

Musica e ritmi nella riabilitazione della persona con demenza

FLORA INZERILLO

Desidero innanzitutto ringraziare il Prof. Aldo Messina per avermi dato la possibilità di conoscere dal vivo uno dei miei miti della mia generazione, Giulio Rapetti in arte Mogol, ma lo ringrazio anche per offrirmi l'opportunità di parlare di Musicoterapia in ambito clinico/riabilitativo, disciplina di cui mi occupo ormai da quasi 20 anni.

Oggi abbiamo avuto modo di scoprire come la musicalità del nostro cervello si manifesta nel corso dello sviluppo, facilitando e caratterizzando alcuni comportamenti di base all'interno dello sviluppo evolutivo definito "normale". Adesso è il caso di capire come è possibile intervenire attraverso l'universo sonoro con soggetti che presentano svariate patologie croniche e/o degenerative, cercando di comprendere nei termini più scientifici possibili cosa si intende per musicoterapia. Mi piace pertanto riportare la definizione più acclamata di musicoterapia che ne dà l'associazione mondiale di musicoterapia:

"La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione ed altri rilevanti obiettivi terapeutici, al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira dunque a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che questi possa meglio realizzare l'integrazione intra e interpersonale e conseguentemente possa migliorare la qualità della vita grazie ad un processo preventivo, riabilitativo e terapeutico".

Da una tale definizione potete ben comprendere come ne consegua una formazione seria, attenta e consapevole, da qui la scelta di una istituzione deputata alla formazione in musicoterapia che risponda quantomeno ai criteri europei richiesti in materia di musicoterapia. In quanto il terapeuta deve con responsabilità utilizzare l'elemento sonoro ed i suoi parametri per aprire canali di comunicazione spesso alternativi al linguaggio convenzionale, diventando esso stesso mezzo e strumento della relazione terapeutica. In altri termini qualunque intervento di musicoterapia deve consentire al musicoterapeuta di contattare nel soggetto, a seconda dell'età e della patologia, il livello sensoriale, motorio, cinestesico, percettivo e rappresentativo che gli è proprio, livello comunque caratterizzato da competenze espressive e comunicative spesso bloccate o distorte. Per far questo il musicoterapeuta si serve di quelli che Rolando Benenzon chiama strumenti intermediari, che rappresentano gli strumenti musicali che si utilizzano nel Setting di musicoterapia e che comprendono gli strumenti musicali convenzionali ma anche quelli non convenzionali.

Lo strumento relazionale più importante del Setting è senz'altro il **corpo**, non soltanto del terapeuta, che avrà il compito di amplificare attraverso il proprio corpo i vissuti provenienti dai pazienti e restituirglieli in termini sonori/ritmici, ma soprattutto il corpo del paziente, che diventa all'interno della relazione sonora uno strumento simbolico investito di tanti significati e contenitore di rappresentazioni simboliche collegate alle conflittualità personali ed indicatore diretto della natura delle relazioni. Nella mia formazione psicodinamica gruppoanalitica, gli aspetti corporei sono sempre interconnessi agli aspetti psichici. Infatti *mente* e *corpo* risultano inscindibili dagli aspetti relazionali. L'attenzione che il modello gruppo analitico rivolge agli aspetti corporei, al non verbale, equivale a quella attenzione che occorre mantenere nell'accogliere tutti quegli aspetti psichici che non trovano possibilità di essere mentalizzati, e che nel corpo trovano immediata espressione spesso soltanto attraverso la sintomatologia. È proprio la costruzione di una matrice relazionale, ciò che consentirà la connessione tra gli aspetti mentali e gli aspetti corporei all'interno del setting, confermando e riproponendo ciò che secondo **Gerald Edelman** avviene fin dalla nascita, con la sua teoria del **Darwinismo neurale** e della **selezione dei gruppi neurali**: l'integrazione tra fattori biologici innati e fattori culturalmente appresi può avvenire soltanto attraverso uno scambio relazionale. Ma, tornando all'intervento di musicoterapia in ambito clinico-riabilitativo, cerchiamo di capire chi è il paziente Alzheimer, proprio partendo dal corporeo. Occorre ricordare che la malattia di Alzheimer è un'affezione cerebrale progressiva e irreversibile, che provoca la morte delle cellule nervose. Ha il seguente tasso di incidenza: 5% prima dei 64 anni, 20% tra i 75 e 84 anni, 47% dopo gli 85 anni. Vediamo rapidamente quali sono le fasi della malattia: l'esordio può essere particolarmente subdolo, in quanto non sempre la malattia si manifesta con disturbi strettamente cognitivi, a carico della memoria a breve termine, o a carico dell'attenzione, o con disturbi del linguaggio, per esempio attraverso ad una iniziale anomia, ma il più delle volte l'esordio può manifestarsi attraverso un tono dell'umore deflesso, o manifestazioni ansigene eccessive. In una fase avanzata i sintomi saranno: **Apraxia** (incapacità a compiere movimenti coordinati e finalizzati) e **Agnosia** (si riconosce la forma ma non il significato dell'oggetto). **Disturbi cognitivi** (attenzione, concentrazione e orientamento spazio-tempo). **Disturbi del comportamento e della condotta** (affaccendamento afinalistico, wandering). **Sintomi psichici**: apatia, anosognosia (non si ha la percezione della malattia) disturbi della percezione. Infine, nella fase invalidante subentrano dei **disturbi sensoriali e motori** complessi (compresa la prosopagnosia, caratterizzata dalla incapacità a riconoscere i volti familiari e anche il proprio volto). Ciò che viene intaccata maggiormente è l'identità sociale, che richiede l'interazione con gli altri, tuttavia nel corso dell'attività clinica, si è potuto notare che il paziente conserva sempre una propria identità personale. Per la gruppoanalisi

Psicoterapeuta/musicoterapeuta, U.O.C. Geriatria, A.O.U. Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Autore per la corrispondenza: Flora Inzerillo, e-mail: florainzerillo@gmail.com

sono proprio gli stimoli culturali che consentono di mantenere quel residuo di **identità personale**, intendendo per personale anche *sociale* e *grupale* contemporaneamente, in riferimento al concetto di **transpersonale** così come è trattato dal professore Girolamo Lo Verso: “L’insieme delle relazioni che il soggetto interiorizza e si rappresenta a partire dalla sua nascita e che divengono parte costitutiva della totalità del suo mondo interno”. (G. Lo Verso, 1989). Tutto ciò di cui stiamo parlando è reso possibile da una certezza: **la plasticità del nostro cervello**.

Della teoria di Gerald Edelman ne avevamo già accennato; grazie a Kandel, abbiamo la conferma che la capacità di un soggetto di determinare il tipo di proteine sintetizzate a livello cellulare, può essere influenzata dall’esperienza che l’essere umano fa del suo stare al mondo. Le ultime ricerche nell’ambito neurobiologico dimostrano che: il cervello è aperto all’esperienza assumendo non soltanto precise connotazioni strutturali, ma soprattutto connotazioni funzionali a seconda delle basi genetiche ed esperienziali che caratterizzano la singola persona (**essenza relazionale della mente**, Siegel, 1999). Il fenomeno che meglio di altri spiega la natura relazionale della mente è il fenomeno della **RIDONDANZA**: a parità di strutture cerebrali danneggiate (ad es. area di Broca - piede della terza circonvoluzione frontale dell’emisfero sinistro), si è visto che alcuni soggetti riescono a mantenere o a riacquisire la funzione collegata alla particolare struttura, nella fattispecie la funzione produttiva del linguaggio, altri la perdono irrimediabilmente. Tutto ciò è favorito dall’attivazione di una particolare categoria di neuroni, individuati dal gruppo di ricerca di Gallese e Rizzolatti, definiti **neuroni specchio**. Si è visto che tali neuroni sono localizzati in alcune aree cerebrali deputate per lo più a regolare le *intenzioni, le emozioni e la sensorialità*. Tali neuroni risultano particolarmente sollecitati dall’elemento sonoro-musicale, in quanto localizzati in alcune delle reti neurali coinvolte nella trasmissione del sonoro. Quali sono le reti neurali coinvolte nella trasmissione del sonoro?

RETE NEURALE DEL LINGUAGGIO: è formata da quelle aree responsabili della corretta funzione del linguaggio, sia sul versante espressivo-motorio che su quello sensoriale (modello di Lichtheim, 1985);

RETE NEURALE ATTENZIONALE: responsabile della funzionalità spaziale e di tutta la funzionalità che riguarda la sfera della rappresentazione;

RETE NEURALE FRONTALE: le cui aree sono responsabili delle corrette funzioni esecutive nonché del comportamento.

Ma quale è la via che segue l’input sonoro, dal momento in cui colpisce l’organo uditivo? Qualunque tipo di stimolo sonoro dall’organo uditivo viene trasmesso ad un livello prima sottocorticale, coinvolgendo strutture **limbiche come l’amigdala, l’ippocampo e i corpi mammillari e poi procede** con l’attivazione delle strutture **somatico-viscerali**, coinvolgendo **talamo ed ipotalamo** per arrivare all’attivazione delle **strutture corticali** deputate alla rappresentazione mentale e alla mentalizzazione. Tale percorso seguito dallo stimolo sonoro spiegherebbe le reazioni possibili che l’ascolto di una musica (qualunque sia la sua connotazione) può produrre:

- una **reazione di tipo viscerale**, laddove lo stimolo sonoro coinvolgendo il diencefalo e attivando gran parte dei nostri sistemi organici, è in grado di produrre inconsapevolmente e meccanicamente movimenti di viscere e attivazione muscolare;

- una **reazione emozionale-pura**, ad esempio ridere o piangere senza una ragione, prodotta sempre dall’attivazione emotiva sottocorticale;
- una **reazione evocativa-immaginativa**, che riguarda la produzione di ricordi anche attraverso la **sinestesia**, in quanto l’attivazione delle strutture limbiche regola emozioni, spinte motivazionali ma anche la memoria; più lo stimolo sonoro è connotato in termini affettivo-culturali, più si avrà il coinvolgimento di quelle strutture corticali deputate a tutta l’attivazione immaginativa.

Quindi nel contesto emozionale, i neuroni specchio assumono grande importanza, in quanto regolano le strategie di adattamento alle situazioni ambientali. In questi ultimi anni diverse prove scientifiche hanno dimostrato che l’attivazione di un particolare circuito neurale che include **amigdala e insula**, assume grande importanza:

- nel riconoscimento di espressioni facciali di emozioni di base (paura, felicità, rabbia, disgusto, sorpresa, tristezza);
- nell’integrazione e trasformazione degli input sensoriali in reazioni viscerali (D. **Freedberg**, 2011, V. **Gallese**, 2010).

Contemporaneamente la scienza dello stress ha dimostrato che gli stress psicosociali determinano un aumento dei livelli di cortisolo (ormone che normalmente regola le risposte di attacco e fuga), creando un danno irreversibile a strutture cerebrali come l’ippocampo e predisponendo il soggetto a: depressione, malattia d’Alzheimer e malattie autoimmuni. Tra i meccanismi di azione negativa sembrerebbe confermato quello che vede la correlazione tra forte stress psicosociale e riduzione della lunghezza dei telomeri leucocitari, con un rallentamento della replicazione cellulare. Per controbilanciare l’effetto dello stress ci viene in aiuto il così detto **circuito della bellezza**. Le strutture coinvolte in tale circuito sono proprio **l’ippocampo e il nucleo caudato** che correlano positivamente con stimoli sensoriali piacevoli, la cui modificazione neurofisiologica determina, a livello neurochimico, ciò che accade durante l’innamoramento con la maggiore produzione di **Dopamina, Noradrenalina e Fenil-etilamina**. In una fase successiva e precisamente quando alla passione subentra l’affettività e si costruisce il legame, si riducono i livelli di serotonina, vengono prodotte in **grande quantità endorfine**, dall’azione rilassante, e **ossitocina e vasopressina**, anche chiamati “**ormoni delle coccole**”. Capite bene come acquista particolare importanza, ai fini del mantenimento di un benessere psicofisico, l’ascolto delle cosiddette **musiche del cuore**. Grazie agli studi portati avanti dalla **fondazione Mariani** sappiamo che la musica che amiamo è elaborata dal **lobo temporale destro** che, assieme al **lobo parietale destro** risulta essere più sviluppato nei cervelli dei musicisti, in quanto suonare uno strumento richiede l’autoregolazione di meccanismi di sensibilità, movimento e memoria. Ma tornando all’intervento di musicoterapia cerchiamo di capire come sia possibile attivare tale circuito della bellezza con pazienti con malattia di Alzheimer. Ciò è possibile attraverso un lavoro sonoro che vada a stimolare le cosiddette **sinestisie**. La sinestesia è un residuo di un’antica modalità percettiva utilizzata dal bambino piccolo nel corso dei primissimi mesi di vita quando ancora le sensorialità risultano **aspecifiche e indifferenziate**. È stato **Daniel Stern** che, studiando tale tipo di percezione da lui definita **amodale**, ha reso chiaro questo stile percettivo arcaico che comporta diversi incroci sensoriali. Nel corso dello sviluppo, la sensorialità si specializza,

tuttavia la modalità sinestesica non decade del tutto e torna ad essere utilizzata in alcune situazioni particolari: ad es. in presenza di sollecitazione prodotta da sostanze, o in presenza di deficit sensoriali specifici o nel corso dell'invecchiamento sia patologico che non. Quindi utilizzando la percezione sinestesica all'interno di un setting caratterizzato da *dis-evoluzione* come nel caso della malattia di Alzheimer, l'intervento musicoterapico si potrà porre come obiettivo l'armonizzazione delle esperienze relazionali sensoriali, percettive e affettive del paziente in linea con gli obiettivi stabiliti dalla riabilitazione cognitivo-comportamentale (ROT), che aiutano il paziente nel **Riorientamento**, nella **Reminiscenza** e nella **Rimotivazione**. L'intervento Musicoterapico avrà come vertice di osservazione quello che attiene al modello MENTE-CORPO-RELAZIONE, il quale attribuisce importanza alle dimensioni affettive, relazionali, sociali e alla presenza del corpo, dello sguardo e alla gestualità attraverso l'utilizzo guidato e pensato dell'elemento sonoro /musicale e dei suoi parametri:

- **RITMO**: come attivatore e **regolatore del livello senso-motorio**;
- **MOVIMENTO**: come elemento che promuove la **riacquisizione** dei concetti **spazio/temporali**;
- **ALTEZZA DEI SUONI**: per ricreare **aggiustamenti** e modificazioni **nell'auto e nell'eteropercezione**;
- **DURATA DEI SUONI**: per sviluppare la capacità di attribuire **nuovi significati sonori ad uno stesso fraseggio**;
- **INTENSITÀ**: per lavorare sulla espressione e sulla **regolazione delle emozioni**;
- **TIMBRI STRUMENTALI**: per cogliere le **analogie** e le **differenze** all'interno della vasta gamma di **coloriture affettive**.

L'effetto **trasformativo/terapeutico dei suddetti parametri** si esplicita attraverso **tecniche** via via **ricalibrate** e riadattate in base al tipo di set(ting) che può essere individuale o grupppale.

Bibliografia

- Benenzon R. Manuale di Musicoterapia. Borla, Roma, 1998.
- Benenzon R. Musicoterapia. Phoenix, Roma, 1999.
- Edelman GM. Il darwinismo neurale. Einaudi, Torino, 1995.
- Fonagy T, Target M. Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Freedberg D. Il Potere delle immagini. Il Mondo delle figure: reazioni e emozioni del pubblico. Piccola Biblioteca Einaudi, Bologna, 2009.
- Gaita D. Il pensiero del cuore: musica, simbolo, inconscio. Bompiani, Milano, 1991.
- Gallesse V. Corpo e azione nell'esperienza estetica. Una prospettiva neuro scientifica, in *Mente e Bellezza*. 2010.
- Inzerillo F. Fattori Trasformativi Gruppoanalitici e Fattori Terapeutici della Musicoterapia a confronto. in *Rivista Gruppi* (a cura di F. Angeli). 2002;vol.3, n.2, maggio/agosto.
- Inzerillo F. L'incapsulamento sonoro: forme di ritiro autistico sonoro in un caso di demenza senile, in *Le Cure Musicali* a cura di G. Manarolo ed. Cosmopolis; Febbraio 2012.
- Inzerillo F. La Riabilitazione Musicoterapica con i pazienti geriatrici. *Giornale di Gerontologia*. Aprile 2009;vol. LVII, n.2.
- Lingiardi V, Mc Williams N. Manuale diagnostico psicodinamico - PDM. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- Lo Verso G. Le relazioni Soggettuali. Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Lo Verso G, Di Blasi M. Gruppoanalisi soggettuale. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.
- Kandel ER. Arte e neuroscienze. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.
- Postacchini PL. Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia, in *Musica e Terapia*, 5, Edizioni Cosmopolis, Torino, 2002.
- Rizzolatti G, et al. Specchi della mente, in *Le scienze*. 2006, n.460.
- Rizzolatti G, Sinigaglia C. So quel che fai. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Stern DN. Il mondo interpersonale del bambino. Boringhieri, Torino, 1987.
- Tomatis A. L'orecchio e la voce. Baldini Castoldi, Milano, 1987.
- Villani D, Raglio A, Cotelli M. Musicotherapy and dementia. *Giornale di Gerontologia*. 2004; vol.52, n.5.