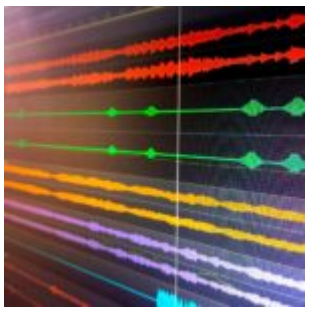
Psicoterapia e musicoterapia: il corpo e le sonorità nella terapia sistemica

scritto da Rivista Connessioni | 16 Luglio 2023



di **Donatella De Colle**, **Paola Suriano**, **Andrea Mosconi**

Definizione di arte-terapia

L'arteterapia si concettualizza fra l'approccio biologico, con i suoi limiti riduzionistici, e i processi narrativi, tipici degli interventi psicoterapeutici, andando così a stimolare una funzione trasformativa a tutto tondo.

Una volta definiti i parametri di discussione e i percorsi di comprensione, differenti per i vari orientamenti psicoterapici, è importante stabilire dei valori condivisi, delle direttive comuni fra arte e psicoterapia.

La psicoterapia è un mezzo di cura attraverso la parola, la parola che serve a comunicare con l'anima e a decodificarne i segni e i simboli, indipendentemente dalle costrizioni categoriali diagnostiche e dalle classificazioni eziopatogenetiche.

L'arte è quell'attività umana, quell'espressione individuale e collettiva, quell'azione concreta di un'esperienza interiore che tutti capiscono, ma nessuno è riuscito a rendere in definizione comunemente accettabile e comprensibile.

Con il linguaggio il concetto viene evocato chiaramente attraverso la parola, mentre nell'arte e nella musica si possono provare emozioni di vario tipo, ma esse stesse non definiscono il concetto in maniera diretta. La musica e il linguaggio non condividono la relazione tra il significante, il segno o il simbolo o il suono, e il significato, cioè la cosa evocata. Non esiste una relazione diretta tra una musica e qualcosa di specifico perché il musicale e/o il simbolo artistico possono evocare ricordi, sensazioni, emozioni diverse in ciascuno di noi. Ognuno poi definisce il proprio personale concetto (De Colle, 2014). Arti visive, arti grafiche, arti

cenestesiche, arti pittoriche, arti musicali, arti mediche, arti culinarie, arti marziali: tutte aggregazioni alla radice originaria di “ars”. Una descrizione etimologica la dà come derivante dalla radice “are”: articolare, ordinare. Una valutazione filosofica la riconduce all’estetica, arte dal greco “*aisthanomai*”, percepisco con i sensi, sento, e “*aisthesis*”, sensazione. L’esperienza estetica diviene così un’espressione dei rapporti interiori di appartenenza dell’uomo al mondo, rappresentando simbolicamente le funzioni di questa relazione profonda.

La terapia, secondo modalità artistiche, si pone al di là dell’estetica comunemente accettata dai criteri di maggioranza e dall’esegesi dei critici, per entrare nella sfera della bellezza in quanto significante di trasformazione dell’anima.

Il lavoro terapeutico effettuato con o attraverso approcci artistici, prevede un bagaglio di conoscenze e di competenze molto più ampio e diversificato rispetto alle impostazioni terapeutiche classiche. È importante quindi, oltre a possedere delle abilità tecniche, sviluppare capacità personali di “stare nella relazione”, intese nel senso di “sentire” la relazione. Sono necessarie però anche competenze riguardanti il valore simbolico e il significato comunicativo delle espressioni corporee, quindi una preparazione teorica e pratica sui rapporti tra psiche e corpo, tra sentimento e apparato muscolare, tra emozione e postura. Un insieme di premesse dove corpo e mente sono uno l’espressione dell’altro (Bottaccioli, 2017).

L’arte, usata in maniera clinica e in una cornice terapeutica, può permettere lo svelamento del “non detto” e del “non mentalizzato” con la sua concretizzazione, attraverso l’emergere delle risorse necessarie perché questo avvenga, attraverso il “saper fare”.

Nel connubio fra psicoterapia e arteterapia è importante mantenere il campo d’intervento libero da inquinamenti procedurali, da approssimazioni, da emotivismi fini a se stessi: va mantenuto un approccio scientifico, soprattutto alla luce degli studi di Psiconeuroendocrinoimmunologia.

Secondo Segatori (2005) l’arteterapia coniuga il linguaggio artistico e quello psicologico. L’arteterapeuta entra in comunicazione da una parte col paziente e la sua patologia e dall’altra con l’oggetto mediatore-intermediario. Il gruppo di lavoro va pensato in modalità multidisciplinare, in un corpus di operatori integrati nel progetto terapeutico che basa la sua efficacia su una comunicazione circolare e trasparente.

Definizione di musicoterapia

La musicoterapia è una modalità d’approccio sensoriale che utilizza l’elemento sonoro con finalità terapeutiche per intervenire su di un certo numero di disagi psicologici e di quadri

psicopatologici. Questo intervento è caratterizzato dal ruolo riservato all'esperienza sonora e musicale all'interno delle sedute. In musicoterapia, infatti, la relazione terapeutica comprende le interazioni fra il paziente, la musica e il terapeuta. Vale a dire che la musica non è considerata come terapeutica di per sé stessa ma, al contrario, le tecniche musicoterapiche devono essere elaborate a questo fine. Ulteriormente l'obiettivo terapeutico deve essere ben distinto da un risultato propriamente musicale contrariamente a quanto accade in altri ambiti, quali l'animazione musicale e la pedagogia musicale. Non esiste un solo metodo musicoterapico, ma numerose pratiche molto diversificate fra di loro, che tuttavia condividono la seguente definizione generale: "la musicoterapia è una forma di psicoterapia o di rieducazione, secondo la tecnica utilizzata, che impiega il suono e la musica, sotto tutte le loro forme, come mezzo di espressione, di comunicazione, di strutturazione e di analisi della relazione e ciò avviene attraverso processi di Sintonizzazione Positiva (il terapeuta ricalca le proposte ritmico-sonoro-corporee in maniera precisa) e di Sintonizzazione Negativa (il terapeuta propone delle variazioni sulle strutture proposte dal paziente, in maniera coerente e mirata rispetto all'ipotesi sonoro-musicale). Viene applicata in sedute di gruppo come individualmente, con i bambini come con gli adulti" (Benenzon, 2020, 44-47).

La musicoterapia condivide con le altre forme di psicoterapia un certo numero di elementi comuni (Bloch, 1985), differenziando gli elementi stessi in base al profilo del tecnico distinguendo il musicoterapista dal musicoterapeuta. Il primo condivide nell'équipe multidisciplinare le sue competenze tecniche e delle osservazioni su aspetti musicali e corporei. Il musicoterapeuta invece condivide la competenza del gestire la tecnica musicoterapica con la sua cornice concettuale di riferimento, dovendo esser esso uno psicologo. Rifacendoci a questa seconda casistica ai fini di questa trattazione, individuiamo nel *setting* terapeutico, i seguenti elementi:

un terapeuta: profilo di psicologo e con competenze di musicoterapia;
un paziente: un soggetto che a seguito di difficoltà personali si trova in una condizione di sofferenza e chiede aiuto o per lui viene chiesto aiuto;
uno specifico luogo di incontro per le sedute di terapia che offre in questo modo garanzie di professionalità: un luogo pubblico o privato, di consultazione ambulatoriale o di degenza;
una relazione particolare tra il paziente che chiede ed un terapeuta attento alle richieste;
la remunerazione del terapeuta;
un metodo di lavoro che si diversifica rispetto all'orientamento del professionista ed in cui, le competenze musicoterapiche vanno ad inscriversi;
una teoria o un sistema di riferimento.

Rispetto a queste analogie col setting terapeutico classico Benenzon (1997) dice: "la musicoterapia utilizzata come tecnica recettiva per la stimolazione uditiva è altamente pericolosa (nel senso concettuale di mera stimolazione uditiva e quindi sganciata dalla relazione) ed è precisamente nell'epoca della postmodernità che può ridursi a strumento posto al servizio di una società consumistica, robotizzata, esercitando un potere iatrogeno. Si

teme che la musicoterapia possa essere intesa come una musica di tipo funzionale o musica fatta per negare la realtà e produrre effetti di distorsione della percezione sensoriale da cui il corpo resterà escluso" e pertanto tutti i codici analogici. Sempre Benenzon (1997) aveva ben previsto la possibilità che la musicoterapia avrebbe potuto esser usata come farmacopea, come antidoto per modificare pensieri, frequenze, atteggiamenti in una cornice scevra del valore dell'incontro umano.

Il valore del suono è tale, quindi, perché si inscrive all'interno di una relazione terapeutica dove si predilige, per le necessità di lavoro individuate nel piano terapeutico, un canale non verbale che attivi elaborazioni *bottom-up*, dal corpo alla mente (De Colle, 2014) e viceversa.

L'esperienza sonora è intimamente legata alla vita stessa e alla sua origine. Fornari (1984) sostiene che il suono appartiene all'esperienza primaria del bambino nella vita intrauterina e che il mondo sonoro è connotato da ritmo e intonazione già dal momento del concepimento. Ha operato, quindi, una riflessione sul rapporto esistente tra la vita prenatale e il suono, fra la nostra origine come specie e la vibrazione, che risulta essere il nostro *imprinting*. I suoni uterini, i borborigmi intestinali, il battito cardiaco, il flusso respiratorio, la voce materna sono infatti dotati di ritmo e intonazione e sembra vengano memorizzati dal bambino come una sorta di *imprinting* sonoro, di modello sui modelli e, se riascoltati subito dopo la nascita, permettono al bambino di tranquillizzarsi perché vengono riconosciuti.

Emerge sopra tutti i suoni la voce materna, sia per le sue caratteristiche sonore, ma anche soprattutto per il *pathos* emotivo che essa veicola, per la tonalità affettiva che inonda il corpo della madre stessa e quello del bambino attraverso un cambiamento nel paesaggio biochimico di entrambi gli elementi: una madre stressata veicola spesso infatti nel suo corpo una serie di neuro-trasmettitori che il bambino "beve" simultaneamente alla tonalità, al ritmo, alla prosodia della voce della madre, ai movimenti del suo corpo.

Il suono diviene magico, secondo Fornari (1984) nel suo assomigliare o ricordare le esperienze sonore intra-uterine, cioè legato all'esperienza inconscia di recuperare il senso del paradiso perduto. L'esperienza primaria di riconoscimento tra madre e figlio si realizza nel momento della poppata: il piccolo modella il ritmo della suzione sul ritmo del battito cardiaco della madre. Ecco che ritmo, movimento, suono divengono un tutt'uno agganciati saldamente fra loro, attraverso l'emozione. Questo paradigma di movimento-suono-ritmo, elementi presenti nell'esperienza umana fin dai suoi esordi, costituisce le basi e le premesse della musicoterapia.

Se ne deduce che l'uomo nasce e cresce in questo paradigma e lo stesso diviene poi modello, premessa nella vita: come mi muovo, qual è l'ampiezza dei miei movimenti, quali direzioni posso prendere, qual è il mio ritmo giornaliero, posso accelerarlo o diminuirlo, è un ritmo statico, ci sono pause e silenzi, qual è l'estensione dei suoni, i suoni sono sempre gli stessi o possono cambiare, ecc… Ecco che questo paradigma diviene la metafora della narrazione di

vita, ma anche elemento su cui poter lavorare essendo esso indicatore di fenomeni organici, posturali, cenesestesici, immunologici (Bottaccioli, 2017).

Il non-verbale diviene così un linguaggio a tutti gli effetti e quindi comunicatore di informazioni (Watzlavick, 1971).

Esiste un insieme di energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono ad un individuo e che lo caratterizzano, questo flusso di energie è costituito in parte dall'esperienze fatte nella vita intra-uterina ed è integrato quotidianamente con le esperienze fatte fino al momento presente.

La crescita dell'uomo risulta, quindi, un'integrazione tra esperienze di movimento, sensoriali, sonore, emotive, cognitive e le prime esperienze sonoro-emozionali sperimentate al momento del concepimento. Il mondo ha fatto parlare l'uomo quando l'uomo stesso prendendo e facendo proprio i suoni, versi e voci, li ha riprodotti nel tentativo di imitarli e poi comunicarli di nuovo al mondo, e poi ha nuovamente reagito a essi attraverso nuovi movimenti e sonorità, come in una danza collettiva dove il sonoro è un'onda di vibrazione che stimola il corpo e l'essere in tutta la sua globalità (Merleu-Ponty, 2003). Il corpo, infatti, è uno splendido strumento, cassa di risonanza, depositario di memorie e di saggezza incredibile. Grazie alla sua capacità di far risuonare i suoni, per effetto delle sue cavità interne, delle sue caratteristiche muscolo-scheletriche, il corpo riceve gli stimoli esterni e risponde ad essi vibrando ed emettendo a sua volta delle sonorità. Le vibrazioni sollecitano il corpo stimolando così le ossa: se le frequenze sono gravi, la pelle e gli organi del torace, se le frequenze sono medie, l'udito e la parte alta del corpo, se le frequenze sono acute. L'idea del corpo vibrante è alla base del lavoro in musicoterapia: attraverso il dialogo sonoro tra musicoterapeuta e paziente possono essere proposte delle sonorità piuttosto che altre, adeguandole ai livelli di stallo del paziente stesso in una circolarità di risposta/proposta/stimolazione, dove la proposta all'altro è creata sulla base dell'ascolto.

Dalla psicofisiologia alle arti terapie

Le neuroscienze danno da tempo il loro contributo allo studio della mente, anche per i funzionamenti del musicale.

Tra la sintassi verbale e la segmentazione prosodica delle melodie ci sono evidenti analogie e la costruzione della forma legata a regole matematico-proporzionali, costituisce oggetto di studi da millenni. Un interprete musicale non può tradurre in pensiero il linguaggio musicale senza prima elaborare schemi corporei che danno valore espressivo in sé rispetto alla capacità di orientarsi e manifestarsi nello spazio. Inoltre, sia l'ascolto consapevole che la composizione, includono processi mentali di riflessione sul proprio modo di conoscere il mondo, al punto di distillarle in immagini simboliche compiute. La musica permette di

attivare intelligenza interpersonale quando è offerta come possibilità di condivisione empatica.

Gli studi di clinica neurologica sulle patologie del cervello così come i rilevamenti tramite PET, Risonanza Magnetica (RM) e Magnetoencefalografia, hanno confermato l'esistenza di circuiti neuronali riservati alla musica e collocati nei lobi temporali e che lo stimolo sonoro attiva più aree celebrali distinte fra loro. Di seguito le aree attivate:

la corteccia uditiva primaria, situata nel lobo temporale;
l'area di Broca per la sintassi musicale e quella di Wernicke per la comprensione, le quali hanno anche il compito di interpretare i suoni dal punto di vista cognitivo;
-l'emisfero destro per il riconoscimento delle caratteristiche complessive della percezione (tempo, profilo melodico) e quello sinistro per una lettura analitica relativa ad intervalli, ritmo, costruzione armonica;
i quattro modelli linguistici (armonia, melodia, ritmo, e metro) attivano il giro fusiforme di destra;
la corteccia parietale destra e i gangli basali sono responsabili della percezione dello scorrimento del tempo;
il talamo, corteccia frontale e amigdala rispondono alle sollecitazioni emotive della voce umana quando piange o quando parla in modo amorevole con reazioni gratificanti del tipo cibo o attività sessuale;
il sistema di controllo motorio e l'immagine motoria, le aree premotorie frontali e dell'emisfero sinistro si attivano non solo eseguendo, ma anche ascoltando una performance musicale;
l'area parietale posteriore, motore dell'intenzione e della motivazione del soggetto (Blood, Zatorre, 2001).

La musica è un'intelligenza distinta dalle altre e allo stesso tempo un'esperienza globale, un dinamizzante mentale (Pirker, 1987). L'esercizio musicale, quindi, migliora le prestazioni cognitive anche nel senso di una memoria verbale significativamente migliore di quelli che non hanno ricevuto un'educazione musicale. Più si studia musica, inoltre, più funziona la memoria (Chan, 2003).

Uno studio molto interessante dell'Università di Parma (Rizzolati, 2002) evidenzia il ruolo del rispecchiamento nella relazione e come linguaggio e musica abbiano le loro radici nel fare, nel manipolare, nel vivere la situazione. Quindi emerge l'importanza di come, l'accompagnare il detto o l'ascoltato con la gestualità e il movimento (come e quale uso si fà del corpo), possa incidere e influenzare, a livello globale, una comunicazione basata solo sul linguaggio verbale.

La ricerca ha portato a scoprire i "neuroni *mirror*", siti, oltre che in aree motorie e premotorie, anche nell'area F5 dei primati (negli umani l'area di Broca); l'area di Broca presiede alle funzioni del linguaggio; suddetti neuroni sono operosi sia quando il soggetto compie una

certa azione, sia quando vede qualcun altro fare la stessa azione, sia quando il soggetto percepisce un rumore associato all'azione stessa. Le ricerche, gli interessi al connubio psicologia e musica, potrebbero basarsi sull'ontologia degli eventi, che non marca cioè le distanze fra gli oggetti o fissa le loro differenze (non li fissa assegnando loro un nome rendendoli immutabili, non li categorizza, non li etichetta), ma, che analizzando i processi che generano gli eventi e le loro evoluzioni (le durate degli stessi, le coincidenze temporali, il susseguirsi temporale degli eventi stessi e la modalità con cui essi si connettono), dà agli eventi stessi, un significato nella loro relazione. La realtà temporale del musicale è quindi una metafora della realtà temporale della vita; è una successione di fatti dinamizzati da un flusso che conferisce significato emotivo-affettivo anche ai cambiamenti (Imberty, Capogreco, 2004) e rappresenta l'essere vivente nelle relazioni col mondo nel suo continuo cambiamento.

La mappa delle sensazioni raccolte nelle esperienze costruisce nell'uomo una rappresentazione interna del proprio corpo e della sua collocazione nelle coordinate spazio-temporali, ma soprattutto dei suoi movimenti trattenuti e rilasciati. La funzione dei neuroni *mirror* sembra rinforzare il profilo neurologico di questa ipotesi. Esiste quindi un codice di gestualità caricato di significati affettivi, ordinato per schemi riconoscibili che, cultura, consenso sociale e civiltà, elaborano offrendolo sotto sembianze diversificate.

Già Wallon (1959) poneva l'accento sulla presenza nel bimbo tra i 12 e i 36 mesi di una competenza molto evoluta nell'esprimersi per gesti e atti motori ben definiti, competenza presente molto prima di quella linguistica e simbolico-astratta: l'autore sopra citato la definì una sorta di mimica del pensiero e degli affetti. La musica, nel suo continuo divenire e nelle sue modalità imitative ed improvvisative (che risultano a volte modalità prive del senso estetico e armonico, perché più debole la mediazione culturale dell'espressione), aiuta ad evocare proprio questo. Così le produzioni vengono percepite per intuito, e permettono un riconoscimento empatico della connessione fra le strutture motorie (che poi sono pure emotive) e quelle musicali. Trevaharten (1999) diceva che il futuro della ricerca in psicologia della musica è orientato verso la "musicalità dei comportamenti" e cioè l'impronta psicobiologica che spinge gli uomini a muoversi e a prendere possesso del loro mondo. Questa musicalità ha origine nell'immagine cerebrale del comportamento motorio, puntualizzata dall'uomo lungo la sua evoluzione attraverso i dati sensoriali che genera e nelle ulteriori funzioni che promuove creativamente per "comportarsi nel tempo". Anche le narrazioni musicali (le composizioni) hanno origine da questa facoltà e, nel loro graduale cristallizzarsi, assorbono significati simbolici, culturali, storici, rispecchiano i cambiamenti nel modo di vedere e vivere le relazioni, le immagini della coscienza. L'oggetto di ricerca e studio della psicologia della musica è ancora quindi il pensiero del corpo.

La relazione terapeuta-paziente in ambito musicoterapico

L’accento posto dalla tecnica sul materiale sonoro o musicale sollecita una precisazione sul ruolo che esso gioca nelle dinamiche relazionali. Di fatto il musicoterapeuta accogliendo, osservando, analizzando, connettendo, secondo i casi, il contenuto della produzione sonora, interviene sulla dinamica relazionale, sulle risonanze somato-emotive personali del paziente, e quindi sulla ricreazione di fantasie infantili o non coscienti, basate sull’attivazione di memorie collicolari (Corrigan, 2014).

È importante comprendere la motivazione che spinge il paziente a richiedere un trattamento musicoterapico. L’intervento musicoterapico pone l’accento sulla complementarietà fra parola e musica: musica piuttosto che parola, musica o parola, parola e musica. In alcuni casi l’analisi attuata nel corso della terapia mette in evidenzia una problematica legata alle prime comunicazioni fra madre e bambino: carenze di ascolto, di risposta, da parte della figura materna. Si ritrova allora il profilo di una madre che non ascolta o non risponde o si fa da parte e che è sentita come poco presente rispetto al suo bambino. Si tratta di un bambino fondamentalmente male ascoltato che crescendo crea un altro ascolto su di un altro registro, in quanto il primo è stato disinvestito o non è stato sufficientemente sicuro ed ha provocato una certa diffidenza. La musica viene ricercata allora per un lavoro sugli elementi fondanti ogni comunicazione, soprattutto dove una comunicazione adeguata non sia possibile per assenza di strutture. In altre possibilità di intervento, come ad esempio l’inclusione dei bambini in contesti sociali altri rispetto al contesto natìo, la musicoterapia viene utilizzata in ambito transculturale per ricercare la lingua materna, ricerca che si basa sugli aspetti emotivi della comunicazione.

Da parte del paziente, come da parte del terapeuta, è necessario anche analizzare la preferenza riservata al sonoro rispetto ad altri canali sensoriali. Per Murphy (1982) le caratteristiche personali di funzionamento sensoriale si inscriverebbero durante la nascita e sarebbero in rapporto col vissuto sensoriale di quel momento.

La peculiarità del suono per l’essere umano nasce per l’individuo già al momento del concepimento perché proprio questo istante è “suono/movimento che si crea dall’incontro tra ovulo e spermatozoo” e quindi, può essere/diventare uno strumento valido per ritornare a sé stessi proprio perché evoca, ricorda, riproduce dei momenti e delle percezioni già note.

Il Corpo e le sonorità del corpo in terapia

L’idea che una buona relazione terapeutica sia uno degli elementi di efficacia della terapia ed il miglior predittore dei suoi esiti è un dato sufficientemente condiviso (Safran, Muran, 1994), meglio ancora se avente caratteristiche di accettazione e calore empatico e con una buona dose di fiducia del terapeuta rispetto alle possibilità del cambiamento (Grencavage, Norcross, 1990). Sembra risultare importante una “posizione di stabile e confinata sicurezza, in assenza di aspettative specifiche, in uno stato modificato di coscienza del terapeuta […] luogo sicuro

e supportivo per il paziente, compassionevole e amorevole" (Kurtz, 1990; Gilbert, 2010).

Queste premesse implicano una presenza emotiva che va oltre le parole, dove il corpo va vissuto come "comunicatore incarnato degli aspetti psichici" (Mucci, 2020). Il corpo, quello del terapeuta, coscientemente vissuto e sufficientemente risolto nei suoi aspetti più profondi, può divenire così strumento di intervento (Tomm, 2014). Gli elementi non verbali come postura, camminata, gestualità, energia o debolezza, rapporto col contatto, sensazione di corpo respingente o accogliente dovrebbero essere parametri attenzionati e sviluppati in maniera consapevole all'interno dell'ipotesi di intervento clinico.

Rinehart (1988) dice che "la maggior parte delle persone che viene in terapia ha qualche significativa questione irrisolta rispetto alle precoci esperienze di contatto fisico". Assumendo che la funzionalità o meno delle cognizioni su di Sé si sviluppi nei primi anni di vita, anche rispetto alle esperienze funzionali di base (Rispoli, 2016). Possiamo assumere che il corpo nella relazione terapeutica e il modo in cui il corpo suona possa essere un valido strumento di intervento, in modalità agita e consapevole.

Giuliani (2021) sostiene che il corpo racconta quello che in un altro linguaggio non si può raccontare. La pelle come metafora relazionale ci indica come possa essere rappresentata non solo come una membrana biologica, ma piuttosto una interfaccia che ne garantisce una costante interoperabilità (Semeraro, 2021). Quale valore allora potrebbe avere la risonanza percepita nel corpo del terapeuta, e agita consapevolmente, in modalità di sintonizzazione collicolare (Corrigan, 2019) nell'elaborazione di una esperienza traumatica del paziente? L'elaborazione del trauma per via collicolare lavora usando lo *shock* pre-affettivo e le rappresentazioni collicolari del trauma (Corrigan 2019), e quindi sta su un percepito completamente corporeo sub corticale. Secondo Damasio (2007) per la tutela della sopravvivenza del corpo con la più grande efficacia, la natura e il sistema biologico si imbatterono in una soluzione molto potente che era quella di rappresentare il mondo esterno in termini di modificazioni che esso provoca nel corpo; cioè di rappresentare l'ambiente modificando le rappresentazioni primordiali del corpo, gli apprendimenti somatici che si creano tutte le volte in cui che si ha una interazione fra organismo e ambiente.

In una stanza terapeutica il terapeuta può utilizzare un linguaggio metaforico che mette in primo piano il corpo come matrice delle emozioni, facendolo "parlare" e rendendolo attivo, pronto per interagire con il mondo esterno.

La metafora, generalmente considerata uno strumento linguistico molto utilizzato quotidianamente, ora viene indagata partendo da un nuovo punto di vista: non è solo un modo, una strategia retorica per dire qualcosa con altre parole, più dolci o convincenti a seconda del caso, bensì è vista come un processo creativo della mente che permette di capire e interpretare la realtà astratta che è dentro di noi (Giuliani, 2017). Il terapeuta dovrebbe poter avere una relazione col corpo in modalità pre-sessuale, con un vissuto di

corporeità simile a quello di un bambino. Una sorta di stupore e curiosità da utilizzare nella creazione della relazione terapeutica, come strumento autenticamente sereno e vissuto con agio. Si ritiene importante così che, come può esser necessario esser presenti alle proprie emozioni e ai propri pregiudizi in terapia, così anche il corpo sia presente nella modalità di rilevazione di informazioni che rimandano ad impotenza, piuttosto che paura ecc… In questo senso può essere allargato il concetto di risonanza anche al vissuto corporeo. Il corpo del paziente può essere molto importante nell'influenzare l'elaborazione delle strutture portate in terapia. Ad esempio, stimolare il paziente ad assumere mimiche o posture diverse vedendo come questo possa produrre stati sincroni a essi (Eckman, 1992), può farci ipotizzare che non pensiamo solo con il cervello, ma con il corpo nel suo insieme e che "gli stati viscerali colorano la nostra percezione degli oggetti e degli altri" (Porges, 2014). Utilizzando come riferimento la teoria polivagale si può affermare che le tecniche che includono il corpo che sente e risuona nella relazione possano essere dei validi supporti alla terapia verbale e dei sostituti della stessa, quando il verbale e il livello emozionale non sono accessibili o creano aspetti dissociativi (Giannantonio, 2013).

Analogie nella costruzione della conversazione terapeutica fra la psicoterapia sistemica e la costruzione della conversazione sonora in musicoterapia

Già nell'articolo "Ipotizzazione, circolarità e neutralità" Selvini *et al.* (1980) avevano cercato di trovare delle linee metodologiche descrivibili e trasmissibili, che prescindessero quindi dallo stile specifico del terapeuta e che potessero quindi non dare più adito alla domanda: "potrebbe la terapia familiare produrre cambiamento soltanto attraverso l'effetto neghentropico del nostro attuale metodo di conduzione della seduta, indipendentemente da un nostro intervento conclusivo?". Rispetto a questa difficoltà, e alle caratteristiche della teoria che ipotizza l'effetto degli atti linguistici non solo sulla base del contenuto ma come strutture di relazione che perturbano pattern di contesto (Leonardi, Viaro, 1990), Mosconi *et al.* (1996) hanno cercato di costruire un glossario delle strutture conversazionali e interattive che si utilizzano maggiormente in terapia familiare, unitamente ad una loro possibile codifica, che verranno approfondite di seguito. Verrà sottolineata anche un'analogia nel processo di conduzione della terapia per quanto riguarda il processo musicoterapico.

In psicoterapia, secondo Mosconi et al. (1996), le fasi della conversazione terapeutica sono:

Contatto: si cerca la connessione fra terapeuta e paziente. Il paziente viene sollecitato ad esporre liberamente il motivo della consultazione.
Allargamento del campo di osservazione e costruzione delle aree di consenso.
Orientamento del paziente verso l'esposizione a una serie di dati relativi al problema. Il terapeuta stimola il paziente a definire la natura del problema specialmente nei suoi effetti sul qui ed ora.
Progressivo allargamento del campo di osservazione del paziente. Il terapeuta stimola il

paziente a decodificare il processo di coordinazione e calibrazione che egli stesso ha fatto delle proprie idee sul problema in un processo a ritroso.
Orientamento del paziente verso un ulteriore allargamento del proprio campo di osservazione. Il terapeuta sollecita il paziente a prendere in considerazione elementi nuovi e/o non previsti seppur coerenti.

Il terapeuta propone al paziente una nuova descrizione dei fatti, rinarra la sua storia con delle differenze utili per "fare differenza" attraverso elementi non visti e previsti dal paziente. Il terapeuta restituisce una descrizione dei fatti che sia condivisibile dal paziente in quanto si basa su ciò che egli ha detto, ma fondata su premesse incompatibili con quelle da cui egli partiva in precedenza. Per ogni fase suddetta sono previsti interventi specifici che permettono di raggiungere l'obiettivo dello stesso.

In musicoterapia le fasi hanno delle analogie col processo terapeutico:

Il musicoterapeuta dedica un certo tempo alla preparazione della seduta, sia per quanto riguarda sé stesso (come sta il mio corpo, qual è il mio stato d'animo, etc..) sia per quanto riguarda la costruzione del *setting*. Quest'ultimo viene cambiato a seconda delle ipotesi costruite nella seduta precedente e tali ipotesi possono anche essere considerate un intervento, in quanto ogni qualvolta si vuole inserire un nuovo elemento/strumento si inserisce una differenza (la differenza fa differenza).
In questa fase il terapeuta assieme al paziente comincia a suonare (dialogo sonoro: improvvisazione strumentale libera con la consegna di comunicare attraverso i suoni). Comincia così il processo di allargamento, sostenuto dalla Sintonizzazione Positiva: il terapeuta ricalca le proposte melodiche interamente, gli atteggiamenti e i movimenti del corpo, la gestione dello spazio, dando così la possibilità al paziente di rispecchiarsi. Questo crea un'amplificazione nel paziente, infatti egli allarga il proprio punto di vista in maniera graduale. Via via il paziente comincia ad aprirsi e, così, il terapeuta inserisce la Sintonizzazione Negativa. Questo significa che il terapeuta sta con la cellula ritmica del paziente, ma introduce delle differenze ritmiche/melodiche/timbriche in cui si mantengono le proposte fatte dal paziente introducendo però delle cellule sonore incompatibili con le sue premesse ma accettate dal paziente stesso.
Questa volta sta con il paziente, in maniera coerente, ma inserendo un nuovo elemento che può anche essere diverso, ma l'importante è che venga sostenuto.

Nello schema successivo, vengono sintetizzati gli step di intervento nella terapia sistemica secondo Viaro (1995) e in musicoterapia, secondo Benenzon (1983).

FASI DI VIARO (terapia sistemica) FASI DI BENENZON (musicoterapia)

PRESEDUTA CARTELLA TELEFONICA	PRESEDUTA ANAMNESI SONORO-RITMICA SISTEMICA
SEDUTA	SEDUTA
ANALISI DEL NON VERBALE	ANALISI DEL NON VERBALE
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA, INVIO	PRIME PROPOSTE RITMICHE DEL PAZIENTE E RISPOSTA DEL TERAPEUTA
CONTRATTO DI CONSULTAZIONE	VEDI FASE PRESEDUTA
NUCLEO DI CONVIVENZA	VEDI FASE PRESEDUTA
FAMIGLIE ESTESE E RETE RELAZIONALE	FAMIGLIE ESTESE E RETE RELAZIONALE, CON PRESENTIFICAZIONE ATTRAVERSO IL SUONO
RITORNO AL SINTOMO	CELLULE RITMICHE, MELODICHE E TIMBRICHE RIDONDANTI
CHIUSURA E ACCORDO PER IL SUCCESSIVO INCONTRO	CHIUSURA E ACCORDO PER IL SUCCESSIVO INCONTRO
ACCORDI E COMMIATO	

Le fasi di Viaro e di Benenzon possono considerarsi funzionali solo per le prime sedute. Nel proseguo della terapia il parallelo è tra le fasi della conversazione terapeutica di Mosconi et al. (1996) e i parametri di gestione del dialogo sonoro.

Confrontando, quindi, l'approccio sistemico e la musicoterapia troviamo rispettivamente le seguenti fasi:

TERAPIA SISTEMICA	CONTATTO (A)	ALLARGAMENTO BCD	RIDEFINIZIONE E
MUSICOTERAPIA	OSSERVAZIONE/ CONTATTO	SINTONIZZAZIONE POSITIVA/NEGATIVA	VERBALIZZAZIONE

La fenomenologia dei ricordi traumatici

Nelle situazioni traumatiche può essere utile l'intervento della musicoterapia in quanto l'utilizzo del canale sonoro, all'interno della relazione terapeutica, può portare alla desensibilizzazione degli aspetti emotivi, all'integrazione di nuovi elementi e quindi alla costruzione di nuovi pattern sonori che poi, generalizzati, possono diventare nuove punteggiature nella relazione e nel contesto di appartenenza.

Molti studi indicano che le nostre emozioni svolgono un ruolo fondamentale nella possibilità di ricordare o meno gli eventi. Le esperienze che non sono accompagnate da un significativo coinvolgimento emotivo, generalmente, non sono in grado di produrre un adeguato livello di attenzione specifica; vengono registrate come "non importanti", e vengono in seguito dimenticate facilmente. Al contrario, eventi vissuti con una partecipazione a livello emotivo medio-alta verrebbero catalogati come "importanti" e hanno una discreta possibilità di venire poi rievocati. Le esperienze eccessivamente coinvolgenti e terrorizzanti possono, invece, stimolare meccanismi che portano ad un'inibizione dei processi della memoria esplicita a livello dell'ippocampo e che determinano un blocco nella registrazione esplicita di questi ricordi (Diamond, Rose, 1994). Tali meccanismi comprendono l'attivazione dell'amigdala, la liberazione di noradrenalina e corticosteroidi in risposta allo stress elevato e creano le condizioni che consentono la registrazione dei ricordi esclusivamente a livello implicito (Siegel, 2003).

I ricordi possono manifestarsi nella forma di frammenti di ricordi intrusivi, che non si riescono a collocare opportunamente in un coerente contesto spazio-temporale. Questa frammentazione può essere imputata a molteplici fattori: parziale ritiro dell'attenzione durante l'esperienza traumatica che può attenuare gli input sensoriali ed interferire con la codifica, l'immagazzinamento, l'assimilazione della memoria all'interno del normale flusso di coscienza (Terr, 1994), meccanismi di esclusione delle informazioni intervenuti dopo l'evento traumatico, la carenza o l'impasse di processi corticali superiori durante o dopo il trauma.

Alcune persone, però, possono vivere senza mai pensare agli eventi traumatici che tuttavia continuano a condizionarli. A livello narrativo, ci sono soggetti che riferiscono i fatti traumatici come se fossero emotivamente neutri; le componenti emotive non risultano, quindi, accessibili con le parole, ma condizionano la salute e il comportamento di tali persone.

Nell'ottica dell'intensità dell'esperienza dissociativa, possono quindi essere presenti veri e propri Stati dell'Io, in vario grado dissociati dall'ordinario flusso di consapevolezza, e dalla personalità dominante (Philips, Frederick, 1995) fino all'estrema espressione dissociativa del Disturbo Dissociativo dell'Identità. In questa cornice sono relativamente frequenti amnesie più o meno ampie, fino alla completa assenza di memoria episodica. La presenza di amnesia sembra essere correlata ad età, gravità e durata del trauma ed un generico danneggiamento dei ricordi, e sembra essere presente, nel 68% dei casi, nelle persone esposte ad esperienze traumatiche (Herman, Schatzow, 1987). Risulta molto importante ulteriormente la ripetitività

dell'evento stesso: quando un evento traumatico si è ripetuto più volte nel tempo, succede di frequente che una persona abbia difficoltà a capire quante volte si è verificato, in quale momento, e a ricostruire l'esatto svolgersi degli eventi. Sembra che i ricordi siano stati associati in uno o pochi eventi prototipici, schemi, generalizzazioni degli episodi stessi. Un parametro che risulta infine molto importante nella strutturazione dell'evento traumatico è la possibilità di narrarlo, anche come rappresentazione interna. Infatti è possibile che alcune esperienze traumatiche siano inaccessibili, verbalmente ed adeguatamente, perché verificatesi prima che il cervello fosse capace di collocarle in un contesto spazio-temporale definito. Tali funzioni mnestiche, sembrano coinvolgere la funzionalità dell'ippocampo, che però è completamente mielinizzato nel periodo compreso tra il secondo e il terzo anno di età (Nadel, Zola-Morgan, 1984). Contemporaneamente, però, l'amigdala pare essere completamente funzionante sin dall'inizio della vita, e con ciò anche la sua capacità di memorizzare eventi connessi alla paura.

Inoltre, giacché sembra che nei bambini la memoria episodica compaia solo dopo quella procedurale, è ragionevole concludere che i processi di memorizzazione, a quest'età, avvengano in forma non verbale. Lo stesso materiale traumatico, generalmente, è strutturato cognitivamente in accordo all'età in cui è avvenuto il trauma (Philips, Frederick, 1995).

Durante la fase di trattamento psicoterapeutico, qualsiasi forma di esclusione selettiva delle informazioni renderà problematica l'estinzione del condizionamento della paura quanto più il meccanismo di evitamento sarà automatizzato ed accentuato.

Conclusioni

In base a quanto finora detto, si può ipotizzare che i traumi con la t minuscola o la T maiuscola potrebbero essere affrontati anche con un intervento musicoterapico, strumento ampiamente utilizzabile nel processo di ristrutturazione terapeutica. L'utilizzo del canale sonoro all'interno della relazione terapeutica, e in particolare modo come finestra di entrata agli elementi somatici in modalità pre pag (prima dell'attivazione del collicolo superiore e quindi pre *shock* affettivo), può contribuire alla desensibilizzazione degli aspetti emotivi connessi al ricordo traumatico (utilizzando come entrata al ricordo proprio la finestra del pre pag), all'integrazione di nuovi elementi e tensioni di orientamento funzionali, alla costruzione di nuovi *pattern* che poi, generalizzati, possono diventare nuove punteggiature nella relazione e nel contesto di appartenenza. Queste possibilità potrebbero esser pensate e utilizzate all'interno di un lavoro elaborativo su aspetti somatici e quindi collicolari, aspetti limbici e poi corticali. La possibilità di entrare nel trauma attraverso la finestra somatica, tipica sia di un approccio EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) e DBR (*Deep Brain Reorienting*) potrebbe esser veicolata anche dall'uso di elementi sonori coerenti con il *pattern* ritmico-melodico della persona, adeguatamente proposti attraverso la

costruzione di una ipotesi sonoro-musicale-relazionale. Il musicale può divenire così elemento di aggancio e di apertura di una esperienza somato-emotiva, connessa al vissuto traumatico, e divenire così ulteriore modalità soprattutto quando la narrazione non è possibile (nei bambini e negli anziani) o quando la dissociazione dovesse risultare molto elevata.

Bibliografia

Agnes, S. Chan (2003), "Music training improves verbal but not visual memory: cross sectional and longitudinal explorations in children", *Neuropsychology*, 17: 3.

Benenzon, R. (1997), *La nuova musicoterapia*, Roma, Il Minotauro.

Benenzon, R. (1983), *Manuale di musicoterapia*, Roma, Borla.

Benenzon, R. (2020), *Musica fra neuroscienze, arte e terapia*, Torino, Musica Practica.

Bloch, S.; Crouch, E. (1985), *Therapeutic factors in group psychotherapy*, Oxford, Oxford University Press.

Blood, A. J., Zatorre, R. J. (2001), *Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in Brain regions implicated in reward and emotion*, Montreal Neurological Institute, McGill University.

Bottaccioli, F., Bottaccioli, A. G. (2017), *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*, Milano, Edra.

Cecchin, G., Lane, G., Wendel, A. Ray (1993), "From strategizing to nonintervention: Towards irreverence in systemic practice", *Journal of Marital & Family Therapy*, 19:125-136.

Chan, A. S. (2003) "L'allenamento musicale migliora la memoria verbale: esplorazioni trasversali e longitudinali nei bambini", *Neuropsicologia*, 17: 439.

Trevarthen, C. (2000), "Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication", *Music Scientific*, 3: 155-215.

Corrigan, F., Lanius, U., Paulsen, S. (2014), *Neurobiologia e trattamento della dissociazione traumatica*, Milano, Franco Angeli.

Damasio, A. (2007), "The happiness trip: a scientific journey", *Science writers*, 24-211.

De Bernart, R. (1989), "Tecniche relazionali con la famiglia e l'individuo", *Terapia Familiare*, 31.

De Colle, D. (2014), *Musicoterapia. Per far risuonare la voce del cuore*, Treviso, Editoriale Programma

Diamond, D.M.; Rose, G.M. (1994), “Does associative LTP underlie classical conditioning?”, *Psychobiology*, 22:263-269.

Eckman, E. (1992), “Riconoscimento vocale ed emotivo: risorse caratteristiche e metodi”, *Comunicazione vocale*, 48: 1162-1181.

Fornari, F. (1984), *Psicoanalisi della Musica*, Milano, Longanesi editore.

Gianantonio, M. (2013), *Trauma attaccamento e sessualità, psicoterapia integrata-corporea e bodywork per le ferite invisibili*, Milano, Mimesis Edizioni.

Giuliani, M. (2017), *Corpi che parlano. Psicoterapia e metafora*, Andria, Durango Edizioni.

Grencavage, L. M., Norcross, J. C. (1990), “Dove sono i punti in comune tra i fattori comuni terapeutici?”*, Psicologia Professionale: ricerca e pratica*, 21 (5): 372.

Herman, J. L., Schatzow, E. (1987), “Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma”, *Psychoanalytic Psychology*, 4: 1-14.

Imberty, M., Capogreco, N. (2004), “Repères pour une problématique du temps en musique”, Musicae Scientiae, *Journal of the Society for the Cognitive Sciences of Music*.

Leonardi, P., Viaro, M. (1990), *Conversazione e Terapia*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Lowen, A. (1985), *Il linguaggio del corpo*, Milano, Feltrinelli.

Merleau-Ponty, M. (2003), *Fenomenologia della percezione*, Milano, Bompiani.

Minuchin, S. (1974), *Families and Family Therapy*, Cambridge, Harvard University Press.

Mosconi, A.; Castellani, A.; De Maria, L.; Gonzo, M.; Sorgato, R.; Tirelli, M.; Tomas, M.; Zago, E. (1996), “Costruisci la tua conversazione terapeutica? Breve glossario degli interventi in terapia sistemica e alcune considerazioni sulla possibilità di utilizzo”, *Family and Family Therapy in International perspective*, 50: 41-61.

Murphy, D. L. (1982), “Sforzo e cognizione nella depressione”, *Archivi di Psichiatria generale*, 5: 593-597.

Mucci, C. (2020), *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Nadel, L., Zola-Morgan, S. (1984), “Infantile amnesia: A neurobiological perspective”, *Infant*

memory, 145-172.

Philips, M., Frederick, C. (1995), *Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Posttraumatic and Dissociative Conditions*, New York, W. W. Norton.

Porges, S. W. (2014), *La teoria polivagale: fondamenti neurofisiologici di emozioni, attaccamento, comunicazione e autoregolazione*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.

Rinehart, S.D. (1988), "Tempo concettuale, studio e lettura", *Journal of Educational Research,* 81 (3): 138-142.

Rispoli, L. (2016), *Il corpo in psicoterapia oggi,* Milano, Franco Angeli.

Rizzolati, G.; Fadiga, L.; Fogassi, L.; Gallese, V. (2002), "From mirror neurons to imitation: facts and speculations" in Meltzoff, A.N. & Prinz, W. (eds.) *The imitative mind. Development, evolution, and brain bases*, Cambridge University Press, Cambridge U.K., 247-265.

Safran, J. D., Muran, J. C. (1994), "Risolvere le rotture dell'alleanza terapeutica: un'indagine analitica del compito", *L'alleanza di lavoro: teoria, ricerca e pratica*, 225-255.

Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1980), *Ipotizzazione, circolarità e neutralità*, Terapia Familiare, 7: 7-19 ripubblicato in Andolfi, M. (2013), *Le parole dei Maestri: Per riscoprire la lezione dei grandi della terapia familiare*, Milano, Franco Angeli.

Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M.; Sorrentino, A. M. (1988), *I giochi psicotici della famiglia*, Milano, Raffaello Cortina.

Segatori, A. (2005), *Arte-Terapia: definizioni, paradigmi, avvertenze*, in Deganis, A., *I disturbi alimentari*: *un progetto integrato comunitario*, Milano, Franco Angeli.

Semeraro, R. (2021), *Colorati di natura. L'arteterapia a sostegno dell'immagine corporea*, Milano, Kiwi Editore.

Siegel, D. J., (2003), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain*, New York, WW Norton and Company.

Terr, L. C. (1994), *Unchained memories: True stories of traumatic memories lost and found*, New York, Harper Collins.

Tomm, K. (2014), *Patterns in interpersonal interactions*, London, Routledge.

Trevartehen, C. (1999), "Musicalità e pulsazione del motivo intrinseco. Prove dalla psicobiologia umana e dalla comunicazione infantile", *Musicae Scientiae*, 3: 155-215.

Viaro, M. (1995), "Perché proporre una cartella relazionale?", *Atti del Convegno Nazionale*

SIPPR, Ottobre 1995.

Viaro, M.; Leonardi, P. (1991), “Una conversazione speciale”, *Psichiatria generale e dell’età evolutiva*, 3.

Watzlawick, P. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio.

Wallon, E. (1959), “Psychologie et Éducation de l’Enfance”, *Enfance*, 195-202.

Foto di Luis Rengel da Pixabay