi sembra opportuno, nell'ambito dell'arteterapia, accennare brevemente a come la pittura si differenzi dalla musica, sia da quella ascoltata, sia da quella liberamente prodotta in un atelier. Esempifico perché entrare nello specifico di tale differenziazione richiederebbe un articolo a se stante. Una volta fissato sulla tela il dipinto rimane immutato. I covoni di spighe di Monet, le famose mele di Cézanne, la Crocefissione di Grunewald, quella bianca di Chagall, il rosso di Velasquez, la luce di Rembrandt ecc. rimangono tali malgrado lo scorrere dei secoli e continuano a stupire chiunque li osservi. Per la musica non è così. Proprio perché ha bisogno dell'esecutore il suo linguaggio non è definitivo, e la stessa risonanza che ha nell'ascoltatore è diversa da persona a persona. Persino se chi ascolta è lo stesso compositore, egli può rischiare di non riconoscerla come sua o non gradirne l'esecuzione. Noto è un episodio riportato da diversi musicologi. Un giovane pianista stava suonando uno dei *Preludi*, op. 5 di Skrjabin e questi ad un certo punto sbottò a

dire "lo state suonando a metà tempo!". Il giovane smise di suonare e guardandolo fisso negli occhi gli disse "questa è la mia interpretazione". E di rimando il compositore "ma questa è la mia musica!".

Detto in altre parole, il dipinto ha una sua caratterizzazione spaziale, è definitivo sincronicamente nelle sue varie componenti, è fissato sulla tela, conchiuso. Il brano musicale, invece, ha una sua caratterizzazione temporale, si definisce diacronicamente nei suoi vari elementi che si succedono separandosi e riprendendosi, in una sequenza ininterrotta di separazioni e ricongiungimenti. Quella pittorica è una produzione definitiva, non si modifica nel tempo, non ha bisogno di mediazioni, a differenza di quella musicale.

La quarta osservazione è di carattere neuro-scientifico.

Devo premettere che è necessario tenere ben distinto il neuro-scientismo, che si osserva spesso negli articoli a dir così divulgativi, dalle neuro-scienze propriamente dette che hanno un loro statuto metodologico ed empirico ben definito. Un rilievo questo che può sembrare ovvio, ma non lo è, visto che le neuro-scienze nel loro inarrestabile progresso stanno invadendo l'area delle scienze umane o umanistiche per cui si parla di neuro-etica, di neuro-fenomenologia, di neuro-diritto, di neuro-economia ecc., con legittimizzazioni ora più o meno convincenti, ma pur sempre basate su argomentazioni metodologicamente corrette.

Eric R. Kandel, premio Nobel della medicina nel 2000 per i suoi studi sui meccanismi biochimici della memoria nelle cellule nervose, oltre che neuro-scienziato, è psichiatra e neurologo, e si occupa da anni del contributo che le neuro-scienze possono dare -anzi, stanno dando- ai rapporti tra le attività cerebrali e le diverse espressioni della creatività artistica. A cominciare dal saggio del 2016 *L'età dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni* fino all'ultimo del 2018 *La mente alterata: cosa dicono di noi le anomalie del cervello*. Tra questi due saggi sta un terzo del 2017 dal titolo *Arte e Neuro-scienze: due culture a confronto*, che riguarda in particolare i rapporti che intercorrono tra l'arte (specificamente la pittura astratta, da Kandinskij, a Mondrian, a Pollock e altri) e le neuroscienze. Date la sua formazione scientifica e umanistica Kandel ha una peculiare competenza a trattare con argomentazioni rigorose, ma nello stesso tempo chiare, temi di tale complessità e a sottolineare come si differenzino tra loro il linguaggio artistico da quello scientifico, gettando però tra i due un ponte di suggestivo impatto emotivo e conoscitivo. Un ponte tra l'interpretazione ermeneutica e quella neuro-scientifica, che hanno tra loro più elementi in comune di quanti siamo abituati a pensare.

A proposito della musica, c'è un interessante rilievo storico che fa Kandel nel suo libro del 2017. Comunemente riteniamo Wassily Kandinsky l'iniziatore della pittura astratta. In realtà, i primi quadri veramente astratti sono stati realizzati dal pioniere della musica astratta, ovvero da Arnold Schönberg, più conosciuto come compositore (fondatore della Seconda scuola di Vienna, di cui hanno fatto parte Berg e Webern) che come pittore. Kandinsky aveva già tentato di abbandonare la pittura figurativa, ma senza riuscirci. Il 1° gennaio del 1911 si era recato al concerto di Capodanno a Monaco e aveva ascoltato per la prima volta il *Secondo quartetto per archi* composto da Schönberg nel 1906 e *Tre pezzi per pianoforte, op. 11*, del 1909. Schönberg aveva introdotto una nuova concezione dell'armonia in cui non c'è una nota centrale, ma solo variazioni di timbro e tono (quella comunemente chiamata musica atonale). Scosso da quell'ascolto, Kandinsky iniziò a liberarsi dalla convenzione pittorica della rappresentazione della natura e non è casuale che un suo quadro del 1911 si intitolò proprio *Studio per composizione V*, da tutti (erroneamente) considerato il primo dipinto astratto, un'opera storica nel canone dell'arte occidentale. Un altro rilievo, più di carattere scientifico, che fa Kandel nello stesso libro del 2017 — e del quale sarebbe utile tenere conto nell'ambito della *musicoterapia* — è quello che per quanto cambiamenti strutturali siano possibili anche in un cervello maturo sono maggiori nei musicisti che hanno iniziato la loro formazione musicale molto presto, quando il cervello è più sensibile alle modifiche legate all'esperienza (oltre al fatto di avere “i geni giusti”, ovvero il talento). In proposito, Kandel si riferisce a un bambino violinista prodigo (Jascha Heifetz) poi diventato un celebre esecutore. La stessa cosa potremmo dire del pianista Ramin Bahrami, che tutti conosciamo come il più grande interprete di Bach, che rimase folgorato all'età di sei anni dall'ascolto della *Toccata* della *Sesta partita in mi minore*, nell'interpretazione di Glenn

Gould. Bach ti “sceglie e non ti abbandona più” dice Bahrami e aggiunge “anche ora, mentre scrivo, una parte del mio cervello è concentrata sullo scegliere le cose da dire, tutto il resto è invaso da Bach. In questo momento dalle Variazioni *Goldberg*”.

A proposito della musica, Kandel riferisce di esperimenti condotti al National Institutes of Health miranti a definire le differenze nei processi mentali che sono alla base dell'improvvisazione jazzistica, da un lato, e dell'esecuzione di una sequenza musicale memorizzata, dall'altro. Si è notato che l'improvvisazione è correlata con un caratteristico insieme di cambiamenti nella corteccia prefrontale dorsolaterale, un'area interessata al controllo degli impulsi. Prima che i pianisti iniziassero a improvvisare il loro cervello mostrava una “disattivazione” della suddetta corteccia. Invece, nell'esecuzione del brano memorizzato, essa rimaneva attiva. Vale a dire che mentre improvvisavano il loro cervello smorzava le inibizioni normalmente mediate dalla corteccia prefrontale dorsolaterale di cui sopra. Erano stati in grado di creare nuova musica in parte perché erano disinibiti e non autocoscienti della loro creatività. Il semplice spegnimento di detta corteccia tuttavia non farà di noi un grande pianista. I pianisti dell'esperimento appena citato hanno beneficiato della soppressione delle inibizioni perché, come la maggior parte delle persone creative che hanno successo, avevano trascorso anni a praticare la loro forma d'arte, riempiendo il loro cervello con idee musicali che potevano ricombinare spontaneamente al momento.

Ho dato spazio a questo esperimento appena ricordato sia per mettere in luce quanto prudenti siano le conclusioni che ne trae Kandel, sia perché andrebbero tenute presenti nella selezione dei pazienti da inserire nel gruppo di musicoterapia. Assai interessante è anche il rilievo che pazienti con demenza fronto-temporale dell'emisfero sinistro a volte mostrano una esplosività di creatività presumibilmente perché l'emisfero sinistro

lesionato rimuove il suo vincolo inibitorio sul destro, che è più interessato alle novità e ha una maggiore creatività. In fondo, annota Kandel, si rivaluta con le nuove tecnologie l'idea di Jackson che gli emisferi destro e sinistro si inibiscano a vicenda e che i danni del sinistro liberino le capacità creative del destro. Con la prudenza derivante dalla sua formazione clinica oltre che neuro-scientifica Kandel ammette che sappiamo ancora poco sulla biologia della creatività, pur essendo chiaro che essa comporta l'eliminazione delle inibizioni.

Quella che soprattutto va valutata è la posizione che l'arteterapeuta assume nell'ambito della relazione. Si fa arteterapia lasciando libero il paziente di disegnare o dipingere o modellare sulla creta ciò che vuole o suggerendogli un tema (magari preso dalla sua biografia) o indicandogli un oggetto da riprodurre ecc. Anche osservare un dipinto o ascoltare una poesia ed esprimere le emozioni e i sentimenti che ne derivano possono rientrare in alcuni progetti riabilitativi. Analogamente, con la musica si possono promuovere interventi attivi mettendo il soggetto al pianoforte o alla batteria, invitandolo a suonare quello che vuole oppure dandogli un pezzo da eseguire o magari -perché no?- interpretare. Certo, le varie modalità di intervento dipendono anche dalle risorse dell'atelier di arteterapia, dal talento individuale ("i geni buoni"), dalla conoscenza (anche rudimentale) della grafia musicale, dalla familiarità con questo o quello strumento ecc. Ricordo che un lontanissimo precursore del metodo di lasciare spazio all'inventiva individuale è stato Claudio Monteverdi, il quale spesso segnava sulla partitura soltanto le parole del canto e le note del basso, e tra queste due guide estreme l'orchestra doveva improvvisare armonie e contrappunti, come in seguito avrebbero fatto le orchestre tzigane e jazz. Va anche osservato il rapporto che si stabilisce tra chi suona e il suo strumento. Per alcuni, ad esempio, il pianoforte non è uno strumento di cui il loro corpo si serve, ma è

il loro corpo stesso (forse, ne hanno bisogno per avere essi stessi un corpo).

Altrettanto importanti sono gli intereventi di musicoterapia ricettiva, impropriamente detta passiva, che si realizzano facendo ascoltare i tipi più diversi di musica, dalla pop alla disco-music, dal rock and roll alla classica. E ascoltando e osservando i sentimenti e le emozioni (anche quelle mimiche o gestuali o di indifferenza) che ne derivano ai pazienti. Per quelli motivati alla partecipazione al gruppo di musicoterapia è importante correlare l'interesse, la partecipazione, la propensione a esprimere cosa a loro deriva da quegli ascolti con il tipo di malattia, la fase del suo decorso, la presenza o meno del farmaco o di intereventi psicoterapeutici in corso.

A proposito del tipo di malattia e della sua fase di decorso (in atto o in remissione o in recidiva o giunta al momento della riabilitazione) propongo alcune brevi osservazioni di cui, a mio avviso, il conduttore del gruppo dovrebbe tenere conto, accanto e al di là della sua competenza tecnica e della sua cultura musicale, in stretta collaborazione con l'equipe curante.

Sarebbe un (imperdonabile) errore fare sentire o, meglio, ascoltare un brano di musica allegra a un paziente depresso nel (vano) tentativo di risollevarne l'umore. Si raggiungerebbe un risultato opposto, quello di estraniarlo ulteriormente da quel mondo da cui si è ritirato e di mettere a repentaglio la possibilità di creare un rapporto terapeutico già di per sé difficile, a volte impossibile. A un malato chiuso nel ghetto del suo autismo melanconico sarebbe piuttosto indicato l'ascolto di una musica che si dispieghi sulla sua stessa lunghezza d'onda: ad esempio, il *Lamento di Arianna* di Claudio Monteverdi oppure la *Berceuse élégiaque* di Ferruccio Busoni o l'*Adagietto della V* di Mahler o, ancora, il *Concerto per violino orchestra* di Alban Berg (1938, scritto per la morte di Manon, la figlia diciottenne di Alma Mahler, ma in realtà un requiem che l'autore -morto pochi mesi dopo- compose, senza

saperlo, per se stesso). Questo approccio permetterebbe al depresso di trasferire sugli esecutori, anzi sugli autori, almeno parte dell'angoscia nella quale è avviluppato, ovvero sia di trovare in quegli ascolti degli alleati con cui condividere il suo dolore. Di essere compreso, detto in altre parole (com-prendere, cioè prendere-con-sé, attuando quella che gli antichi greci chiamavano *terapeia*). Il trasferimento è, seguendo il linguaggio dell'inconscio, lo spostamento che consente di muovere, attraverso vie associative, l'accento, l'interesse, l'intensità di una rappresentazione da questa ad altre originariamente meno intense, anche se in qualche modo estranee al suo attuale sentire.

Diverso è il caso del paziente che, a seguito delle cure in corso, dà segnali di uscita dal tunnel della depressione. In questa evenienza l'ascolto andrebbe indirizzato a musiche che gli prospettino il rientro nel mondo e il riavvicinamento alle persone che lo abitano: penso a Corelli, a Paisiello, a Rossini, a Bernstein. Si incrementerebbe così il sentimento della speranza, che dà colore alla vita e sospinge l'esistenza verso il futuro.

Diversa ancora è la situazione di un paziente che soffra di un disturbo dello spettro schizofrenico. Qui l'unico errore sarebbe quello di fare ricorso alla musica atonale, dodecafonica, seriale. Con la tonale si ha quello che gli esperti chiamano l'ascolto "fusionale" che sottende al restauro e alla ricostruzione degli oggetti interni. Con quella atonale, si avrebbe l'ascolto "separato", che desta inquietudine derivante dalla facilitazione ulteriore della scissione e disorganizzazione degli stessi oggetti. A proposito della musica atonale, non è casuale che *Erwartung* di Schoenberg – ritenuta la prima importante opera in tal senso – risenta dell'affermazione dello stesso clima culturale in cui si sviluppa la psicoanalisi, come hanno scritto Incisa e Quarti in *Creatività nell'arte: la rivoluzione musicale e pittorica espressionista alla luce del pensiero psicoanalitico e filosofico*. A un paziente affetto da un disturbo

schizofrenico o schizofreniforme o schizoaffettivo farei ascoltare brani di Vivaldi, Mozart, alcuni di Chopin e altri, al fine, appunto, di sollecitare la ricomposizione del suo mondo interno e il raggiungimento di quell'armonia, contrapposta al caos, che Vito Mancuso ritiene una delle principali vie che portano alla bellezza (della vita, naturalmente), facendogli, al contrario, ascoltare autori della musica novecentesca, quali Henze, Stockhausen, Hindemith ecc. sarebbe come mostrargli un volto di Schiele o un quadro di Kandinskij (dopo la sua conversione all'astrattismo) ecc.

Comunque, è importante tenere presente che per fare di un'opera d'arte (dipinto, musica, poesia) uno strumento terapeutico o, meglio, riabilitativo, è indispensabile che lo stato d'animo del paziente sia compatibile e consonante con la visione o l'ascolto o la lettura di quell'opera. La terapia, ma soprattutto la riabilitazione, vanno accompagnate, non imposte, a quel percorso che il paziente sta facendo spontaneamente o grazie alle cure in corso.

Utile sarebbe anche – risorse del servizio permettendo – accompagnare piccoli gruppi di pazienti all'ascolto di un concerto in un auditorium o all'aperto, perché la musica oltre che ascoltata va vissuta e condivisa, direi fisicamente, con chi la suona. Come in una seduta di psicoterapia si deve stabilire un circuito emozionale, sensoriale, quasi fisico, che coinvolge pazienti e psicoterapeuta.

Molte sono le domande che si deve porre chi fa musicoterapia. Che cosa ci farebbero vedere i più moderni mezzi di visualizzazione cerebrale se potessimo applicarli a chi, paziente o no, assiste a un'opera lirica? Dove oltre all'ascolto della musica si associano in contemporanea quello delle voci e l'apparato scenografico che si muove sul palcoscenico. Mi chiedo anche a chi applaude il pubblico alla fine di un concerto o di un'opera. Soprattutto quando si tratta di lavori di compositori ancora poco conosciuti o poco presenti nei programmi. Applaudiva (o qualche volta fischia) agli esecutori o all'autore o a questo

o quel cantante? Del resto, mi piace rappresentarmi lo psichiatra come lo spettatore di un'opera lirica, il quale deve spostarsi continuamente dall'azione all'emozione, cioè da quello che vede a quello che sente, per di più nel contempo leggere il libretto se l'opera è cantata in una lingua che non conosce. Lo psichiatra deve essere formato ad ascoltare le emozioni: non solo quelle dei pazienti, ma anche le proprie, ovvero sia deve avere l'attitudine, come dice Alberto Lampignano, a sentire ciò che si sente.

Infine, un'ultima domanda. Ha ragione il compositore Nicola Campogrande quando dice che la musica registrata è solo musica tradita? Prima i compact disc con la promessa di un suono perfetto e durevole; quindi i DAT, di qualità ancora più alta; infine il web con le sue meraviglie. La possibilità di ascoltare un numero infinito di incisioni regala una vertiginosa ebbrezza. Solo all'inizio, però. Perché poi ci si chiede, continua Campogrande, se l'essenza della classica non sia nelle esecuzioni dal vivo, che nessuna tecnica restituirà mai nella loro complessità e magia. Si ripropone qui quanto poco sopra dicevo sulla opportunità di portare i pazienti all'ascolto diretto di un concerto o di un'opera in un auditorium piuttosto che all'aperto. Ma questo vale per tutti, pazienti e no. Dice alla fine del suo articolo Campogrande: "...oggi per me l'esperienza della musica classica è solo quella che si svolge in sala da concerto. E mi piacerebbe che, sempre di più, tornasse ad esserlo per tutti". Sono d'accordo con lui. Ma che dire di un musicista del calibro di Schumann che non voleva che la sua musica venisse suonata in pubblico o di un pianista della classe di Glenn Gould che preferiva suonare in una sala di registrazione anziché in una da concerto?

BIBLIOGRAFIA

1. Bahrami R. *Il suono dell'occidente*, Mondadori, 2014
2. Campogrande N. *La musica registrata è solo musica tradita*, La Lettura, 371, 2019
3. Di Benedetto A. *Prima della parola*, F. Angeli, 2000
4. Fornari F. *Psicoanalisi della musica*, Longanesi, 1984
5. Freud S. *Il poeta e la fantasia (1907) in Opere*, Boringhieri, vol. V, 1976
6. Funari E. *Il senso della creatività artistica nella vita e in terapia*, Quaderni di Psiche Ricerca, anno quarto, 2007
7. Galimberti U. *Nuovo Dizionario di Psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Feltrinelli, 2018
8. Giannelli A. *I linguaggi pittorico e musicale nel dialogo con la follia: è arteterapia?* I Colori della mente, Marsilio, 2000
9. Giannelli A. *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*, F. Angeli, 2007
10. Isotta P. *La dotta lira. Ovidio e la musica*, Marsilio, 2018
11. Kandel E.R. *Arte e neuroscienze*, R. Cortina, 2017
12. Kandel E.R. *La mente alterata*, R. Cortina, 2018
13. Kohut H. *La guarigione del Sé*, Bollati Boringhieri, 1980
14. Lampignano A. *Formarsi attraverso l'attualità. Percorsi possibili*, Borla, 2005
15. Mancia M. *Psicoanalisi e forme musicali* in V. Volterra (a cura di-) *Melanconia e musica*, Il Cardo, 1994
16. Mancuso V. *La via della bellezza*, Garzanti, 2018
17. Petrella F. *Introduzione a Di Benedetto*, v.sopra
18. Piana G. *Filosofia della musica*, Guerini e Ass., 1991
19. Rattalino P. *Il linguaggio della musica*, Garzanti, 1997
20. Rossi R., Nanni S. *Alma Mater: ricordo, dolore e musica nella V di Mahler*, Il Cardo, 1994
21. Savinio A. *La scatola sonora*, Ricordi, 1995
22. Schneider M. *Il significato della musica*, Rusconi, 1979 in U. Galimberti, v. sopra
23. Schneider M. *Glenn Gould. Aria et trente variations*, Gallimard, 1989
24. Volterra V. *Melanconia e musica. Creatività e sofferenza mentale*, F. Angeli, 2002

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni