



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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







# SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 1 • gennaio–giugno

## 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)  
Gabiella 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** **Psichiatria ai tempi di sars-cov-2: il caso di Codogno**  
*di Paletta S., Grassi S., Bertorello A., Bonizzoni M., Grasso F., Cerveri G.*

### PARERI

**11** **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**  
*Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente*  
*di Clerici M.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**20** **Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19**  
*L'esperienza lariana*  
*di Alamia A., Casolaro I., Guanella E., Banfi F., Ferrari R., Fraticelli C.*

**30** **Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla npia alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione**  
*di Carnevali C., Meiattini R., Montrasio C., Durbano F.*

**40** **I Disturbi da Stress nel personale sanitario**  
*Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi*  
*di Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G.*

**48** **Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto**  
*di Crespi G., Tringali A., Anguilano L., Viganò F., Limonta M., Clerici M.*

**57** **¡VAMOS!**  
*Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini*  
*De Adamich B.M., Parabiaghi A.*

**64** **Impatto di covid-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza**  
*L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco*  
*di Dragogna F., Russo S., Mencacci C.*

**71** **Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19**  
*Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi*  
*di Uccello M., Meola L., Fraticelli C.*

### PSICHIATRIA FORENSE

**76** **Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra**  
*di Mantovani R.*

**78** **Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come "vittime" o come attori protagonisti?**  
*di Amatulli A.*

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)

## Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto

*Giovanna Crespi \**, *Agnese Tringali \**,  
*Lucia Anguilano \**, *Flavia Viganò \**,  
*Manuela Limonta \**, *Massimo Clerici \**

### INTRODUZIONE

Le attività artistiche, come documentato da un recente importante report della World Health Organization (WHO) (Fancourt 2019) possono essere considerate interventi multimodali che agiscono a livello psicologico, fisiologico, sociale e comportamentale determinando benefici sulla salute sia fisica che mentale dei soggetti (Fancourt 2017). In particolare, il lavoro della WHO riporta una revisione della crescente letteratura circa i benefici dell'arte sulla prevenzione e sulla riduzione delle malattie mentali. Le attività artistiche vengono pertanto considerate supporto ai tradizionali approcci farmacologici e psicologici nella gestione delle patologie mentali gravi.

Considerando in modo specifico l'attività musicale, alcuni studi hanno evidenziato il beneficio apportato dalle attività musicali su patologie mentali gravi, sia per quanto riguarda i sintomi che il funzionamento (Gold et al. 2009; Carr et al. 2013). In pazienti psicotici, la musicoterapia migliora la sintomatologia generale, lo psicoticismo, l'ideazione paranoide, le fobie, le somatizzazioni, l'ansia, la depressione così come i sintomi negativi come la mancanza di partecipazione, cooperazione, interazione, e il funzionamento psicosociale. (Volpe et al. 2018; Silverman 2003; Müller et al. 2014). Risultati positivi si sono trovati anche in soggetti con disturbi depressivi (Aalbers et al. 2017), disturbi del comportamento alimentare (Bibb et al. 2015), disturbo ossessivo compulsivo (Abdulah et al. 2019), disturbo da ansia sociale (Lazarov et al. 2017) (578), disturbo post traumatico da stress (Landis-Shack et al. 2017).

Le teorie neurobiologiche sostengono che tali benefici possano riflettere una modulazione neurotrasmettitoriale,

una riduzione di ormoni dello stress come il cortisolo e una riduzione della risposta immunitaria infiammatoria (Fancourt et al. 2016; Lin et al. 2011). Altri studi suggeriscono che la musica contribuisca attraverso diversi componenti. Sembrano coinvolti, in modo particolare, il fattore estetico, l'attivazione sensoriale, l'evocazione emotiva, l'interazione sociale. I fattori estetici ed emozionali delle attività artistiche possono stimolare l'espressione e la regolazione emotiva (Juslin 2013). Per quanto riguarda l'attivazione sensoriale, è stato osservato che diverse aree degli emisferi cerebrali sono stimolate durante l'ascolto della musica, e che tale stimolazione dipenda dall'esperienza musicale del soggetto; la musica produce modificazioni a livello del sistema nervoso vegetativo, agendo trasversalmente sulle emozioni (Peretz e Zatorre 2005; Zatorre e Peretz 2003). L'interazione sociale – che è particolarmente stimolata dalle attività musicali rispetto alle altre forme artistiche (Pearce et al. 2015) - riduce il senso di solitudine e lo scarso supporto sociale, entrambi fattori strettamente connessi allo sviluppo di patologie mentali.

Alla luce di tale conoscenza le considerazioni oggetto di questo contributo si propongono di evidenziare e quantizzare i possibili miglioramenti indotti dall'attività musicale riabilitativa di canto su cluster psicopatologici in soggetti affetti da disturbi mentali. In particolare lo studio è nato dall'osservazione da parte degli operatori presenti all'attività di un miglioramento delle abilità tecniche musicali e del parallelo miglioramento del benessere psicopatologico sia soggettivo che oggettivo dei partecipanti. È stato inoltre osservato un progressivo adeguamento dei partecipanti al gruppo con un aumento delle capacità di espressione dei propri vissuti, delle proprie emozioni e delle capacità di socializzazione. Pertanto, nel seguente studio, ci siamo proposti di verificare empiricamente quanto osservato e quantificare il miglioramento clinico. Abbiamo voluto inoltre verificare se tali eventuali miglioramenti fossero in qualche modo influenzati dalla diagnosi psicopatologica dei partecipanti.

## DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

### “GRUPPO CANTO”

L'attività riabilitativa oggetto di osservazione riguarda un laboratorio di canto a cadenza settimanale gestito da una consulente esperta in didattica della musica e del canto, all'interno del Centro Diurno della UOP 38 ASST Monza.

L'attività rientra negli interventi riabilitativi-gruppali di tipo *espressivo* ed opera principalmente attraverso l'accettazione/coesione; l'apprendimento/modellizzazione indiretta; la catarsi; il Self-disclosure; la comprensione di sé; l'apprendimento interpersonale; lo sviluppo di tecniche di socializzazione; i fattori esistenziali.

L'attività corale di ciascuna sessione prevede una prima fase di riscaldamento e tecnica vocale ed una fase successiva in cui si entra nell'attività musicale vera e propria. Nella fase di riscaldamento vengono proposte le seguenti attività: rilassamento muscolare ed esercizi di respirazione; stretching vocale e tecnica vocale attraverso vocalizzi su scala cromatica eseguiti con “lip thrills” (vibrazione delle labbra con “br”); stretching vocale e tecnica vocale attraverso vocalizzi su varie scale e intervalli eseguiti con vocali in “cry” (suono piccolo, di bassa intensità, in cui lavora principalmente il bordo delle corde vocali); esercizi di ear training su ritmo, intonazione, memoria, musicalità. Al termine della fase tecnica, si passa al lavoro creativo-musicale, cioè alla performance vera e propria. Partendo da un'emozione, un ricordo o un vissuto si agevola con la musica (live e/o basi) l'improvvisazione e la creatività musicale e vocale dei partecipanti; vengono così composti dei brani che, da una parte, devono soddisfare i criteri musicali (intonazione, ritmo, melodia, tecnica vocale) e dall'altra stimolano l'espressività e innescano una riflessione sul tema trattato (sia del singolo, sia del gruppo). La musica funge da facilitatore attraverso il quale le emozioni, vissuti e/o traumi vengono espresse e condivise rielaborate nel e attraverso il gruppo ed infine tradotte in parole che contribuiranno alla costruzione di un brano musicale (opera condivisa).

Il gruppo è composto da un massimo di 15 persone; l'invio al gruppo avviene su richiesta del clinico dopo condivisione del progetto con l'équipe di riferimento tenendo conto anche dell'attitudine e della richiesta del paziente stesso. A livello clinico si valuta la necessità e l'utilità per il singolo paziente che le dinamiche relazionali gruppali – mediate e facilitate dalla musica – possano favorire il superamento dell'isolamento emotivo con l'acquisizione di nuovi modi di gestire emozioni difficili.

Per poter verificare tali cambiamenti si ritiene necessario un periodo di attività di almeno sei mesi.

### Materiali e Metodi

Al fine di valutare se un'attività musicale strutturata possa effettivamente determinare un miglioramento psicopatologico in soggetti con disturbi mentali gravi sono stati selezionati all'interno della scala “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS) alcuni items, considerati maggiormente rappresentativi al fine di poter quantizzare i cambiamenti percepiti e descritti dai singoli soggetti durante e dopo l'attività.

Sono stati quindi selezionati dalla scala BPRS sette items e precisamente quelli che valutano:

2 – Ansia; 11 – Contenuto insolito del pensiero; 12 – Comportamento bizzarro; 15 – Disorganizzazione concettuale; 16 – Appiattimento affettivo; 17 – Isolamento emotivo; 20 – Mancanza di cooperazione; 22 – Distraibilità.

Per verificare se al miglioramento clinico osservato dagli operatori corrispondesse anche un miglioramento soggettivo della qualità di vita dei pazienti è stata somministrata la scala “Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire” (Q-LES), una scala di autovalutazione finalizzata ad ottenere una misura sensibile del grado di piacere e di soddisfazione che i soggetti, con patologia sia psichica che somatica, sperimentano nei diversi settori in cui si articola la vita quotidiana. In particolare la scala esplora la soddisfazione circa la salute fisica, le sensazioni soggettive, le attività del tempo libero, i rapporti sociali

e le attività generali. Sono previsti, inoltre, tre items in rapporto all'attività lavorativa, casalinga, e di studente.

Per la valutazione dell'apprendimento delle tecniche musicali, sono stati somministrati alcuni parametri delle certificazioni musicali del London College of Music (LCM) - West London University. In particolare, gli utenti sono stati valutati per la componente "Technical Work", che prevede la ripetizione di scale musicali, intervalli, melodie, pattern ritmici secondo gli obiettivi di livello "Step 1-2", che utilizza una selezione di materiale musicale elementare (melodie semplici e indicazioni di tempo comuni e basilari) applicando un punteggio da 0 a 20 (20 senza errori).

Tutti gli utenti sono stati valutati rispetto alle tecniche musicali, ai parametri clinici di benessere psichico e di adeguamento dell'Io nel gruppo nonché al grado di soddisfazione.

Le scale sono state somministrate dagli operatori sanitari in occasione dell'attività corale nei tre tempi stabiliti e così scadenziati: T<sub>0</sub> (inizio attività); T<sub>1</sub> dopo 1 mese e T<sub>2</sub> dopo 6 mesi che è stato considerato un periodo di tempo sufficiente per la verifica del cambiamento.

### **Campione**

Il campione iniziale era composto da 15 pazienti per un tempo di osservazione di 6 mesi. Il gruppo è stato costante per tutto il periodo di osservazione con frequenza di partecipazione all'attività di una volta alla settimana; due soggetti hanno abbandonato l'attività entro il primo mese di osservazione e non sono stati considerati nelle valutazioni e nell'analisi statistica.

Il campione in esame è quindi composto da 13 soggetti adulti di età compresa tra i 23 e i 60 anni, 6 femmine e 7 maschi, con diagnosi psichiatriche maggiori: 6 pz con diagnosi di disturbo schizofrenico, 6 pz con diagnosi di disturbo dell'umore (3 unipolare e 3 bipolare) e un paziente affetto da disturbo di personalità grave. Le diagnosi sono state formulate secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5) (Biondi e Maj

2014). Tutti i pazienti si accomunano per la presenza di una grave compromissione del funzionamento sociale e relazionale in un punteggio alla Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) <60.

### **Analisi statistica**

Per l'analisi statistica è stato usato il software Statistical Package for Social Science (SPSS).

I dati raccolti sono stati analizzati sia comparando il risultato della somministrazione delle scale ai vari tempi iniziale (T<sub>0</sub>), dopo un mese (T<sub>1</sub>) e dopo sei mesi (T<sub>2</sub>), sia mediante un'analisi della varianza per misure ripetute per poter valutare anche la variabile diagnostica. I pazienti sono stati suddivisi in 2 gruppi: gruppo 1 - pazienti con Disturbo schizofrenico e gruppo 2 - pazienti con diagnosi di Disturbo dell'umore (sia unipolare che bipolare); in questa seconda analisi non è stato considerato il paziente con grave disturbo di personalità e pertanto il numero complessivo di pazienti per l'analisi della varianza è stato di 12.

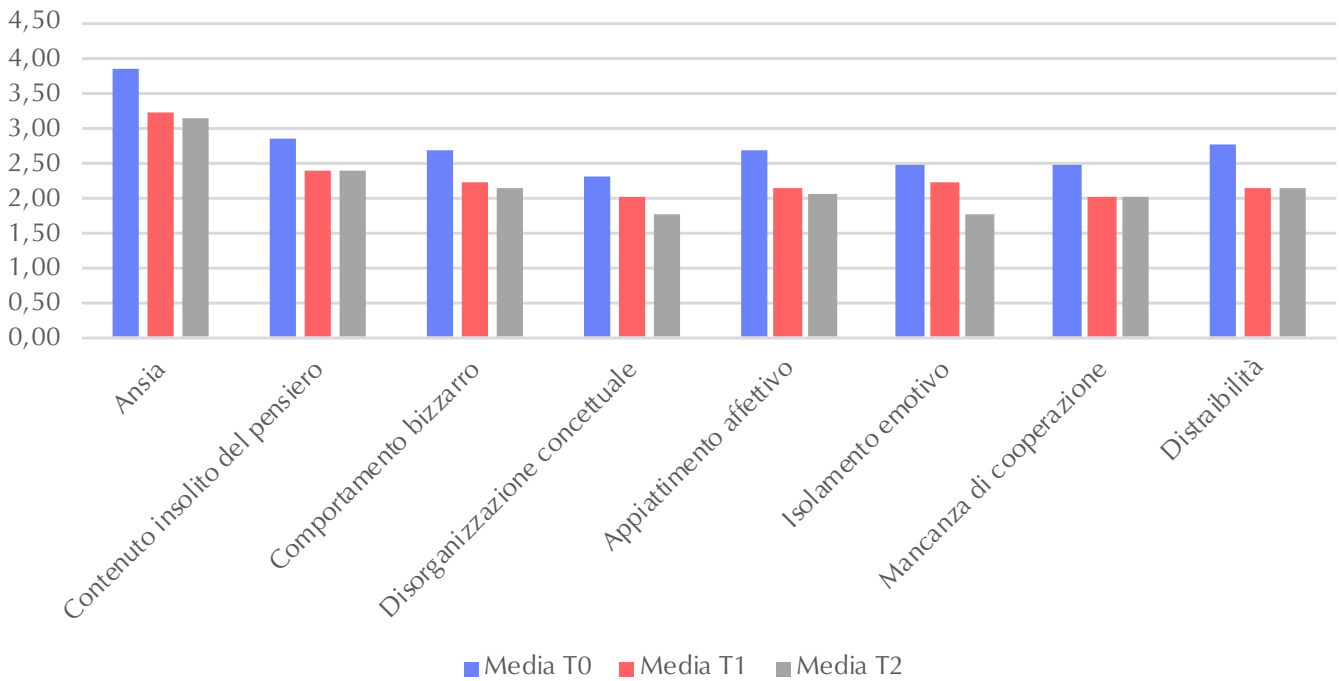
### **Risultati**

Nei sei mesi di osservazione, si è verificato un progressivo e significativo miglioramento in tutte le aree psicopatologiche oggetto di studio misurato tramite gli item della BPRS tra T<sub>0</sub> e T<sub>1</sub> e T<sub>0</sub> e T<sub>2</sub>. Fa eccezione l'item "isolamento emotivo", che non ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo da T<sub>0</sub> a T<sub>1</sub> ma che è divenuto statisticamente significativo solo nel confronto T<sub>0</sub> versus T<sub>2</sub> ( $p < 0,05$ ).

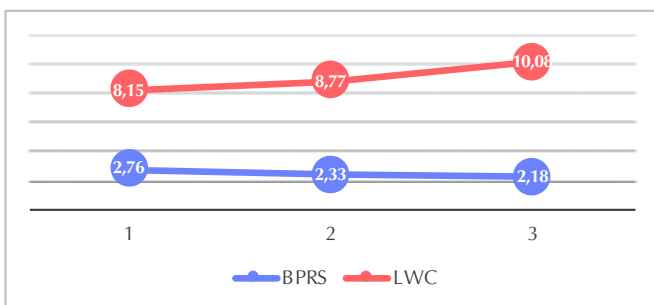
Analizzando i dati ricavati dalla scala musicale LCM - West London University si è osservato, inoltre, un progressivo e lineare miglioramento (aumento del punteggio 0-20) della tecnica canora che mantiene un andamento simile al miglioramento clinico verificato attraverso la media degli item della BPRS selezionati.

Confrontando gli items della scala BPRS in parallelo alla scala LCM - West London University si è visto come

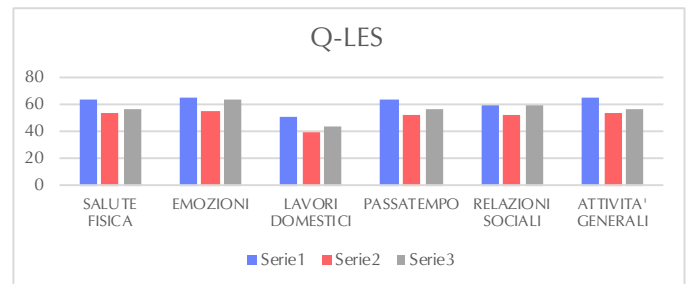
## Items BPRS



l'attività musicale strutturata condotta nel laboratorio di canto determini un miglioramento delle abilità tecniche musicali e che tale miglioramento si accompagna ad una riduzione dei punteggi degli items della BPRS. Entrambe le modificazioni risultano significative dal punto di vista statistico ( $p < 0,05$ ) ad entrambe le valutazioni ripetute.



I punteggi derivanti dalla somministrazione della scala di autovalutazione Q-LES descrivono un miglioramento globale soggettivo che tuttavia non raggiunge un livello di significatività statistica ad esclusione dell'item "lavori domestici" che risulta significativo ( $p < 0,05$ ) T<sub>0</sub> versus T<sub>2</sub>.



Abbiamo quindi voluto verificare se le variazioni delle scale di valutazione somministrate fossero influenzate dall'appartenenza ad una grande categoria diagnostica dei soggetti partecipanti al coro che abbiamo suddivisi in due gruppi diagnostici principali:

- gruppo 1 - *Disturbi schizofrenici*, n 6 pazienti;
- gruppo 2 - *Disturbi dell'umore*, n 6 pazienti.

In questo confronto non è stato considerato un paziente che aveva come diagnosi principale Disturbo di Personalità.

Sulle valutazioni effettuate ai pazienti così suddivisi è stata condotta un'analisi della varianza per valutazioni ripetute, considerando la variabile diagnostica. La significatività statistica è stata verificata in rapporto a tre confronti:

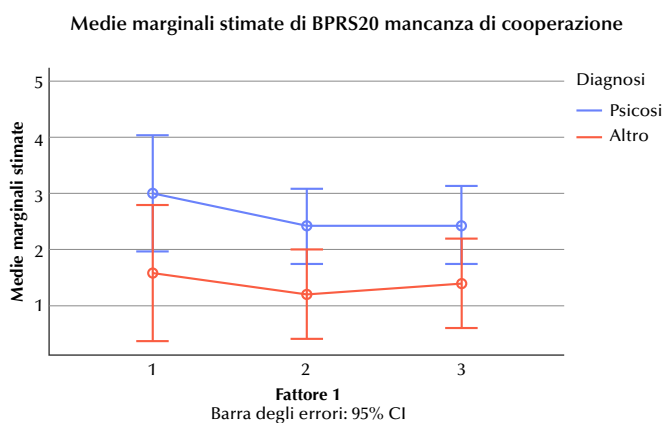


- A. variabilità all'interno dei soggetti ovvero se il gruppo considerato nel suo insieme si modifica in maniera statisticamente significativa (tutte le valutazioni effettuate vengono considerate come un unicum);
- B. variabilità tra i soggetti ovvero se gli stessi si comportano in maniera diversa in rapporto alla diagnosi, non considerando l'andamento nel tempo (se tutte le valutazioni del gruppo 1 sono diverse da gruppo 2);
- C. l'interazione tra il gruppo diagnostico di appartenenza e l'andamento nel corso del tempo che così risulterebbe differente tra i due gruppi diagnostici (l'andamento nel tempo dei due gruppi risulta diverso).

Vista l'esiguità del campione alcune differenze, benché presenti, non sono significative dal punto di vista statistico e, pertanto, non vengono qui di seguito riportate.

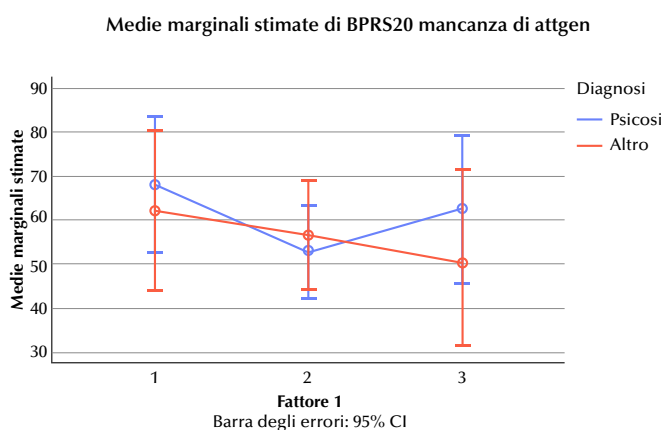
Gli item della BPRS che hanno mostrato una differenza significativa all'analisi così condotta tra i due gruppi diagnostici sono:

- *Ansia, Disorganizzazione concettuale, Appiattimento affettivo, Isolamento emotivo e Distraibilità*: tutti questi items presentano una variazione statisticamente significativa all'interno dei soggetti A) come già era emerso con l'analisi del gruppo intero (il gruppo intero migliora).
- *Comportamento bizzarro*: significativo entro e tra i soggetti cioè oltre che modificarsi nel complesso ci sono state delle modificazioni significative tra i due gruppi A) e B) che a questo item hanno dato dei risultati significativamente differenti indipendentemente dall'andamento generale. In particolare i soggetti del gruppo 1 hanno manifestato un livello maggiore di comportamento bizzarro rispetto al gruppo 2.
- *Mancanza di cooperazione*: item significativo tra i soggetti B) (gruppo 1 vs 2) diverso comportamento alle scale tra i gruppi senza una variazione significativa complessiva e indipendentemente dall'andamento. In particolare i pazienti psicotici hanno mostrato un livello maggiore di mancanza di cooperazione rispetto ai non psicotici (vedi grafico)

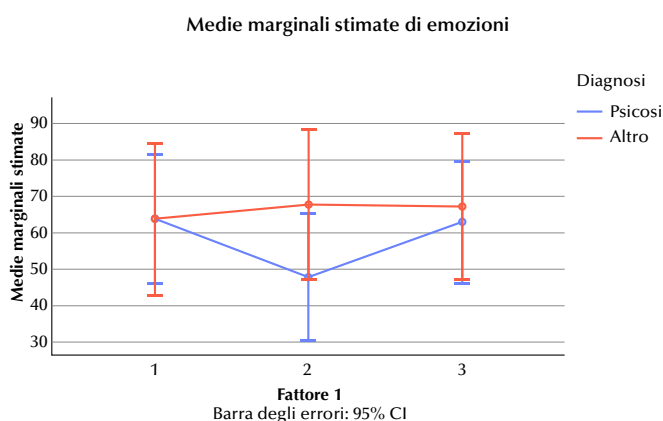


Analizzando l'andamento dei singoli item della scala Q-LES si è rilevata una significatività statistica per:

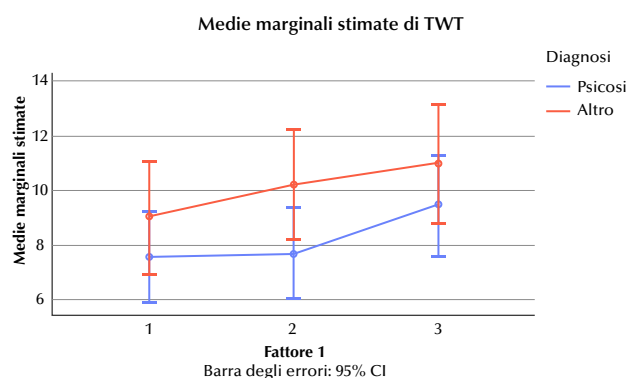
- *Attività Generali*: significativo il fattore entro i soggetti A) ovvero tutto il gruppo nel suo insieme



- *Emozioni*: significativo solo interazione tra gruppi C) cioè in riferimento alla diagnosi vi sono differenze significative delle valutazioni alle scale nel corso del tempo (diverso andamento in rapporto alla diagnosi).



Alla valutazione dell'apprendimento delle tecniche di canto risulta significativo il fattore entro i soggetti A) e in interazione C). La prova canora ha mostrato una variazione significativa nel complesso (miglioramento complessivo significativo) ed l'andamento del miglioramento è significativamente differente in rapporto alla diagnosi nei due gruppi considerati.



## DISCUSSIONE

Come premesso nell'introduzione, tale lavoro è nato a seguito dell'osservazione da parte degli operatori del Centro Diurno di come il laboratorio di Canto, mostrava risultati che apparivano positivi. I miglioramenti parevano evidenti non solo rispetto alle abilità musicali, testimoniate anche dalle composizioni musicali registrate nel corso degli anni, ma anche rispetto alla sfera psicopatologica. In particolare gli operatori osservavano come vi fosse un progressivo adeguamento dei partecipanti al gruppo con un aumento delle capacità di espressione dei propri vissuti, delle proprie emozioni e delle capacità di socializzazione. Pertanto, con questo studio, ci siamo proposti di verificare empiricamente quanto osservato e quantificare il miglioramento, sia tecnico che clinico.

Per misurare in modo oggettivo tali iniziali osservazioni, sono state scelte alcune scale. Per quanto riguarda le misurazioni psicopatologiche oggettive, sono stati scelti sette items della scala BPRS, che è una delle scale psicopatologiche maggiormente utilizzate negli studi clinici, di facile somministrazione, ed ampiamente validata. Per non appesantire la valutazione sono stati

scelti quegli items che sono più pertinenti ai possibili miglioramenti realizzabili con una tecnica riabilitativa di tipo espressivo.

Per quantificare il benessere psico-fisico soggettivo abbiamo scelto di utilizzare la scala Q-LES, in quanto permette al paziente di valutare autonomamente il proprio grado di soddisfazione nelle aeree richieste, è di facile comprensione e facilmente somministrabile.

Per quanto riguarda le misurazioni tecniche musicali abbiamo scelto la scala musicale LCM - West London University, che è una misurazione certificata e validata, ampiamente utilizzata in ambiente musicale accademico.

Abbiamo inoltre voluto verificare se la diagnosi influenzasse in qualche modo le modificazioni a livello di tecnica musicale e a livello psicopatologico. Per questo abbiamo deciso di condurre un'analisi aggiuntiva dividendo i soggetti in due gruppi - Disturbi Schizofrenici e Disturbi dell'umore- aspettandoci che i soggetti con disturbo schizofrenico presentassero un livello di gravità psicopatologica maggiore - cosa che si è in parte rilevato - e che mostrassero pattern di risposta differenti legati alla maggior gravità della diagnosi.

Il dato più significativo è l'osservazione di un miglioramento psicopatologico oggettivo dagli operatori a seguito dell'attività. Tali miglioramenti sono risultati evidenti sia considerando l'intero gruppo, sia considerando i due gruppi diagnostici. Il risultato ci mostra che l'attività di coro ha un potere riabilitativo indipendentemente dalla diagnosi del soggetto.

Tale miglioramento è stato evidenziato rispetto alle capacità di socializzazione e di stare in un gruppo (items BPRS: capacità di cooperazione, comportamento bizzarro, distraibilità) nonché rispetto alla capacità di esprimere e manifestare emozioni (Items: appiattimento affettivo, isolamento emotivo). Il maggior livello di gravità degli Items Comportamento bizzarro e Mancanza di cooperazione nei soggetti con disturbo schizofrenico è comprensibile se si considera il maggior grado di disadattamento sociale e relazionale dei soggetti con tale diagnosi.



La concomitante diminuzione dell'ansia è comprensibile se pensiamo che l'ansia altro non è che una risposta emotiva, che quando raggiunge livelli patologici è eccessiva e inadeguata allo stimolo. Una miglior capacità di esperire e manifestare emozioni potrebbe quindi determinare una riduzione della sintomatologia ansiosa. Per quanto riguarda i miglioramenti oggettivati a livello della disorganizzazione concettuale, e contenuto insolito del pensiero, tale dato supporta l'ipotesi che l'attività di canto proposta ha un potere riabilitativo sul benessere psicopatologico generale del soggetto, non solo quello correlato direttamente alle emozioni.

Abbiamo rilevato inoltre, come il miglioramento psicopatologico correla positivamente con il miglioramento della tecnica musicale. Questo supporta la tesi descritta nell'introduzione di come l'attività musicale produca modificazioni a livello del sistema vegetativo, agendo anche trasversalmente a livello dell'emotività.

Si è evidenziato inoltre come il gruppo di soggetti con diagnosi di Schizofrenia abbia un andamento di miglioramento tecnico musicale e dell'item emotività alla Q-LES significativamente diverso dai soggetti del gruppo con disturbo dell'umore.

Per quanto riguarda l'item Emozioni della scala Q-LES, il gruppo con diagnosi di Schizofrenia ha mostrato un miglioramento non lineare, in quanto si è evidenziato un peggioramento tra  $T_0$  e  $T_1$ , a cui è seguito un miglioramento tra  $T_1$  e  $T_2$ .

L'item Emozioni misura la soddisfazione e il piacere derivati dalle sensazioni soggettive (es sentirsi soddisfatto della propria vita, del proprio aspetto, delle proprie qualità tra cui sensazione di essere autonomi, capaci di prendere decisioni, di prendersi cura di se stessi...). È possibile ipotizzare che i soggetti con Disturbo Schizofrenico reagiscano inizialmente con un peggioramento della percezione delle proprie sensazioni soggettive perché la loro patologia li espone particolarmente a un ritiro relazione e emotivo, per cui un'attività espressiva come il canto faccia evidenziare almeno inizialmente

tali difficoltà, che vengono superate dopo più tempo.

Tale particolare andamento della curva si è in realtà evidenziato anche per gli altri items della Q-LES, senza tuttavia raggiungere il livello di significatività statistica. Sarebbe interessante vedere se con un campione maggiore, tale andamento si evidenzia in modo significativo per tutti gli items della scala.

Per quanto riguarda l'andamento del miglioramento tecnico musicale, si è evidenziato come i soggetti con Disturbi Schizofrenici abbiano un miglioramento inizialmente più lento. Tale risultato potrebbe essere connesso alla generale maggior compromissione cognitiva dei soggetti con Disturbo Schizofrenico.

La mancata osservazione di un miglioramento soggettivo valutato tramite la Q-LES come invece ipotizzato all'inizio dello studio – eccetto che per i lavori domestici - potrebbe essere spiegabile dall'ipotesi che per evidenziare un miglioramento in tale senso sia necessario un monitoraggio più lungo nel tempo, soprattutto avendo considerato soggetti gravemente compromessi sul piano sociale e relazionale, con quindi scarse capacità di nuovi adattamenti in tempi brevi. Sarebbe interessante monitorare l'andamento di tale misurazione lungo un tempo maggiore, di anni.

## CONCLUSIONI

In conclusione, possiamo affermare l'attività musicale strutturata, in gruppo, è uno strumento riabilitativo di tipo espressivo con buone potenzialità terapeutiche e facilmente realizzabile in un centro diurno. Nella nostra esperienza al miglioramento della tecnica musicale si è accompagnato un miglioramento sintomatologico e della qualità della vita dei pazienti che vi hanno partecipato per almeno sei mesi. Attraverso l'apprendimento delle tecniche canore i partecipanti hanno appreso delle capacità ad esperire e trasmettere i propri vissuti emotivi. Alcune differenze sia nell'apprendimento della tecnica musicale che nell'andamento delle emozioni e della sintomatologia nel periodo considerato sono state

---

rilevate in rapporto alla diagnosi. Nei pazienti con diagnosi di schizofrenia gli andamenti dell'apprendimento musicale e del miglioramento sintomatologico e risultato più lento. È nostra intenzione proseguire l'osservazione del campione con ulteriori valutazioni a distanza di uno o due anni dall'inizio della partecipazione al gruppo canto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman, Ruth E., Spreen, M., Ket, J.C.F., Vink A.C. et al., *Music therapy for depression*. In: The Cochrane database of systematic reviews, 11, 2017, CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3.
2. Deldar Morad A., Alhakem M., Saadi S., Rasoul Sabri P., *Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial*. In: Nordic Journal of Music Therapy n. 1, 28, 2019, pp. 27–40. DOI: 10.1080/08098131.2018.1546222.
3. Bibb J., Castle D., Newton R., *The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa*. In: Journal of Eating Disorders, 3, 2015. DOI: 10.1186/s40337-015-0088-5.
4. Biondi M., Maj M., *DSM-5°. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 5. ed. Milano, R. Cortina, 2014.
5. Carr C.; Odell-Miller H., Priebe S., *A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients*. In: PloS one n. 8, 8, e70252, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0070252.
6. Fancourt D., (2017): Oxford University Press (1).
7. Fancourt D.; Perkins R., Ascenso S., Carvalho L.A., Steptoe A., Williamon A., *Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users*. In: PloS one n. 3, 11, e0151136, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0151136.
8. Fancourt D., Finn S., *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 67 WHO, 2019.
9. Gold C., Solli, Hans P., Krüger V., Lie, Stein A., *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis*. In: Clinical psychology review n. 3, 29, 2009, pp. 193–207. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.001.
10. Juslin, Patrik N. (2013): From everyday emotions to aesthetic emotions: towards a unified theory of musical emotions. In: Physics of life reviews n. 3, 10, pp. 235–266. DOI: 10.1016/j.plrev.2013.05.008.
11. Landis-Shack N., Heinz A.J., Bonn-Miller M.O., *Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A Theoretical Review*. In: Psychomusicology n. 4, 27, 2017, pp. 334–342. DOI: 10.1037/pmu0000192.
12. Lazarov A., Pine D.S., Bar-Haim Y., *Gaze-Contingent Music Reward Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial*. In: The American journal of psychiatry n. 7, 174, 2017, pp. 649–656. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16080894.
13. Lin S.T., Yang P., Lai C., Su Y., Yeh, Y.H., Mei-Feng, Chen, *Cheng-Chung Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies*. In: Harvard review of psychiatry n. 1, 19, 2011, pp. 34–46. DOI: 10.3109/10673229.2011.549769.
14. Müller W., Haffelder G., Schlotmann A., Schaefers A. T.U., Teuchert-Noodt G., *Amelioration of psychiatric symptoms through exposure to music individually adapted to brain rhythm disorders - a randomised clinical trial on the basis of fundamental research*. In: Cognitive neuropsychiatry n. 5, 19, 2014, pp. 399–413. DOI: 10.1080/13546805.2013.879054.
15. Pearce E., Launay J., Dunbar R. I.M., *The ice-breaker effect: singing mediates fast social bonding*. In: Royal Society open science n. 10, 2, 2015, p. 150221. DOI: 10.1098/rsos.150221.
16. Peretz, Isabelle; Zatorre, Robert J. (2005): Brain organization for music processing. In: Annual review of psychology, 56, pp. 89–114. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070225.
17. Silverman M. J., *The influence of music on the symptoms of psychosis: a meta-analysis*. In: Journal of music therapy n. 1, 40, 2013, pp. 27–40. DOI: 10.1093/jmt/40.1.27.
18. 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*. In: Psychiatry n. 3, 81, 2018, pp. 218–227. DOI: 10.1080/00332747.2018.1502559.
19. Zatorre R. J., Peretz I., *The cognitive neuroscience of music*. Oxford: Oxford University Press, 2003.



## 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 Lombardia  
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