

## LA COSTRUZIONE DI UN INTERVENTO CLINICO INTEGRATO: PSICOFISIOLOGIA E MUSICOTERAPIA

Dr.ssa SABBATUCCI ANNA RITA<sup>°</sup>  
Dr.ssa CONSONNI MONICA\*

Il caso clinico che vi presentiamo nasce da un lavoro integrato, in cui l'operatività del musicoterapeuta è analizzata, sostenuta ed integrata dallo psicofisiologo, alla luce del Metamodello Bioesistenzialista ad orientamento Psicofisiologico elaborato dal Prof. Vezio Ruggieri. Tale Metamodello è frutto del ventennale dibattito epistemologico e scientifico, dell'attività di ricerca e del lavoro didattico e clinico della cattedra di Psicofisiologia Clinica dell'Università "La Sapienza" di Roma, culminato nel Master Triennale in Artiterapie, patrocinato dall'Accademia di Storia e delle Arti Sanitarie di Roma. Il Metamodello Psicofisiologico, essendo capace di inquadrare in modo comprensibile e coerente i diversi orientamenti teorici del panorama scientifico, al di là della scelta tecnica di trattamento, permette un lavoro sincrono con altri approcci. Non riproducendo l'artificiale scissione mente corpo, propone un angolo visuale ampio e riscrive nel linguaggio condivisibile della fisiologia i diversi orientamenti in psicologia clinica. Attraverso una definizione operativa di psiche e di soma si arriva ad una concettualizzazione dell'IO come struttura-processo che coordina e

<sup>°</sup> Psicologa-Psicoterapeuta.

unifica tutti i diversi livelli funzionali: fisici, vegetativi elementari, tonico-statici, posturali e psicofisici complessi, come l'immaginazione, l'emozione e l'integrazione di esperienze corporee. Contemporaneamente, mentre svolge questa funzione di coordinamento ed unificazione, la struttura-processo si costruisce sulla *sintesi* dei livelli psicocorporei che essa stessa stimola. L'IO è l'organizzazione del corpo e il corpo la struttura portante dell'IO. Seguendo una modellistica definita "copernicana in biologia" l'integrazione delle attività corporee tra S.N.C. e Periferia del Corpo avviene non solo dal basso verso l'alto (costruzione di livelli funzionali sempre più complessi), né solo dall'alto verso il basso (come nella più tradizionale concezione neurofisiologica), ma in modo "circolare". La periferia del corpo non è più solo un esecutore ma diventa modulatore dei processi centrali. Pertanto le configurazioni di tensioni corporee (atteggiamenti posturali), generate dalle rappresentazioni corticali e organizzate gerarchicamente, sono espressione diretta dell'immaginazione di se stessi. La gerarchia delle tensioni rappresenta la storia dell'individuo: apprendimenti motorio-spaziali e gestione delle relazioni e delle emozioni. Il rispecchiamento a livello corticale dell'organizzazione strutturale posturale prende forma come immagine corporea. In questa circolarità si produce la "corrispondenza" fra la rappresentazione del corpo e l'esperienza del corpo. Ancora una volta l'immaginazione crea realtà e la realtà conferma l'ipotesi immaginativa. Partendo quindi dal presupposto che la dimensione fenomenologica (gestualità-postura) è sempre la messa in scena della programmazione immaginativa, si arriva ad individuare la struttura dell'IO nella postura e a costruire un percorso riabilitativo come consistenza psicofisica che nasce dall'integrazione armonica delle parti corporee (integrazione narcisistica). L'integrazione funzionale fa riferimento ad una integrazione degli eventi non solo spaziale ma temporale. Le singole funzioni e persino l'attività delle cellule devono essere coordinate temporalmente. L'IO è

un integratore di ritmi. L'organizzazione del corpo simile all'organizzazione della musica, nella somiglianza strutturale, è più di una metafora (Ruggieri V., 2201).

Il lavoro tecnico operativo del musicoterapeuta affonda le sue radici nel modello dell'Armonizzazione dell'Handicap (Borghesi M., Ricciotti A., Postacchini P. L.). Nel contatto empatico, la gestione del setting e l'utilizzo delle tecniche specifiche, il musicoterapeuta dà la possibilità all'altro di sperimentare "*l'eteroappoggio*", nucleo centrale dell'intervento terapeutico.

Lo Psicofisiologo, alla luce del metamodello di riferimento e attraverso la sua capacità di attenzione clinica, rende il percorso aderente agli obiettivi individuati momento per momento, sostenendo, traducendo e integrando l'operatività del musicoterapeuta.

Il caso clinico presentato è così analizzato, mettendo a fuoco passo dopo passo i due piani sempre interagenti, teorico e tecnico, che hanno costruito la sintesi operativa. Il percorso di crescita che in clinica è definito come passaggio dalla simbiosi all'individuazione, si snoda nell'intervento clinico musicoterapico come "consistenza psicofisica", presupposto essenziale al *vissuto di presenza*.

#### IL PERCORSO DI DANIEL E I SUOI COMPAGNI NELLA SCUOLA MEDIA

Ogni progetto di intervento clinico dovrebbe sempre esplicitare il **modello teorico** di riferimento: una chiarezza in questo senso garantisce la professionalità dell'operatore attraverso la definizione di un percorso scientifico ben preciso, quindi, l'efficacia dell'intervento stesso. Il modello musicoterapico proposto è quello dell' **Armonizzazione dell'handicap**, ad indirizzo psicodinamico, che prevede "*la costruzione e l'evoluzione controllata di relazioni terapeutiche, che hanno il suono come mediatore principale e consentono ai musicoterapisti di facilitare l'attuazione di progetti d'integrazione spaziale, tempo-*

rale e sociale della persona, attraverso strategie di armonizzazione della struttura funzionale dell'handicap con un lavoro di sintonizzazioni affettive." (Borghesi M., Ricciotti A., Postacchini P. L., *Lineamenti di musicoterapia*, NIS, Roma 1997). Nel nostro caso si aggiunge, in maniera armonica e ulteriormente qualificante, la riconoscibilità nel **Metamodello Psicofisiologico** (Ruggieri V., "Mente, corpo, malattia" – Il Pensiero Scientifico – Roma, 1987) che allarga i confini del setting terapeutico e l'operatività del musicoterapeuta attraverso l'intervento integrato dello psicofisiologo.

Il **metodo dell'Osservazione diretta e partecipe** (Bonaminio V., Iaccarino B. a cura di, *L'osservazione diretta del bambino*, seconda edizione riveduta e ampliata, Bollati Boringhieri, Torino ristampa settembre 1998; Brutti C. e R., Uso e abuso dell'osservazione, in *Quaderni di psicoterapia infantile* n.33, Borla, Roma, 1996) caratterizza in modo peculiare lo svolgimento delle attività insieme all'applicazione delle varie **tecniche**, di cui si dà qui una brevissima e sintetica presentazione:

- Conduzione non direttiva, mediamente direttiva, direttiva
  - Ritualità
  - Rispicchiamento
  - Sintonizzazioni esatte ed inesatte, posturali, mimiche, sonoro/musicali, affettive
    - Dialogo sonoro
    - Improvvisazione libera e guidata, individuale, in coppia e in gruppo
    - Canto corale con accompagnamento ritmico
    - Invenzione di testi e arrangiamenti musicali più o meno complessi
    - Abbinamento dei parametri musicali al movimento del corpo, all'immaginario iconografico, alle sensazioni emotive e fisiche
      - Giochi musicali
      - Ascolti musicali

Un ulteriore elemento fondamentale nella realizzazione di ogni intervento di musicoterapia è l'allestimento del *setting* in tutte le sue componenti.

### *Breve presentazione clinica e storia dell'intervento musicoterapico rivolto a Daniel*

Daniel è un adolescente di 15 anni, con ritardo mentale grave in idrocefalo, tratti autistici e assenza quasi totale di linguaggio. Frequenta attualmente l'ultimo anno della scuola secondaria. (*Il minore è in cura presso l'Unità Complessa di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva, ASL n° 4 di Terni*).

Daniel ha vissuto un'esperienza di musicoterapia individuale e in piccolo gruppo presso la Scuola Primaria, durata tre anni. In occasione del passaggio alla Scuola Media difficoltà organizzative non hanno permesso la prosecuzione del percorso, ripreso nell'anno scolastico 2005/2006 per n. 15 sedute individuali e n. 9 sedute in piccolo gruppo con i compagni di classe.

Nell'anno scolastico 2006/2007 sono state svolte n. 27 sedute in piccolo gruppo per un *totale di 51 sedute*. Il trattamento è tuttora in corso. La nostra analisi fa riferimento all'esperienza presso la Scuola Media.

### *Situazione di partenza*

Presso la Scuola era stata individuata una stanza di medie dimensioni arredata con un banco, una sedia ed un piccolo mobile basso. Il primo anno lo strumentario era minimo (1 triangolo, 1 piatto con sostegno ed uno senza, un tamburo, 4 battenti in feltro, una coppia di clavette, 2 maracas, 2 tamburelli, 1 bitonale) e l'unico piccolo tappeto da palestra disponibile non consentiva di lavorare a terra. Era a disposizione uno stereo. Le sedute settimanali prevedevano una durata di 45 minuti ed erano, in fase iniziale, individuali.

### *Ambito temporale*

L'inizio del percorso ha incontrato le resistenze di Daniel e le prime tre sedute sono state molto difficili e brevi (15 – 20 minuti). Il bambino si lamentava, chiedeva in continuazione di recarsi in bagno, cercava di uscire dalla stanza, ignorava il materiale, manifestava disagio nei confronti dell'ambiente e della musicoterapeuta, rifiutando ogni stimolo.

Dopo 6 incontri aveva raggiunto una permanenza nel setting di 45 minuti, con un assestamento dei tempi iniziali di protesta e rifiuto intorno ai 10 minuti

### *Ambito musicale*

Superata la fase iniziale Daniel ha cominciato ad utilizzare gli strumenti con una spiccata preferenza per tamburo e piatto, manifestando un senso ritmico spontaneo prevalentemente binario, ripetitivo e ostinato. Le intensità erano *mf*, le durate prolungate e senza fine, il dinamismo basso. Vocalizzi di accompagnamento al movimento, autoreferenziali, ripetitivi, "di gola" e *mf*, caratterizzavano la produzione vocale insieme al canto melodico di brevi ritornelli (senza testo, normalmente solo la parte iniziale).

### *Costruzione dello spazio*

Daniel rimaneva sempre in posizione eretta, le articolazioni degli arti inferiori erano rigide, soprattutto le ginocchia. Realizzava un movimento dondolante laterale massivo di tutto il corpo, rivolto contro il muro. Il tono muscolare delle braccia durante le produzioni sonoro/musicali era molto alto.

### *Ambito relazionale*

Le osservazioni fin qui presentate lasciano chiaramente intuire che il ragazzo manifestava un evidente atteggiamento di opposizione/rifiuto e chiusura/isolamento. I movi-

menti, le sonorità ed i vocalizzi erano prevalentemente autoreferenziali. L'aggancio dello sguardo sfuggente e solo su richiesta. Il primo spiraglio fu rappresentato da una certa disponibilità nel gioco del rispecchiamento.

### *Finalità dell'intervento*

Il modo in cui Daniel si è presentato alla musicoterapeuta ha manifestato con chiarezza le sue paure. L'introduzione di una variabile nella routine quotidiana andava a minare il già precario equilibrio del suo Io e la stessa veniva vissuta come terribile e pericolosa. Era come se lo "stare insieme" del suo corpo, dei suoi pensieri e delle sue emozioni fosse una costruzione così fragile e dai confini talmente labili, da correre il rischio di frantumarsi. La finalità dell'intervento si delineava pertanto nell'intento di costruire una struttura nucleare dell'Io che consentisse di vivere l'esperienza della presenza (stare al mondo).

### *Obiettivi specifici*

Il lavoro d'equipe prevede che lo psicofisiologo effettui periodiche sedute di osservazione, contribuendo in tal modo alla definizione degli obiettivi specifici che, in questo caso, si sono così articolati:

- modulazione degli stati di tensione posturale sia in fase dinamica che a riposo
- avvicinamento alla quiete ed al rilassamento
- strutturazione di *confini* (intesi come *limiti*) attraverso la modulazione dei parametri musicali, offrendo la possibilità di passare da un'architettura di tensione ad una di distensione e di costruire una flessibilità possibile solo in virtù di una maggiore compattezza della struttura dell'Io
- arricchimento dell'esplorazione dei parametri musicali: timbri, intensità, altezze, durate, scansioni ritmiche, pause e silenzi, melodie
- aumento della capacità di scambio, produzione e condivisione con l'altro

## *Interventi/cambiamenti*

Nell'analisi dell'evoluzione del percorso si concentrerà l'attenzione sui concetti psicofisiologici dell'*appoggio* e della *scarica del peso*.

### *Le funzioni del musicoterapeuta*

- Costruire una relazione significativa e stabile, indispensabile alla strutturazione di qualsiasi intervento terapeutico/riabilitativo, attraverso il contatto empatico e la presa in carico della persona. La quale può fare propria l'esperienza dell'eteroappoggio, della fiducia, dell'affidarsi.
- Accogliere le istanze della persona e restituirliele attraverso le sintonizzazioni esatte prima (rispecchiamento) ed inesatte poi.
- Modificare nel tempo la struttura del setting adattandola ai cambiamenti ed ai conseguenti nuovi bisogni.
- Svolgere il ruolo di "ponte" fra la persona e le nuove opportunità che gli vengono offerte.
- Favorire l'esplorazione di nuovi parametri garantendo sostegno ed accompagnamento ma anche la prontezza di farsi da parte di fronte alla conquista di ogni più piccola autonomia (autoappoggio).

### *Intervento nel setting*

Introduzione di *tappeti adeguati* per il lavoro a terra e di piccoli gruppi di compagni di classe.

**Cambiamenti:** Daniel ha cominciato a sedersi sui tappeti, poi ad inginocchiarsi ed infine a sdraiarsi. questo cambiamento segnala, e contemporaneamente stimola, una maggiore flessibilità della struttura dell'io come continuità del vissuto di presenza nel cambiamento e ampliamento dei gradi di libertà dell'io. Sono aumentati in frequenza e durata i momenti di rilassamento ai quali D. non solo partecipa, ma li richiede spontaneamente. Si concede la possibilità di *appoggiarsi* come costruzione del percorso di fiducia, presupposto fondamentale all'esperienza del contatto con se

stesso e con l'altro. Appoggia la testa sulle spalle e sulle gambe dei compagni, chiede anche a loro di sdraiarsi, cambia posizione, per stare accanto a persone diverse. Daniel comincia a mantenere un minimo di struttura nucleare dell'io nel confronto con l'altro, manifestando un interesse alla conoscenza attraverso il *cambio di posizione* (organizzazione motoria e spaziale), *punto di vista* (rappresentazione centrale).

È evidentemente riuscito a sperimentare la *scarica del peso* a terra, grazie ad un ambiente più contenitivo (confortevole e riconosciuto come "amico"), che lo accoglie insieme a delle figure "amiche" alle quali si può *addirittura appoggiare*.

Comincia a costruire l'esperienza protomentale del *cedere* senza incorrere in sentimenti angosciosi tipici della disgregazione in quanto perdita di parti di sé.

Il consolidamento della struttura dell'io ha portato alla scomparsa quasi totale degli atteggiamenti oppositivi e ad una maggiore disponibilità a sperimentare il nuovo.

**Intervento sullo strumentario:** Aggiunta del *metallofono*. **Cambiamenti** Il metallofono ha permesso a DANIEL di scoprire un nuovo timbro, nuove altezze, intensità più basse e la possibilità di ottenere queste varianti attraverso la modulazione del tono muscolare nel movimento. A volte ricerca con cura suoni di volume bassissimo con corrispondente riduzione di tono e sforzo muscolare ed una differente qualità dell'esperienza tattile. L'alleggerimento della rigidità ha consentito l'introduzione di nuovi schemi motori e quindi un arricchimento della struttura dell'io, e la sperimentazione dell'esserci nel piano e nella leggerezza.

LE PRODUZIONI SONORO/MUSICALI HANNO UN INIZIO ED UNA FINE CON DURATE VARIABILI MA SEMPRE ADEGUATE.

Si manifesta la nuova percezione di contenimento, di definizione del limite/confine, della possibilità di lasciare

- PIAGET J. (1945), *La formazione del Simbolo nel Bambino*, La Nuova Italia, Firenze, 1972.
- RUGGIERI V., *Mente, corpo, malattia* - Il Pensiero Scientifico - Roma, 1987.
- RUGGIERI V., *L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica* - Armando - Roma, 1997.
- RUGGIERI V., *L'identità in psicologia e teatro* - Edizioni Scientifiche Ma.Gi. - Roma, 2001
- RUGGIERI V., FABRIZIO M.E., *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale* - E:U:R: - Roma, 1994.
- RUGGIERI V., FABRIZIO M.E., DELLA GIOVANPAOLA S., *L'intervento Psicofisologico Integrato in psicologia e riabilitazione* - Edizioni Universitarie Romane - Roma, 2004.
- RUGGIERI V., SABBATUCCI A.R., *Tempo, corpo e immaginazione in Paure e speranze dell'uomo alle soglie del 2000* - Melusina Editore - Roma, 1998.
- SCARDOVELLI M., *Il dialogo sonoro* - Cappelli Editore - Bologna, 1994.
- WINNICOTT D.W., *Dalla pediatria alla psicoanalisi* - Psicho - Martinelli - Firenze, 1975.

andare come “finire” (senza che questo “finire” porti con sé le angosciose sensazioni dello “scompare”).

HA QUASI DEL TUTTO ABBANDONATO L'USO DEL TAMBURO A FAVORE DEI METALLOFONI E DEL TAMBURELLO.

Si manifesta la diminuzione del vuoto interno e la corrispondente diminuzione del bisogno di spingere, premere e riempire lo spazio con i suoni in quanto uniche modalità possibili per sentirsi presente. Daniel può ora suonare piano e lentamente, percepirsi come presente e al sicuro in uno stato di distensione.

Attualmente partecipa a *due ore consecutive* di musicoterapia, la prima individuale e la seconda in piccolo gruppo con i *nuovi* compagni di classe.

Si evidenzia un aumento del contatto con l'esterno che si traduce in aumento dei tempi di attenzione e di attesa. Daniel manifesta un sempre maggiore gradimento dell'attività e della condivisione con gli altri. È molto coinvolto durante le improvvisazioni e si diverte nel gioco. Il vuoto dell'attesa ha lasciato il posto alla possibilità di ascolto e apprendimento. Il *piacere narcisistico* di esserci, ha permesso di sperimentare altri livelli di piacere (curiosità/motivazione).

*Dall'indifferenziazione che porta alla chiusura verso l'esterno, avvertito come minaccioso, incomprensibile e inaffidabile, si sta passando ad una minima costruzione dell'Io, presupposto indispensabile per la strutturazione di un senso di realtà e dell'esistere...*

Il lavoro proposto, attraverso un approccio integrato alla conoscenza, sollecita la necessità di costruire linguaggi condivisibili e comunicabili, rispetto ai livelli di intervento fra diverse figure professionali.

Rileva inoltre, all'interno del dibattito scientifico, l'importanza di collocare la “soggettività” non come “altro” dai processi corporei ma come variabile essenziale, suscettibile di studio.

## BIBLIOGRAFIA

- BENENZON R., *Manuale di musicoterapia* - Borla - Roma, 1983.
- BION W. R., *Elementi della psicoanalisi* II edizione - Armando Editore - Roma, 1963.
- BLANC C., SUVINI F., a cura di, *La musicoterapia attraverso le esperienze - dalla realtà operativa alla ricerca*, LoGisma, Firenze, 2001.
- BONAMINIO V., IACCARINO B., a cura di, *L'osservazione diretta del bambino*, seconda edizione riveduta e ampliata, Bollati Boringhieri, Torino ristampa settembre, 1998.
- BORGHESI M., Musicoterapia a Scuola, in *musica et terapia*, n. 6, luglio 2002.
- BORGHESI M., MANAROLO G., a cura di, *Musica & Terapia*, Edizioni Cosmopolis, Torino, 1998.
- BORGHESI M., RICCIOTTI A., POSTACCHINI P. L., *Lineamenti di musicoterapia*, NIS, Roma 1997.
- BOWLBY J., *Attaccamento e perdita: attaccamento alla madre* Vol. 1 - Trad. it. Boringhieri - Torino, 1972.
- BRUSCIA K.E., *Definire la musicoterapia* - Gli Archetti ISMEZ, 1989.
- BRUTTI C.E R., Uso e abuso dell'osservazione, *Quaderni di psicoterapia infantile* n.33, Borla, Roma, 1996.
- CALABRESI R., *La musica che cura. Teorie e metodi* - Edizioni Arti Terapie - Editrice Romana - Roma, 2004.
- CANESTRAI R., *Psicologia generale e dello sviluppo* - Editrice CLUEB - Bologna, 1984.
- FREUD S., *Introduzione allo studio della psicanalisi* - Trad. it. Astrolabio - Roma, 1948.
- KOHUT H., *Narcisismo e analisi del sé* - Boringhieri - Torino, 1984.
- IZARD C.E., *Human emotion* - Plenum Press, New York, 1977.
- LEUCORT E., *La musicoterapia* - La Cittadella Editrice - Assisi, 1988.
- MANAROLO G., (1996), *L'angelo della musica*, Omega Edizioni, Genova.
- PERSICO G., *La Ninna Nanna. Dall'abbraccio materno alla psicofisiologia della relazione umana* - Edizioni Universitarie Romane - Roma, 2002.