I luoghi della cura
Anno II - N. 1 - 2004

Musicoterapia e malattia di Alzheimer

Daniele Villani

Istituto Ospedaliero di Sospiro (CR)

Introduzione

In occasione dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia della World Federation of Music Therapy, la musicoterapia è stata così definita: "La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia, armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in un rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, l'espressione, l'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 scopo 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" (Raglio et al., 2000).

Così definita, la musicoterapia si caratterizza per l'esistenza: 1) di un setting strutturato; 2) di un modello metodologico di riferimento; 3) di un operatore qualificato.

Ci è sembrato utile, prima di entrare nel merito del ruolo della musicoterapia nella malattia di Alzheimer, identificarne bene le caratteristiche, riportando una definizione condivisa dalla comunità scientifica internazionale.

Accade spesso, infatti, che vengano definiti come musicoterapia interventi che, pur utilizzando la musica e gli strumenti musicali, non sono compatibili con la definizione di cui sopra. L'ascolto di brani musicali noti, la caratterizzazione di fasi della giornata sulla base di certe melodie, l'utilizzo di particolari musiche volte ad ottenere un effetto rilassante, possono avere una precisa finalità e magari una buona efficacia, ma non rientrano nella sfera di ciò che oggi definiamo musicoterapia.

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 rasserenante 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 un po' di tranquillità, magari dopo una giornata convulsa (è interessante a questo proposito il ruolo che giocano i fattori culturali e anagrafici sulle preferenze musicali, per cui la stessa musica "techno" che ha effetto rilassante su un adolescente può esasperare un anziano, e viceversa un corale di Bach...). Il secondo aspetto noto della musica è il suo forte potere mnestico. Il riascolto di un brano musicale può evocare con molta precisione un episodio della nostra vita, ricostruendo nella nostra mente non soltanto le caratteristiche temporali e spaziali dell'episodio, ma anche lo stato d'animo che caratterizzava quella circostanza ("la nostra canzone" è forse l'esemplificazione più immediata, anche se non quella culturalmente più raffinata, di questo fenomeno). Il ruolo che la musica ha sugli aspetti non-cognitivi (effetto rilassante) e su quelli cognitivi (effetto evocativo) è forse, in alcune circostanze, interdipendente, nel senso che l'evocazione di un momento positivo può indurre rilassamento e serenità.

Queste semplici osservazioni sull'influenza che la musica può avere sull'affettività e sulla memoria delle persone ci portano all'ipotesi che la musica possa agire in maniera positiva anche sulla persona malata assumendo un profilo "terapeutico", particolarmente quando la malattia colpisce la mente, le sue funzioni cognitive e non cognitive. Musica e medicina sono fra loro collegate nelle culture più antiche, come la cinese e l'indiana, ma anche nella cultura europea troviamo esempi dell'utilizzo curativo: della musica (il canto gregoriano privo di componenti ritmiche e molto sviluppato sul piano melodico, collegato all'andamento del respiro umano, veniva utiliz-

zato dai monaci francesi di Cluny nell'XI secolo per alleviare le sofferenze dei morenti: la cosiddetta "infirmary music".
La musicoterapia nasce e si sviluppa prevalentemente in ambiente psichiatrico, costruendo nel campo delle psicosi la maggior parte del suo corpus teorico e della sua esperienza pratica (Raglio et al., 2001).
L'estensione dell'utilizzo della musicoterapia al campo delle demenze e quindi la sua diffusione in ambito geriatrico, è legata sostanzialmente a due motivi: il ruolo che i disturbi della memoria e del comportamento hanno nella malattia di Alzheimer, che ne fanno un ideale banco di prova per la musicoterapia; le scarse risorse terapeutiche a nostra disposizione nei confronti delle demenze, che hanno portato alla ricerca e allo sviluppo di trattamenti non-convenzionali, tra i quali appunto si colloca l'utilizzo della musica.
Come si diceva all'inizio, un requisito della musicoterapia è il riferimento a una metodologia specifica. I modelli musicoterapici accreditati dalla World Federation of Music Therapy sono cinque: l'approccio Nordoff-Robbins basato sull'improvvisazione creativa, quello comportamentale di Madsen, quello psicoterapico ricettivo di Bonny, l'approccio junghiano di Priestley, l'approccio attivo relazionale, psicodinamico di Benenzon (1998). A quest'ultimo, utilizzato nel nostro istituto per molti anni in ambito psichiatrico e da tre anni nelle persone affette da malattia di Alzheimer, faremo riferimento nel corso dell'articolo (Raglio, 2002).
In geriatria numerose sono le esperienze di "animazione musicale". La loro finalità comune è la ricerca di una situazione di benessere in un contesto di socializzazione; nell'animazione musicale l'operatore formula proposte, generalmente pensate a priori, 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 con lo scopo di attivare momenti di verbalizzazione; *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 classica, musica preferita) possa agire con qualche efficacia riducendo, soprattutto nelle demenze, i disturbi comportamentali, migliorando il tono dell'umore o la socializzazione.

Indicazione applicative

Perché, dunque, la musicoterapia nella malattia di Alzheimer?
Nella teoria psicologica di Stern (1985), cui fanno riferimento le tecniche musicoterapiche da noi utilizzate, si fa riferimento ad un "universo affettivo primario" che si colloca nel periodo pre-verbale dello sviluppo, che permane in tutta la vita dell'individuo, ed è caratterizzato da aspecificità percettiva (amodalità) e contemporanea attivazione di più canali sensoriali (sinestesia).
Il suono e la musica si collocano nell'ambito di queste esperienze arcaiche che la musicoterapia tende a recuperare in un malato che, come il malato di Alzheimer, ha perduto molte capacità relazionali, in particolare quella verbale.
Con queste premesse teoriche è possibile ipotizzare che il suono e la musica attivino modalità espressive 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.
Vediamo ora qualche aspetto operativo, derivato dalla nostra esperienza con i malati di Alzheimer.

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 (Clinical Dementia Rating Scale) da 1 a 3, anche con gravi disturbi psichici e/o 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 esempio): 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 verranno utilizzati anche durante il trattamento. Se le condizioni cognitive del malato lo consentono, è utile spiegargli 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, ecc.) risulta essere disturbante e talvolta interferente nel trattamento. Bisogna anche prestare attenzione ad alcuni aspetti organizzativi, come l'accompagnamento delle persone da parte di operatori 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 questi 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 importanti 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, allontamento/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 offre interessanti prospettive di efficacia. Alcuni aspetti devono essere ancora chiariti, altri devono con fermezza essere tutelati.

- È necessario che la musicoterapia assuma in modo sempre più netto i caratteri di una disciplina scientifica, che si muove entro regole precise, abbandonando fumosità ed esoterismi che non giovano a nessuno, tanto meno ai malati; altre forme di utilizzo della musica (l'animazione musicale, l'ascolto) hanno sicuramente diritto di cittadinanza nella complessità della *care* dei dementi, ma è bene chiarire che esulano dalla sfera della musicoterapia.
- 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.); le prime osservazioni ci fanno ritenere che la musicoterapia possa agire positivamente sulle capacità relazionali dei dementi, riducendo, forse in modo conseguente, i disturbi del comportamento (Puerari et al., 2000).
- È sempre necessaria una valutazione parallela dei risultati: quella tecnica, condotta dai musicoterapisti nel laboratorio di musicoterapia; quella ecologica, condotta dall'équipe di reparto. 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.
- La musica, arte suprema, linguaggio universale di ogni popolo e di ogni razza, fonte delle emozioni più profonde e appassionate di ogni essere umano, deve essere guardata e "trattata" con grande rispetto: o la si lascia liberamente fluire, ascoltare, godere, o la si inserisce in una cornice di regole e scientificità. L'utilizzo maldestro della musica in medicina è, in ultima analisi, grave mancanza di rispetto per la musica e per il malato, per l'arte e per l'uomo.

BIBLIOGRAFIA

- Benenzon R.O. *La nuova musicoterapia.* Ed. Phoenix, Roma, 1998.

- Puerari F., Raglio A., Ubezio M.C., Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: un'esperienza di ricerca.* VL Congresso Nazionale Società Italiana Gerontologia e Geriatria, Firenze, 22-26 novembre 2000.

- Raglio A., Manarolo G., Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer. Proposte applicative e ipotesi di ricerca.* Ed. Cosmopolis, Torino, 2000.

- Raglio A., Puerari F., Ubezio M.C., Villani D. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer: una revisione della letteratura.* Demenze, 2:10-16, 2001.

- Raglio A. *Musicoterapia e malattia di Alzheimer,* Ed. Cosmopolis, Torino 2002.

- Stern D.N. *The interpersonal world of the infant.* Basic Books, New York, 1985.