



# 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)

**Fondata 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](mailto: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](mailto: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 SIPLo  
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.

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](http://www.psichiatriaoggi.it)

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



## La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica

*Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting*

C. Giannini\*, V. Viganò\*\*, F. Zavatto\*\*\*  
e A. Amatulli\*\*\*\*

### ABSTRACT

la musicoterapia è un intervento riabilitativo, singolo o più spesso di gruppo, che si rileva capace di una duplice valenza di risocializzazione e più intrinsecamente di riattribuzione di significati e di decodificazione di linguaggi, e in psichiatria ha numerose ragioni di applicazione. Più difficile condurre tali attività nel setting del SPDC ospedaliero, per la situazione di scompenso psicopatologico dei possibili candidati e per l'elevato turn over di una attività di gruppo che vi si conduce. Viene qui proprio descritta una lunga attività di musicoterapia di gruppo nel SPDC, evidenziandone le criticità parallelamente alle potenzialità e alle ricadute che ha rappresentato nella vita e nella équipe del reparto stesso nonché nella popolazione di utenti che vi ha via via partecipato.

Uno dei problemi principali che caratterizzano il setting del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la sua chiusura nei confronti dell'esterno. Più spesso questa chiusura è anche fisica (porte di accesso normalmente chiuse), ma sempre il trattamento dell'acuzie, delle anomalie del comportamento, dei quadri dissociativi acuti

e dell'aggressività fisica implica un'incidenza forte della parte "terapeutica" dell'intervento. Questa ha forme spesso standardizzate e ripetute, poco personalizzate, e sostanza sufficientemente "hard" per potere fare fronte a importanti disregolazioni emotive e comportamentali. Tutto ciò, fatalmente, almeno nei momenti della cura, va a discapito della dimensione ambientale del tempo che scorre, delle relazioni interpersonali, dell'ascolto delle singolarità.

È ampiamente condivisa l'importanza di pensare a SPDC non troppo separati dall'esterno, con arredamenti e atmosfera, quando possibile, orientati anche al comfort e alla personalizzazione, con attività riabilitative e risocializzanti precoci che forniscano linguaggi alternativi alle procedure ospedaliere, e che risultano più congeniali alle singole personalità dei pazienti ricoverati perché basate su linguaggi comuni, artistici e creativi. Tipico, nel novero degli interventi riabilitativi in psichiatria, è la musicoterapia, la quale, come vedremo in esteso, coniuga l'espressività immediata alla possibilità di indagare singoli funzionamenti in chiave interpretativa e riabilitativa.

La musicoterapia ha ormai da tempo uno spazio preciso in psichiatria (Lu et al., 2005), e si è rilevata efficace anche nei confronti dei disturbi maggiori, come la schizofrenia, con evidenze non fortissime ma relative ai differenti ambiti della qualità di vita, del funzionamento sociale, della sintomatologia generale (Geretsegger et al., 2017). Questi risultati positivi, spesso comparati con il solo trattamento standard, devono però essere confermati rispetto, ad esempio, al tasso ottimale di interventi di musicoterapia che necessiterebbero (nei vari studi il loro numero è assolutamente variabile), sul lasso di tempo

rispetto al quale valutare i risultati (se a breve, a medio o a lungo termine), e infine sugli specifici domini più spesso interessati agli interventi di musicoterapia e ai loro esiti (Gold et al., 2017). In più, la musicoterapia ha dimostrato una certa efficacia anche nei setting dell'acuzie psichiatrica, naturalmente in aggiunta al trattamento standard e nel sottinsieme di pazienti che accettano il tipo di intervento (Morgan et al., 2017). Con certa frequenza l'attività di gruppo di musicoterapia appare diminuire i valori medi della BPRS anche nei pazienti acuti (Peng et al., 2013) e, infine, in un lavoro condotto in un SPDC italiano, oltre a evidenziarsi una diminuzione significativa dei valori della BPRS e della CGI, l'intervento si è dimostrato più efficace nella sottopopolazione di pazienti acuti con maggiore componente affettiva (Volpe et al., 2011); la quale cosa potrebbe risultare intuitiva.

Con queste premesse, da tempo una specifica attività di musicoterapia è attuata presso il SPDC della UO di psichiatria di Vimercate, nonostante le difficoltà di inserire in un setting dell'acuzie attività nate nella dimensione ambulatoriale e dei servizi di riabilitazione. Sono qui esposte le ragioni della scelta, le finalità e le modalità di intervento, nonché l'impatto generale che è avvenuto nell'ambito ospedaliero deputato al contenimento e alla cura dei disturbi psichiatrici acuti.

### **COME È NATO IL PROGETTO**

Questo progetto (esperienza) è nato nel 2014 con la finalità di ampliare la proposta espressiva e riabilitativa già presente all'interno del SPDC dell'Unità Operativa di Psichiatria della ASST di Vimercate dove, da diversi anni, l'Associazione di volontariato vimercatese "Avolvi" proponeva attività artistiche manuali a scopo riabilitativo e di intrattenimento. A seguito di un percorso di formazione dei volontari Avolvi operanti nel contesto psichiatrico, l'Associazione "Mutàr" ha deciso di proporre all'interno del reparto un'attività espressiva che avesse, invece, una valenza strettamente terapeutico-riabilitativa, utilizzando in particolare l'espressività musicale. L'esperienza

si è concretizzata inizialmente con un progetto pilota di musicoterapia che ha avuto respiro semestrale, con sedute a cadenza settimanale della durata indicativa di un'ora e con un gruppo di circa 8 pazienti. Considerato il riscontro positivo di questa fase di sperimentazione tra il personale coinvolto e tra i pazienti in cura, il progetto è divenuto stabile, proseguendo tutt'ora.

### **L'UTILIZZO DELLA MUSICA IN AMBITO TERAPEUTICO**

Nel corso del tempo, la musica è stata spesso utilizzata per fini terapeutici: gli stregoni di alcune tribù la utilizzavano per favorire la guarigione, la Bibbia racconta come Davide calmasse con il canto i turbamenti emotivi di Re Saul, la medicina tradizionale cinese e indiana si affida da sempre agli effetti benefici dei suoni (Maròthy, 1987) (Fubini, 1976) (Michel, 1986).

È all'indomani della fine della seconda guerra mondiale che l'utilizzo della musica a fini terapeutici si sviluppa in alcuni paesi europei: negli ospedali erano ricoverati molti soldati feriti durante i combattimenti, e molti soffrivano di gravi disturbi mentali causati dalle terribili e traumatiche esperienze di guerra. Per provare a distrarre e, talvolta, divertire i soldati durante la convalescenza, alcuni gruppi musicali suonavano nei diversi reparti. Avendo notato che tutto ciò portava un certo miglioramento dello stato d'animo dei pazienti, alcuni medici si misero a sperimentare gli effetti di diversi tipi di musica sui disturbi psicologici e psicopatologici. Da allora l'utilizzo della musica in ambito terapeutico è stata oggetto di numerosi studi e si sono sviluppate diverse teorie che hanno portato, nel 1985, alla fondazione della World Federation of Music Therapy, l'organizzazione internazionale che unisce le associazioni di musicoterapia nazionali, attiva nello sviluppo e nella promozione di questa disciplina a livello globale attraverso scambi professionali, collaborazioni e progetti. In tutti questi anni di esperienze e definizione di questa nuova disciplina terapeutica, diversi ospedali europei hanno provato a

integrare la musicoterapia nel trattamento dei pazienti ricoverati. Essa è a oggi un'attività disciplinata ai sensi della Legge n.4 del 14 gennaio 2013, art. 1, comma 2. Norma volontaria approvata dal Ministero della Salute a ottobre 2015: "Figure professionali operanti nell'ambito delle Artiterapie".

## COS'È LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive delle persone (World Federation of Music Therapy). È una disciplina che usa il suono, la musica e il movimento per produrre effetti "regressivi" e per aprire canali di comunicazione che ci mettano in grado di iniziare il processo di preparazione, di aiuto e di recupero del paziente (Benenzon, 1981). Si basa essenzialmente sulla capacità dei suoni di favorire una comunicazione che oltrepassa l'uso del linguaggio facilitando l'espressione dei vissuti profondi, sorta di "scarica" delle tensioni e degli affetti che animano l'interiorità umana. La musica è un'esperienza d'immediato rimando ad aree primarie della comunicazione, e ha avuto una certa rappresentanza tra le pratiche terapeutiche in tutta la storia della medicina arrivando, ai giorni nostri, ad avere un ruolo di agente terapeutico che si specifica poi particolarmente in ambito psicologico e psichiatrico.

Nell'applicazione della musicoterapia si distinguono due procedimenti fondamentali, per lo più tra loro collegati:

- uno attivo, basato sull'utilizzo di uno strumento musicale facilmente manipolabile (possibilmente, vista la nostra utenza, non potenzialmente pericoloso con un uso improprio) e fonte di gratificazione anche per soggetti privi di competenze specifiche
- l'altro recettivo, consistente nell'ascolto di brani musicali o improvvisazioni sonore scelti dal musicoterapeuta o portati dai pazienti. Durante l'ascolto il paziente può essere accompagnato dal musicoterapeuta

in un'esperienza di improvvisazione guidata del corpo che si esprime nello spazio ed eventualmente in momenti grafico-pittorici (contemporaneo utilizzo di materiale specifico).

## LA MUSICOTERAPIA IN AMBITO PSICHIATRICO

Nell'ambito della salute mentale, la musicoterapia è stata utilizzata in moltissimi setting e per numerose patologie, come in parte più sopra già detto. Esistono lavori relativi a musicoterapia e bambini, adolescenti — tra cui alcuni, recentissimi, nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico (Sharda et al., 2018) (Geretsegger et al., 2014) — adulti o anziani, persone sorde, cieche, insufficienti mentali o disabili fisici.

In generale, la riabilitazione psichiatrica si pone come obiettivo, tra gli altri, lo sviluppo delle capacità della persona affetta da patologia mentale, il miglioramento della qualità della sua vita e delle sue relazioni. Per arrivare a ciò vengono utilizzati diversi strumenti, e la musicoterapia attiva è uno di questi. In particolare, essa facilita:

- l'espressione delle cariche pulsionali
- l'integrazione mente-corpo
- la ristrutturazione dei concetti di tempo e durata
- l'utilizzo di una comunicazione non verbale
- l'istituzione di una relazione interpersonale mediata dall'"oggetto" musicale
- l'integrazione della personalità
- l'espressione delle emozioni e la rimozione di eventuali blocchi
- lo sviluppo di capacità di socializzazione nel gruppo
- lo sviluppo della creatività

Solitamente l'intervento riabilitativo in ambito musicale viene svolto in gruppo e guidato da due figure: il conduttore, che ha un ruolo direttivo, e il co-conduttore, che invece interviene direttamente a fianco dei pazienti in difficoltà. È importante partire da un livello di base comune a tutti, di modo che ogni membro del gruppo

possa partecipare senza problemi. Progressivamente la complessità dell'intervento potrà crescere, ma sempre in conformità con l'andamento e le competenze del gruppo. È utile anche garantire la possibilità di usare diverse modalità comunicative a seconda dell'esigenza dei diversi pazienti: verbale, motoria, grafica, ecc.

L'utilizzo della musicoterapia corrisponde alla tendenza generale a integrare, nel trattamento dei disturbi psichici, diverse risorse e modalità di approccio. Tale integrazione è finalizzata alla ricerca delle possibilità di modulare la relazione terapeutica con il paziente in rapporto alle esigenze dei diversi livelli di necessità riabilitative personali.

La musicoterapia viene dunque a rappresentare un arricchimento dello strumentario nel percorso riabilitativo e risocializzante, con possibilità di apertura di canali di comunicazione rappresentati soprattutto da messaggi difficilmente verbalizzabili, e specialmente in quei pazienti con i quali risulta particolarmente difficile, strutturalmente o congiunturalmente, una modalità di contatto che si sviluppi attraverso colloqui strutturati.

In sintesi, l'obiettivo di un progetto di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica consiste nel miglioramento dell'apprendimento (o del ri-apprendimento) di modalità relazionali socialmente adeguate, fornendo ai partecipanti una sorta di nuovo mezzo per esprimersi e comunicare, utilizzando stili, mezzi e strumenti linguistici che, spesso, rimangono ignorati e inutilizzati. Si arricchiscono così le possibilità espressive del soggetto per comunicare aspirazioni e bisogni, si fornisce un supporto per rimuovere inibizioni motorie e psicologiche, si determina un certo grado di distensione sviluppando, infine, la creatività.

Se la pratica riabilitativa si propone in generale di facilitare la comunicazione sfruttando l'utilizzo di canali alternativi, la socializzazione e le capacità empatiche, il mezzo sonoro può divenire, allora, facilitatore di questa comunicazione. Al di là della comunicazione formale, oltre che sofferente e spesso disturbata nell'ambito di un SPDC (ma non solo), esiste una possibilità di mettersi in gioco superando la passività del rapporto paziente-

cura in un atteggiamento che diviene ricettivo e quindi reattivo. Anche solo ripetere a specchio ciò che ci viene comunicato (nel nostro caso attraverso lo strumento musicale) può essere un modo semplice e curiosamente scontato per iniziare a realizzare una relazione.

## LA RIABILITAZIONE (E LA MUSICOTERAPIA) IN SPDC

La domanda che ci si è posti all'avvio del progetto è stata quale senso avesse proporre un'esperienza di musicoterapia all'interno del SPDC, servizio dedicato alla presa in carico dell'acuzie, dello scompenso e della dis-regolazione. Quali fossero le capacità, e ancor prima le disponibilità delle persone sofferenti acutamente di accostarsi a un setting inusuale, completamente de-medicalizzato, apparentemente fuori di sesto rispetto al sistema-reparto. Dopo una prima fase preparatoria, e anche facendo nostre altre esperienze presenti in letteratura, abbiamo concluso che la riabilitazione è sempre possibile, che sempre si riesce a rintracciare nel paziente una capacità di relazionarsi che esuli dal malessere che turba l'Io, anche drammaticamente: basta saperla cercare, individuarla, proteggerla dal momento distruttivo dell'identità psichica. E quindi abbiamo pensato che proporre musicoterapia all'interno del SPDC potesse significare un momento di avvio precoce di un percorso riabilitativo, perché anche nell'ambito drammatico dell'acuzie si possa sperimentare la possibilità di ri-costruire. In fondo, abbiamo pensato che quell'ambito "disorganizzato" potesse essere, almeno in parte, (ri)concepito proprio perché (ri)pensato e cercato da una istanza esterna non coinvolta nell'impatto con l'acuzie, non troppo tecnicamente "prevenuta"; e questo è esattamente quanto noi siamo e rappresentiamo con la nostra "tecnica".

Già De Martis (12) aveva attribuito quattro funzioni al SPDC, che lui identificava come luogo in cui potere:

1. Gestire le situazioni di emergenza
2. Fare diagnosi accurate attraverso l'osservazione assidua del paziente

3. Contenere il paziente in termini farmacologici, fisici o relazionali
4. Avviare una funzione di sblocco: ossia la possibilità di aiutare una persona a superare momenti di chiusura e di inibizione assicurando al soggetto un quadro di riferimento che gli consenta di reinvestire sulla realtà esterna e lo renda disponibile a cimentarsi ancora con essa (funzione di “rianimazione”; e ciò, diceva, può realizzarsi più facilmente attraverso forme di comunicazione non verbali, meno dirette, meno “accusatorie, più “neutre” e quindi percepite come meno pericolose e destabilizzanti).

Il SPDC ha, quindi, diverse funzioni, che vanno dalla presa in carico, all'accudimento (anche negli aspetti più fisici), alla cura, al contenimento. Accanto a queste funzioni "tradizionali", si può aprire uno "spazio" strutturato, con funzioni precocementeriabilitative che prevedano programmi tesi a sviluppare o a conservare comportamenti socialmente competenti in aree quali la cura personale (cura del sé), le relazioni interpersonali, lo spazio sociale e ricreativo. Occorre inoltre tenere presente l'esperienza del “vuoto” in SPDC che, insieme alle tempeste del comportamento e all'angoscia (spesso) psicotica, alla rabbia o alla paura, così drammaticamente può caratterizzare il tempo e l'interiorità delle persone, esperienza che può ribaltarsi sugli operatori causando noia e demotivazione, ancor di più legittimate da ciò che sempre nell'SPDC viene vissuto come primario, e cioè l'urgenza medica, l'atto medico e sanitario, il funzionamento ospedaliero, la concretezza degli esami e degli accertamenti, e delle terapie. Come ben descritto da Zapparoli, la noia può diventare l'atmosfera che pervade l'SPDC, così come la paura, senza alcun contrappeso, può divenire emozione predominante (Zapparoli, 1979). Come scrive De Martis, la finalità di un SPDC dovrebbe essere “quella di trasformare un'esperienza mortificante e repressiva, come obiettivamente è il ricovero, in un'esperienza autenticamente significativa per il soggetto” (De Martis, 1986). Per fare questo è necessario un costante sforzo

di ricerca di senso nell'operare quotidiano, che non si richiama solo a motivi di solidarietà sociale, ma anche alla curiosità, alla fantasia e all'utilizzazione costruttiva di valenze ludiche. Ecco, quindi, le motivazioni e le ragioni che ci hanno mosso nella proposta di una lavoro riabilitativo di musicoterapia nell'ambito di un SPDC

## IL PROGETTO

Il progetto espressivo di musicoterapia proposto in SPDC a Vimercate ha avuto come scopo primario quello di creare un luogo d'ascolto espressivo, un setting protetto e non giudicante, ove i pazienti possano sentirsi liberi di portare i propri contenuti o il proprio silenzio, in una relazione semi-direttiva con i conduttori.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- scoprire il proprio mondo interno sonoro e utilizzarlo in chiave relazionale
- poter esprimere e “portare fuori” l'indicibile
- sviluppare e attivare le risorse presenti, attraverso la creatività
- ascoltare il proprio disagio e la propria “stranezza” in una chiave diversamente interessante
- poter condividere i propri contenuti con il gruppo
- recuperare una dimensione analogica nella relazione
- avere una maggiore consapevolezza rispetto ai propri agiti
- aiutare il gruppo ad accettare i partecipanti più compromessi
- ottenere una maggiore compliance con il personale sanitario che partecipa alle sedute

Questa attività viene condotta da una coppia terapeutica musicoterapeuta e co-terapeuta.

Nel corso dei mesi, a partire dall'esperienza del progetto-pilota iniziale, sempre in collaborazione con l'équipe medico-infermieristica del reparto si è arrivati a strutturare le sedute in modo che fossero il più possibile sfruttabili e utili ai pazienti presenti in reparto in termini di orario, di forma e di contenuti.

Le sedute si svolgono sempre nella stessa stanza, la sala

che nelle ore dei pasti è adibita a sala da pranzo. Al centro di questa stanza viene creato uno spazio nel quale viene disposto un cerchio di sedie, in numero, normalmente, di dieci. All'interno del cerchio di sedie vengono disposti gli strumenti musicali: arpa celtica, music box, steel drum, ocean drum, xilofono, piccoli strumenti a percussione, melodici, e altri meno conosciuti. In caso di utilizzo di materiale grafico solitamente vengono sfruttati i tavoli presenti nella sala da pranzo.

Le sedute hanno cadenza settimanale e durano circa cinquanta minuti. Fin dall'inizio è stato pensato di proporre un'esperienza di gruppo alla quale i pazienti sono liberi di partecipare, sempre previamente considerato lo stato psicopatologico del momento (il quale, si deve notare, impedisce la partecipazione solo nei casi di più grave scompenso, agitazione o grave dissociazione). Un operatore del reparto è sempre presente alla seduta, sia per intervenire in caso di necessità sia, più importante, per permettere al personale del reparto di essere parte di un modo così "diverso" di "fare" nel SPDC. I musicoterapeuti non si informano prima della storia o della patologia dei pazienti, ma li incontrano direttamente nel setting, permettendo un lavoro sul qui e ora dei partecipanti senza che il conoscere la storia o la psicopatologia possa influenzare le modalità di approccio. La presenza del personale sanitario ha anche lo scopo, quindi, di garanzia rispetto alla possibilità che questa radicale disponibilità possa determinare momenti di difficoltà gestionale. In ogni caso, tale presenza deve lasciare il più possibile liberi i pazienti durante le sedute per permettere che i vissuti portati possano essere costantemente ricollocati nel "campo di gioco" della musicoterapia.

Ogni seduta di musicoterapia ha un'"anticamera" d'informazione e promemoria rivolta ai pazienti. Il personale infermieristico inizialmente faceva il giro nelle varie camere annunciando l'inizio delle sedute; in seguito si è ritenuto più opportuno inviare direttamente il co-terapeuta espressivo per dare la comunicazione ai pazienti, così permettendo loro di avere un'immediata

visione di chi avrebbero poi incontrato durante la seduta; come ponte reale e tangibile di accompagnamento nella stanza, come conferma di un "altro" esterno al ritmo sanitario e standardizzato del reparto.

Le sedute di musicoterapia sono state pensate come contenitori d'ascolto tematici nei quali i pazienti e gli operatori mettono in campo i propri limiti e le risorse disponibili, al servizio di un nuovo modello di relazione.

Ogni incontro viene "ritualizzato" e suddiviso in tre fasi principali: il momento dell'accoglienza e della presentazione del tema, l'attività centrale della seduta, il momento di congedo e rielaborazione dei contenuti emersi. Tutto questo per aiutare la percezione e l'elaborazione di un tutto che si svolge, però, attraverso fasi differenti, caratterizzate da contenuti e finalità diverse, e che alla fine si riunificano ancora nell'unicità dell'esperienza. La condizione di degenza in un reparto per acuti, infatti, sia in relazione alle caratteristiche dello stato individuale sia per la sua medesima intrinseca identità, frequentemente mostra una evidente alterazione della percezione del tempo frantumato da un'esperienza psicotica, congelato in una depressione, discontinuo in esplosioni dell'emotività, oppure svuotato e ripetitivo nella routine medicalizzata dell'istituzione.

Il momento dell'accoglienza, in cui si attende l'arrivo dei pazienti, ognuno lasciato con il proprio vissuto del tempo e non perentoriamente portato all'appello, è seguito da un momento di informazione e consegna sull'attività prevista che tocca alcune questioni che, nel corso del tempo, è stato osservato essere importanti per la buona riuscita della seduta. Innanzitutto, viene chiarito che l'incontro di musicoterapia non è una lezione di musica, ma è un luogo in cui poter portare i propri vissuti e le proprie emozioni, senza particolari censure o aspettative. Poi si esprime la raccomandazione di sentirsi assolutamente liberi nel proprio attuale bisogno di comunicazione, con il registro desiderato, mantenendo l'unica regola del rispetto per tutti gli altri presenti e per lo strumentario in dotazione e in uso. Infine, viene

richiesto di fermarsi fino alla fine della seduta, riconoscendo come, a volte, ciò possa risultare difficile, faticoso per la situazione emotivamente originale o complicato per il semplice fatto di interagire con un gruppo. Questa consegna iniziale ha effettivamente diminuito il numero di pazienti usciti prima del termine della seduta, permettendo loro di poter fruire del complesso e della struttura generale della stessa dimostrando, nel contempo, lo spazio che l'assertività può avere una volta sostenuta da finalità e progettualità precise e comprensibili.

In ogni seduta viene proposto un tema diverso su cui lavorare, ma contenuti o tematiche proposte dai pazienti stessi sono naturalmente tenute in considerazione.

I temi trattati, ciclicamente ripetuti, comprendono:

1. L'Ascolto
2. Ascolto&Creatività (Musica e Arte)
3. Il Corpo (Musica e Corpo)
4. Comunicazione e Voce
5. Peso e Leggerezza
6. Ascolto&Costruzione (Musica e Arte)
7. Il vuoto
8. Energia e Risorse
9. Speranza
10. Il tempo
11. Il contenitore del sé (trovare spazio dentro di sé)
12. Lo spazio interpersonale

Alcuni dei temi sono nati durante una seduta e sono stati poi riproposti a un altro gruppo in momenti successivi

## PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Il denominatore comune dell'esperienza di musicoterapia è sempre l'ascolto di sé, in sé medesimo e in condivisione grupale. In aggiunta sono stati utilizzati, oltre agli strumenti musicali, materiali artistici vari (china, tempere, matite colorate, carta di vari colori, stoffa). L'avvalersi di strumenti creativi trasversali alla musica, ove essa stessa fa sempre da sfondo alla seduta, permette una maggiore canalizzazione dei contenuti emotivi che via via emergono e una maggiore facilità, per i pazienti, di esplorare

la propria creatività in una forma più "diretta".

Quando durante le sedute di musicoterapia qualcuno voleva emergere "prepotentemente" nel gruppo andando a sottolineare una propria esclusività, il momento "da solista" veniva sottolineato, chiedendosi se in quel momento "la musica" che si suonava richiedesse un'attenzione esclusiva; se tendenzialmente non veniva opposto alcun limite o diniego a tale rappresentazione, si riusciva però così a far emergere contenuti e emozioni individuali, anche oppositivi certamente, ma comunque inquadrabili nella geometria e nel funzionamento del gruppo. Da queste dinamiche di confronto, dai rimandi degli altri partecipanti, poteva essere possibile, quindi, il passaggio a un nuovo assetto d'ascolto all'interno del gruppo stesso, divenuto così anche portatore di riflessioni sul singolo individuo.

Dall'osservazione sui pazienti durante il lavoro si è denotata una dinamicità partecipativa importante e variegata: soggetti più desiderosi di osservare e ascoltare, altri bisognosi di mettere in scena i loro contenuti, partecipanti in "soccorso" di altri, soggetti con entrate e uscite alternate, alcuni poeti, altri inizialmente scettici e successivamente piacevolmente sorpresi.

Il personale sanitario coinvolto nell'esperienza ha esso stesso messo in scena l'importanza di comunicare oltre il linguaggio convenzionale, potendosi sperimentare con soddisfazione, dopo il periodo iniziale, in forme "diversamente interessanti". Naturalmente il personale ha espresso una valutazione di utilità relativamente ai pazienti. È stato anche osservato che la condivisione rende più fluida la comunicazione anche negli altri momenti della vita di reparto.

Si sono potute in generale identificare due linee concettuali essenziali su cui si è poggiato l'uso terapeutico dell'elemento sonoro-musicale:

- il rapporto musica-soggetto
- la relazione terapeutica tra paziente e terapeuta mediata dalla musica

Per quanto concerne la prima, si è posto l'accento sulle

potenzialità terapeutiche della musica; ovvero sullo stato emotivo e sulla risposta affettiva elicitati e prodotti dal suono. Le risposte affettive alla musica avvengono normalmente in funzione sia dei brani ascoltati sia dell'identità sonoro-musicale del soggetto, sorta di capacità individuale di cogliere, recepire, valutare, apprezzare la musica. Quest'ultima è stata prodotta sia direttamente con gli strumenti disponibili sia tramite supporti digitali, quando la musica veniva utilizzata per stimolare la produzione grafico-pittorica o un movimento corporeo spontaneo nel paziente.

Riguardo alla relazione terapeutica, l'elemento sonoro-musicale è stato presentato come mezzo per una comunicazione extra-verbale, permettendo di accedere a ciò che sfugge al linguaggio verbale, alle dimensioni analogiche. La musica, inoltre, come mezzo suscettibile di esperienze di relazione, è stata usata sia in maniera ricettiva (musicoterapeuta che suonava per il gruppo), oppure in forma attiva (dialogo sonoro tra terapeuta e paziente/i).

Considerando poi una problematica possibile trattando di utenti in fase acuta del disagio psichico, e quindi di possibili comportamenti disregolati o aggressivi, si vuole segnalare come non sia mai accaduto l'utilizzo degli strumenti musicali come oggetti contundenti, né tanto meno l'impulso a mettere in scena la propria aggressività fine a sé stessa.

Momenti d'energia e tendenti all'agito aggressivo sono stati mediati e rielaborati dai musicoterapeuti nel "qui e ora" tramite le modalità espressive stesse, esaurendosi quindi nella seduta con elementi positivi e pro-positivi. Pazienti altamente compromessi nell'area cognitiva hanno potuto inoltre coltivare, utilizzando le risorse presenti, piccoli momenti d'ascolto espressivo.

Sicuramente il progetto presenta alcuni punti critici, dovuti essenzialmente al fatto di essere collocato all'interno di una struttura in cui il turn-over dei pazienti è molto elevato e i pazienti ricoverati in stato di acuzie; quindi il gruppo su cui i terapeuti lavorano è un gruppo

eterogeneo, sempre diverso e complesso nella gestione di base. Tutto ciò, però, al di là di rappresentare sicuramente una criticità per i conduttori, è una risorsa per i pazienti i quali possono rivivere la condizione del reparto esperita quotidianamente al di fuori del contesto della seduta, rielaborandola nel setting strutturato della musicoterapia e dei suoi strumenti, potendo anche mettere in campo momenti di aiuto reciproco: vedere una persona che ha fatto il proprio percorso in reparto e sta meglio può sicuramente aiutare chi, invece, è appena entrato e vive una situazione di profondo malessere.

Per quanto riguarda poi la continua eterogeneità del gruppo, questo implica sicuramente una difficoltà nel poter svolgere un percorso continuativo con i pazienti presi singolarmente. Le sedute devono necessariamente lavorare sul "qui e ora" e devono necessariamente concludersi in cinquanta minuti; i contenuti proposti devono essere affrontati nella seduta e, quindi, se necessario, devono arrivare a una minima rielaborazione e ricollocazione quasi nell'immediato. Tutto ciò, se da una parte rappresenta una difficoltà per i musicoterapeuti che, spesso, vorrebbero poter vedere i pazienti in modo continuativo per lavorare su obiettivi almeno a medio termine, dall'altra è una risorsa per i pazienti che possono uscire dalla seduta con una quasi istantanea rielaborazione del proprio vissuto. Nel corso dei mesi ci sono comunque stati pazienti che hanno potuto partecipare a più sedute sia durante lo stesso ricovero, sia durante ricoveri differenti. In questi casi si è potuto osservare come il paziente che ha la possibilità di fare un percorso più duraturo è in grado poi di vivere l'esperienza in modo più significativo sia in termini di vissuto che in termini di setting terapeutico.

Una risorsa importante, in fondo una sorta di requisito del progetto, è la possibilità (di fatto l'indicazione) di collaborare e confrontarsi con l'équipe curante del reparto, con lo scambio quotidiano con il personale infermieristico e con le più rade riunioni svolte con il personale medico.

## CONCLUSIONE

La musicoterapia non è un rimedio radicale del malessere psichico, ma un ponte reale e strutturato tra il sentire e l'agire: fornire questo contenitore espressivo è già di per sé un'opportunità trasformativa. Inoltre, è risultato possibile il suo utilizzo in un setting difficile come il SPDC, facendone strumento duttile e rigoroso nel contempo. Questa situazione apparentemente ossimorica si mantiene ancorata al reale solamente quando la capacità dei terapeuti è in grado di riunire il rigore del metodo con l'elasticità della valutazione del rapido mutamento del reale, nel rispetto profondo del "come" il partecipante "è" in quel momento. Questa una importante lezione appresa, questa una importante lezione da trasmettere. Solo così un'attività riabilitativa come la musicoterapia può essere portata nel SPDC con risultati positivi.

E questo era il secondo aspetto che si voleva dimostrare, o rendere evidente o forse semplicemente verificare: attività creative, espressive, emozionali, ancor più quando condotte in gruppo ed entro un gruppo assolutamente aperto, possono avere luogo nel SPDC con un senso e un modo alla fine precisi. La fase medicalizzata, radicalmente strutturata e standardizzata, enfaticamente orientata alla riduzione delle manifestazioni dell'essere umano (almeno nelle prime fasi) può tollerare, dare spazio e infine giovare di precocissime attività riabilitative, ancorché su registri così differenti dal contrasto dell'acuzie. E soprattutto se ne giovano le persone ricoverate, che possono vedere un parziale riempimento delle giornate spesso così eguali l'una all'altra, un piccolo luogo di attribuzione di senso, un momento dove si possono esprimere fuori dai linguaggi medici o medicalizzati da sintomi e segni che sono loro richiesti, che possono incontrare un tempo e un luogo per essere come si è, e curiosamente quasi sempre non è agitazione, non è rifiuto, ma è relazione.

Come ha verbalizzato un paziente, al termine di una seduta: "La musicoterapia permette di riscattare ciò che si sente, rendendo visibili le emozioni non a parole".

## AFFERENZA DEGLI AUTORI:

*Musicoterapeuta e formatrice, Responsabile Associazione Mutàr*

*\*\*Musicoterapeuta, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica*

*\*\*\*Coordinatrice infermieristica, SPDC, UOC di Psichiatria, ASST Vimercate*

*\*\*\*\*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Vimercate*

## BIBLIOGRAFIA

1. Lu S.F., Lo C.H., Sung H.C., Hsieh T.C., Yu S.C., Chang S.C. *Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD004025.
2. Geretsegger M, Mössler K.A., Bieleninik L., Chen X.J., Heldal T.O., Gold C. *Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 29;5:CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
3. Gold C., Heldal T.O., Dahle T., Wigram T. *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 29;5:CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
4. Morgan K., Bartrop R., Telfer J., Tennant C. *A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode*. Arch Psychiatr Nurs. 2010 Dec;24(6):429-34. DOI: 10.1016/J.APNU.2010.04.001. Epub 2010 May 21.
5. Peng S.M., Koo M., Kuo J.C. *Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia*. Complement Ther. Med. 2013 Dec 21(6):682-8. doi: 10.1016/j.ctim.2013.09.002. Epub 2013 Sep 20.
6. Volpe U, Gianoglio C., Autiero L., Marino M.L., Facchini D., Mucci A., Galderisi S. *Acute Effects of Music Therapy in Subjects with Psychosis During Inpatient Treatment*. Acta Psychiatr Scand. 2011 Nov;124(5):363-71. DOI: 10.1111/J.1600-0447.2011.01739.X. Epub 2011 Jul 8.

7. Maròthy J. *Musica e uomo*, Ricordi Unicopli, Milano, 1987, p.11
8. Fubini E. *L'estetica musicale dall'antichità al Settecento*, Einaudi, Torino, 1976, p.140
9. Michel I. *Suoni Emozioni Significati*, Clueb, Bologna, 1986, p.56
10. Benenzon R.O. *Manuale di musicoterapia*, Borla, Roma, 1981
11. Sharda M., Tuerk C., Chowdhury R., Jamey K., Foster N., Custo-Blanch M., Tan M, Nadig A., Hyde K. *Music improves social communication and auditory-motorconnectivity in children with autism*. Trans Psychiatry. 2018 Oct 23;8(1):231. DOI: 10.1038/s41398-018-0287-3.
12. De Martis D.: Il reparto di diagnosi e cura in un'ottica relazionale. Riv. Sperim. di Freniatria, CX, 697, 1986
13. Zapparoli G.: La paura e la noia. Il Saggiatore, Milano, 1979
14. Geretsegger M., Elefant C., Mössler K.A., Gold C.: Music therapy for people with autism spectrum disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 17; (6):CD004381. Epub 2014 Jun
15. Lecourt E., *La Musicoterapia*, Cittadella Editrice.
16. Gaggero G., *Esperienza Musicale e Musicoterapia*, Mimesis
17. Pistorio G., Scarso G., *Musicoterapia Metodologie ricerche cliniche interventi*, Centro Scientifico Editore
18. Arecchi A. Diallo M., *Il liuto e il Tamburo*, Mimesis
19. Bottero E., Carbone I. *Musica e Creatività La didattica di Giordano Bianchi*, Franco Angeli.
20. L. Bunt, *Musicoterapia Un'arte oltre le parole*, Edizioni Kappa
21. Kenneth E. Bruscia, *Casi clinici di Musicoterapia (adulti)*, Edizioni Ismez
22. Kenneth E. Bruscia, *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Edizioni Ismez
23. Humeau S., *Le musiche che guariscono*, Ipsa Editore
24. Kenneth E. Bruscia, *Definire la Musicoterapia*, Edizioni Ismez
25. Kenneth E. Bruscia, *Casi clinici di musicoterapia (bambini ed adolescenti)*, Edizioni Ismez
26. G. Manarolo, M. Borghesi, *Musica & Terapia*, Edizioni Cosmopolis
27. G. Di Franco, *Le voci dell'emozione*, Edizioni Ismez
28. R. O. Benenzon, *La nuova musicoterapia*, Phoenix Editrice
29. R. O. Benenzon, *Musicoterapia esperienze di supervisione*, Phoenix Editrice

## 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](mailto: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](mailto: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