



Società Italiana di  
Gerontologia e  
Geriatría

IL MODELLO PROTETICO

## Musicoterapia e demenza

### Musicotherapy and dementia

D. VILLANI, A. RAGLIO

Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR)

**Music can be used as a healer in many diseases, although with different techniques, methods and theoretical issues.**

**Recently, particularly in the last decade, even dementias have been an object of concern for musicotherapy and other healing practices involving sound and music.**

**The increasing number of Alzheimer's diseases and dementias affected people, together with the limited therapeutical chances, has stimulated a growing interest for rehabilitation techniques, among which musicotherapy can be placed.**

**About all these techniques there are still unsolved problems mainly related to the assessment instruments, to the effectiveness of the action, to the lasting of the positive effect after the treatment and, eventually, to the cost/efficacy relationship.**

**After a brief introduction on musicotherapy, the Authors describe the theoretical and methodological concerns of the therapy they used, as well as its applicative practices.**

**Key words: Musicotherapy • Dementia • Rehabilitation**

### Introduzione

L'utilizzo dell'effetto distensivo e rasserenante, in alcuni casi "terapeutico", della musica nelle persone malate affonda le sue radici in tempi molto lontani. Nelle culture più antiche, come la cinese e l'indiana, musica e medicina erano fra di loro collegate, ma anche nella cultura europea troviamo esempi dell'impiego della musica a scopo curativo (il canto gregoriano - privo di componenti ritmiche e molto sviluppato sul piano melodico, collegato all'andamento del respiro umano - veniva utilizzato dai monaci francesi di Cluny nell'undicesimo secolo per alleviare le sofferenze dei morenti, la cosiddetta *infirmarium music*).

La musicoterapia, che nasce e si sviluppa prevalentemente in ambiente psichiatrico, costruendo nel campo delle psicosi la maggior parte del suo corpus teorico e della sua applicazione clinica, ha allargato i suoi confini di studio e applicazione alla geriatria e alla vasta problematica delle demenze, per motivazioni e con un percorso metodologico che di seguito sintetizzeremo.

Due aspetti della musica sono noti a tutti. Il primo è la grande influenza che la musica può avere sul tono dell'umore: l'effetto rilassante della musica, che è stato sperimentato da ciascuno di noi, è così forte e prevedibile che molti lo utilizzano (in casa, in automobile) per ritrovare tranquillità e recuperare una dimensione meno convulsa della vita. Il secondo aspetto a tutti familiare è il forte potere mnemonico della musica. Il riascolto di un brano musicale può evocare con molta preci-

■ Corrispondenza: dott. Alfredo Raglio, Istituto Ospedaliero di Sospiro, piazza Libertà 2, 26048 Sospiro, Cremona, Italy - Tel. +39 0372 620264 - E-mail: raglio@tin.it  
Corrispondenza: dott.ssa Maria Cotelli, U.O Alzheimer, Centro per la memoria, IRCCS, Centro "S. Giovanni Dio", FBF, via Piastroni 4, 25125 Brescia, Italy - Tel. +39 030 3501351 - E-mail: mcotelli@oh-fbf.it



sione un episodio della vita, ricomponendo nella nostra mente non soltanto le caratteristiche temporali e spaziali dell'episodio stesso, ma anche lo stato d'animo che caratterizzava quella circostanza. Intorno a una struttura melodica, armonica, ritmica, timbrica, si ricostituisce il ricordo nella sua complessità cognitiva ma anche emozionale. Queste preliminari osservazioni empiriche sull'influenza che la musica può avere sull'affettività e sulla memoria delle persone, ci portano a riflettere sulla possibilità che la musica possa agire in maniera positiva non solo sulla persona sana, ma anche su quella malata, cominciando così ad assumere un profilo genericamente *terapeutico* (dove per *terapia* si fa riferimento a un mezzo capace di contrastare una condizione morbosa), particolarmente in quelle situazioni in cui la malattia colpisce la mente dell'uomo, le sue funzioni cognitive e non cognitive.

L'estensione dell'utilizzo della musicoterapia al campo delle demenze e quindi la sua diffusione in ambito geriatrico, è dunque legata sostanzialmente a due motivi: il ruolo che i disturbi della memoria e del comportamento hanno nella demenza e che ne fanno un ideale banco di prova per la musicoterapia<sup>1-3</sup>; la prevalenza dei disturbi non cognitivi (BPSD) e la loro nota influenza negativa sulla qualità di vita del malato e del network familiare e sociale<sup>4</sup>. A ciò si aggiungano le scarse risorse terapeutiche a nostra disposizione nei confronti delle demenze, e la conseguente ricerca di trattamenti non-convenzionali, tra i quali appunto si colloca l'utilizzo della musica<sup>5</sup>.

## Basi teoriche e aspetti metodologici

La attuali applicazioni della musica e dell'elemento sonoro-musicale in geriatria presentano importanti differenze di finalità e contenuti metodologici<sup>6</sup>.

In geriatria, ad esempio, sono numerose le esperienze di *animazione musicale*: loro obiettivo principale è creare una situazione di benessere in un contesto di socializzazione attraverso proposte musicali che costituiscono il contenuto dell'intervento.

Frequenti sono anche le esperienze di *ascolto musicale*, che possono avere varie finalità: *evocative*, in cui si cerca di sollecitare ricordi o stati d'animo attraverso momenti di verbalizzazione di gruppo; *induttive di nessi*, con lo scopo di facilitare il riconoscimento di ambienti o di momenti strutturati della giornata; *contenitive*, nell'ipotesi che l'ascolto musicale genericamente definito (musica classi-

ca, musica preferita, ecc.) possa agire con qualche efficacia riducendo, soprattutto nelle demenze, i disturbi comportamentali, migliorando il tono dell'umore o la socializzazione.

Quest'ultima modalità di utilizzo della musica costituisce un'area di contatto più vicina a quello che si intende, più propriamente, come musicoterapia. Rimane comunque importante, come premessa all'intervento musicoterapico, il fatto che esperienze numerose e rigorose documentino le potenzialità terapeutiche della musica.

La definizione più aggiornata di musicoterapia è quella approvata e condivisa dalla comunità internazionale in occasione dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia della World Federation of Music Therapy: "La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, la organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopi di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia".

Questa definizione rimanda ad alcuni elementi da ritenersi imprescindibili al fine di poter considerare potenzialmente terapeutico un intervento che preveda l'impiego dell'elemento sonoro-musicale:

- la presenza di un operatore qualificato (il musicoterapista);
- un modello musicoterapico di riferimento fondato su presupposti teorici e metodologici;
- la presenza di un setting strutturato;
- obiettivi legati a cambiamenti (stabili e duraturi) della persona o di alcune sue parti o funzioni;
- il riferimento costante, nell'azione terapeutica, a un piano intrapersonale e/o interpersonale.

Per quanto riguarda la formazione del musicoterapista, in Italia, ci si riferisce a competenze musicali e/o psicologiche e/o mediche che contraddistinguono chi opera in questo ambito; a queste conoscenze si deve aggiungere una formazione specifica che ormai segue un consolidato criterio di strutturazione ampiamente condiviso.

La scelta di un modello musicoterapico si rifà alle ormai numerose esperienze musicoterapiche che fanno riferimento alle pionieristiche applicazioni della disciplina in vari ambiti patologici.

Nel 1999 in occasione del IX Congresso Mondiale di musicoterapia la World Federation of Music Therapy ha enucleato e accreditato i modelli musicoterapici più diffusi e consolidati:

- approccio basato sull'improvvisazione creativa (Nordoff-Robbins);
- approccio comportamentista (Madsen);
- approccio recettivo, Immaginario Guidato e Musica (Bonny);
- approccio psicanalitico (Priestley);
- approccio attivo relazionale, libera improvvisazione (Benenzon).

Relativamente all'azione *terapeutica* dell'intervento di cui stiamo trattando, è possibile ipotizzare che la musicoterapia possa agire sull'attenuazione dei sintomi e sulla prevenzione o stabilizzazione delle complicanze determinate dal deficit.

La musicoterapia fa costantemente riferimento a un processo relazionale, a un incontro tra identità sonoro-musicali, nonché all'ascolto empatico dell'altro.

Appare quindi chiaro che un intervento che prevede l'ascolto di musica, magari con la mediazione di un riproduttore sonoro, su base empirica o in riferimento a categorie culturali e/o psicologiche generali non si può ritenere di per sé terapeutico.

In musicoterapia si ricorre all'ascolto come modalità di intervento non prescindendo, però, da processi di osservazione, valutazione e relazione riferiti alla persona o al gruppo di persone a cui si propone il trattamento.

In ambito musicoterapico può essere importante fare riferimento a una distinzione tra interventi musicoterapici con *finalità terapeutiche* e altri con *finalità riabilitative*.

In questo senso per *terapia* si intende quella strategia che, *dal di dentro*, facilita i processi di consapevolezza di sé, di regolazione delle emozioni e delle capacità comunicative.

Per *riabilitazione* si intende, invece, quella strategia che, *dal di fuori*, favorisce lo sviluppo dei processi cognitivi, relazionali e di socializzazione.

Ciò non vuole tracciare una linea di demarcazione tra due paradigmi di intervento, ma semplicemente accostare due approcci che presentano alcune differenze legate essenzialmente a obiettivi e metodiche.

La musicoterapia che ha finalità terapeutiche pone come punto centrale dell'intervento la relazione,

con l'obiettivo di giungere a cambiamenti interni riferibili ad alcune funzioni del Sé e precisamente quelle legate agli aspetti di *comunicazione-relazione e affettività*.

La musicoterapia che ha finalità riabilitative pone come punto centrale dell'intervento la stimolazione sonoro-musicale, che ha l'obiettivo di mantenere e/o potenziare abilità cognitive (la memoria, l'attenzione, la coordinazione senso-motoria, la capacità di discriminazione, etc.) e di incidere su un piano comportamentale.

Le esperienze di musicoterapia fatte dalla nostra équipe si riferiscono a una matrice marcatamente relazionale che si ispira alla teoria psicologica di Stern<sup>8</sup> e a quella musicoterapica di Benenzon<sup>7</sup>.

Nella teoria psicologica di Stern si fa riferimento a un *universo affettivo primario* che si colloca nel periodo pre-verbale dello sviluppo, ma che permane in tutta la vita dell'individuo.

Tale universo è caratterizzato da fattori quali: la *percezione amodale*, una sorta di a-specificità percettiva per cui la sensazione tende a globalizzarsi; le *sinestisie*, fenomeno per il quale uno stimolo attiva contemporaneamente più canali sensoriali; gli *affetti vitali*, definiti come qualità dinamiche e cinetiche degli stati d'animo (crescere, decrescere, fluttuare, svanire ...).

Il suono e la musica si collocano nell'ambito di queste esperienze arcaiche facilitando quelle che Stern definisce "sintonizzazioni affettive". Per sintonizzazione si intende quel processo inconsapevole attraverso il quale è possibile stabilire una relazione fortemente empatica, una profonda risonanza, basata sulla condivisione degli stati d'animo e delle loro qualità.

Attraverso i momenti di sintonizzazione si giunge alla *relazione intersoggettiva* espressa attraverso la *compartecipazione dell'attenzione*, la *compartecipazione delle intenzioni* e la *compartecipazione degli stati affettivi*.

Date queste premesse teoriche è possibile ipotizzare che il suono e la musica attivino modalità espressive e relazionali arcaiche, probabilmente ancora presenti nella persona con malattia di Alzheimer, recuperate attraverso una regressione terapeutica condivisa e guidata dal musicoterapeuta. Ciò significa by-passare le funzioni cognitive, la capacità elaborativa e di simbolizzazione, per attingere a quel mondo di emozioni e sensazioni non ancora ben strutturate e consapevoli, benché colte ed espresse attraverso i primitivi canali prima menzionati. L'utilizzo della musicoterapia nella malattia di Alzheimer può migliorare

dunque gli aspetti relazionali e ridurre i disturbi del comportamento.

La teoria musicoterapica di Benenzon implica i riferimenti ai concetti di *Iso* (identità sonoro-musicale) e di *oggetto intermediario*.

L'identità sonoro-musicale entra in gioco nel trattamento musicoterapico poiché la relazione si sviluppa attraverso il rispecchiamento e la successiva elaborazione del materiale sonoro-musicale che il paziente produce nel setting musicoterapico.

Tale materiale emerge spontaneamente dalla persona attraverso la relazione sonoro-musicale, diviene caratterizzante e ricorrente e, quindi, presumibilmente, fa riferimento all'*Iso* dello stesso.

Il suono, la musica e con essi gli strumenti musicali possono divenire mediatori nella relazione, cioè *oggetti intermediari*.

Da ciò deriva un modello di intervento contestualizzabile prevalentemente nell'ambito non verbale in cui attraverso l'improvvisazione sonoro-musicale, si ricercano momenti di dialogo sonoro attraverso un atteggiamento di osservazione/ascolto e di non direttività.

Il suono e la musica che emergono dall'improvvisazione nel contesto musicoterapico sono più facilmente correlabili all'espressione dell'identità sonoro-musicale personale piuttosto che al culturalmente appreso.

Ecco allora che la musicoterapia può facilitare anche quei processi di sintonizzazione che Stern definisce per lo più come momenti inconsapevoli in analogia con quanto Benenzon afferma a proposito dell'*Iso Gestaltico*.

L'utilizzo della musicoterapia con l'obiettivo di agire sugli aspetti di "comunicazione-relazione" e di "affettività" favorisce anche il mantenimento del senso di identità consentendo il riconoscimento del mondo esterno.

Ne deriva un processo di armonizzazione/integrazione rispetto ai deficit prodotti dal danno neurologico, nonché una migliore organizzazione delle componenti emotive della personalità.

L'applicazione della musicoterapia nella Malattia di Alzheimer recupera anche il ruolo di stimolo che il suono ha intrinsecamente.

Appare chiara, facendo riferimento al modello musicoterapico sopra menzionato, la necessità di adattare le modalità di intervento alla specificità dell'ambito applicativo.

## Procedure operative

Vediamo ora qualche aspetto operativo, derivato dalla nostra esperienza con le persone affette da malattia di Alzheimer<sup>6</sup>.

1. *Indicazioni di trattamento*. L'intervento musicoterapico si rivolge principalmente a persone con scarse capacità relazionali. Nel caso specifico della malattia di Alzheimer le prescrizioni di trattamento sembrano supporre una indicazione particolare per persone con CDR da 1 a 3, anche con gravi disturbi comportamentali.

In relazione alla gravità è possibile proporre un intervento individuale o di gruppo. I malati ammessi al trattamento possono essere affetti anche da altre forme di demenza (vascolari ad es.: non esistono, a nostra conoscenza, presupposti neuropsicologici che giustifichino l'esclusione di altri tipi di demenza): preferiamo comunque, in caso di trattamenti di gruppo, costituire gruppi omogenei.

2. *Disponibilità e idoneità al trattamento*. Dopo la segnalazione da parte del medico curante, il musicoterapista deve preliminarmente valutare la disponibilità del malato al trattamento e l'indicazione al trattamento stesso. Ciò avviene attraverso un numero limitato di sedute (da 2 a 5) precedute da un breve colloquio in cui la persona viene informata circa gli obiettivi dell'intervento.

In queste sedute viene anche valutata l'idoneità del paziente al trattamento attraverso la rilevazione dei presunti segnali "comunicativi" sonoro-musicali. In queste prime sedute di valutazione ci si avvale della stesura e dell'elaborazione di Protocolli di Osservazione e di una Scheda Musicoterapica che saranno utilizzate anche durante il trattamento. Se le condizioni cognitive del malato lo consentono, è utile spiegarli le caratteristiche del trattamento: modalità, obiettivi, durata, enfatizzando il ruolo curativo del trattamento stesso.

3. *Le sedute*. Le sedute si svolgono in un locale che, preferibilmente, dovrebbe avere i seguenti requisiti di base: dimensioni equilibrate, isolamento acustico, assenza di eventuali stimolazioni potenzialmente interferenti. La stanza in cui si effettuano le sedute è separata da un vetro unidirezionale da quella in cui si effettua l'osservazione. È preferibile che la stanza di musicoterapia sia nelle immediate vicinanze o all'interno del luogo di degenza. La presenza di stimoli estranei al setting musicoterapico (colori, oggetti superflui, finestre sprovviste di tende, etc.) risulta essere disturbante e talvolta interferente nel trattamento. Bisogna anche prestare attenzione ad alcuni aspetti organizzativi, come l'accompagnamento delle persone da parte di ope-

ratori dell'équipe di cura. È necessaria una equilibrata distribuzione degli interventi musicoterapici che, nella nostra esperienza è dell'ordine di 2-3/settimana. La durata delle sedute, siano esse singole o di gruppo, è di 30 minuti. Il setting strumentale deve essere essenziale e facilmente accessibile: può prevedere la presenza di tutte le famiglie strumentali (membranofoni, idiofoni, aerofoni, cordofoni ed elettrofoni) disposti in modo ordinato e in numero ridotto, tenendo conto di supporti che facilitino la presa degli strumenti nonché la mobilità dei pazienti.

Nelle prime sedute il paziente viene messo nelle condizioni di poter esplorare e interagire con una vasta gamma di stimoli sonoro-musicali. Nei successivi incontri si arriva alla graduale definizione di un setting calibrato, adeguato al paziente, che riflette maggiormente l'identità sonoro-musicale dello stesso e in cui emerge la funzione di "oggetto intermediario" assolta da alcuni strumenti.

Le consegne che il musicoterapista dà al paziente, possono essere verbali o non verbali e assumere una connotazione di direttività, semi-direttività e non direttività. Le consegne verbali e in generale le verbalizzazioni, solitamente assenti nel trattamento musicoterapico secondo questo orientamento teorico-metodologico, sembrano avere in alcuni casi, nei trattamenti di persone con malattia di Alzheimer, un ruolo contenitivo e tranquillizzante, oltre che contribuire a orientare i pazienti nel setting musicoterapico.

Nella fase operativa, quanto evocato e suscitato dal paziente viene evidenziato, elaborato e restituito dal musicoterapista dal punto di vista emotivo e sonoro-musicale con il fine di instaurare una relazione. Il musicoterapista potrà: a) stimolare il paziente nel caso in cui questo non interagisca attraverso l'impiego di materiale sonoro-musicale; b) riprendere, elaborare e rimandare le produzioni sonoro-musicali spontanee emergenti dal contesto musicoterapico, nel caso in cui il paziente sia propositivo.

4. *La verifica.* La verifica del lavoro svolto costituisce, come sempre nel trattamento di questi malati, un momento problematico. Il momento di verifica è costituito dalla condivisione dei contenuti dei Protocolli di Osservazione stesi al termine di ogni seduta. I Protocolli rilevano la quantità, la durata e le caratteristiche delle produzioni del paziente e del musicoterapista, oltre che gli elementi e/o parametri sonoro-musicali ricorrenti o che compaiono per la prima volta nelle sedute; vengono inoltre rilevati la quantità di stimoli proposti dal musicoterapista e le produzioni spontanee del paziente. Il

Protocollo, inoltre, rileva eventi manifesti direttamente estrapolabili dalla visione delle immagini relative alle sedute.

Questo Protocollo di Osservazione, elaborato dalla nostra équipe di musicoterapia, ha scopo di rilevare quantitativamente e qualitativamente la "relazione intersoggettiva" nell'ambito di una seduta di musicoterapia.

Altre verifiche sono quelle che si effettuano all'esterno del setting musicoterapico utilizzando strumenti valutativi già esistenti (ad esempio la Cohen Mansfield Agitation Inventory e il Neuropsychiatric Inventory) e altri che possono essere creati appositamente per effettuare osservazioni mirate su comportamenti specifici (sorriso, pianto, allontanamento/avvicinamento fisico ecc.) o per acquisire altri elementi di valutazione (interviste a familiari, interviste a operatori coinvolti nella cura della persona ecc.).

## Considerazioni conclusive

L'utilizzo della musicoterapia nella demenza secondo la metodica illustrata offre interessanti prospettive di efficacia <sup>6</sup>.

Alcuni aspetti devono essere ancora chiariti, altri risultano ben definiti dall'esperienza.

- È necessario che la musicoterapia assuma in modo sempre più netto i caratteri di una tecnica riabilitativa che si muove entro precisi confini.
- Il metodo utilizzato da noi non ha il suo baricentro nella evocazione di un ricordo musicale, ma nel recupero di un sistema di comunicazione arcaico, preverbale.
- La nostra esperienza ci consente di delineare delle procedure (pazienti da trattare, tempi, modalità ecc.), e le osservazioni cliniche ci fanno ritenere che la musicoterapia possa agire positivamente sulle capacità relazionali dei dementi, riducendo, forse in modo conseguente, i disturbi del comportamento.
- È sempre necessaria una valutazione parallela dei risultati: quella intra-setting, condotta dai musicoterapisti nel laboratorio di musicoterapia; quella ecologica, condotta dall'équipe di cura; è inoltre necessario affinare gli strumenti valutativi, poiché le usuali scale comportamentali, cognitive, funzionali non sembrano in grado di cogliere i cambiamenti indotti dalla musicoterapia.
- Rimane ancora aperto il problema della durata dell'efficacia del trattamento, aspetto critico in una logica di buon utilizzo delle risorse.

- Come le altre tecniche riabilitative anche la musicoterapia non può prescindere da una complessiva e competente presa in carico del malato e della famiglia: solo in questa logica la musi-

coterapia potrà assumere il ruolo di intervento complementare e, riteniamo, efficace per la dignità e il benessere del malato.

**La musica viene impiegata con finalità terapeutiche in numerose condizioni patologiche, con presupposti teorici, metodologie e tecniche diverse. Negli ultimi tempi, in particolare nell'ultimo decennio, anche le demenze sono state oggetto di interesse della musicoterapia e degli altri interventi che utilizzano l'elemento sonoro-musicale. Il numero sempre più grande di persone affette da malattia di Alzheimer e altre demenze, unito alle scarse possibilità terapeutiche, ha stimolato un crescente interesse per interventi genericamente definiti riabilitativi, tra i quali si colloca la musicoterapia. Per tutte queste tecniche**

**esistono problemi ancora aperti, relativi principalmente agli strumenti di valutazione di efficacia dell'intervento, alla durata dell'effetto positivo dopo la sospensione del trattamento e al rapporto costo/efficacia.**

**Gli Autori, dopo una breve introduzione sulla musicoterapia, descrivono i presupposti teorici e metodologici dell'intervento da loro utilizzato e le procedure applicative dell'intervento stesso.**

**Parole chiave:** Musicoterapia • Demenza • Riabilitazione

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Brotons M, Koger S, Pickett-Cooper P. *Music and dementias: a review of the literature*. J Music Ther 1997;34:204-45.
- <sup>2</sup> Koger SM, Chapin K, Brotons M. *Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature*. J Music Ther 1999;36:2-15.
- <sup>3</sup> Koger SM, Brotons M. *Music therapy for dementia symptoms*. Cochrane Database Syst Rev 2000;2-3:CD001121.
- <sup>4</sup> Trabucchi M. *Le Demenze*. Utet 2003.
- <sup>5</sup> Padoani W, Marini M. *Altre tecniche e approcci psicoterapeutici*. In: Scocco P, De Leo D, Pavan L, eds. *Manuale di Psicoterapia dell'Anziano*. Torino: Bollati Boringhieri 2001, pp. 200-219.
- <sup>6</sup> Raglio A, Manarolo G, Villani D. *Musicoterapia e Malattia di Alzheimer: proposte applicative e ipotesi di ricerca*. Torino: Cosmopolis 2001.
- <sup>7</sup> Benenzon RO. *Manuale di musicoterapia*. Roma: Borla 1984.
- <sup>8</sup> Stern D. *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books 1985.