

INDICE

Introduzione	3
Capitolo primo – La Marginalità	5
1.1 Storia della Marginalità	5
1.2 La salute Mentale nella storia	7
1.3 La legislazione e la lotta all’inclusione	10
Capitolo secondo – Il ruolo dell’Educatore Professionale nel processo di Inclusione ...	14
2.1 Il modello Bio-Psico-Sociale	14
2.2 La relazione Educativa	16
2.3 L’Educatore Professionale nella Salute Mentale	17
Capitolo terzo – La Musicoterapia come strumento Educativo	20
3.1. Storia della Musicoterapia	20
3.2 Gli utilizzi e i campi d’applicazione	27
3.3 Il setting Educativo e Musicoterapico	32
Capitolo quarto – Progetto di Musicoterapia presso la SRR di Jesi	39
4.1. La Struttura Residenziale Riabilitativa	39
4.2 Il progetto Educativo	44
4.3 Attività e Tecniche	48
Conclusioni	55
Bibliografia	57

*Nuovi mezzi cambiano le metodologie, nuove
metodologie cambiano l'esperienza e nuove
esperienze cambiano l'uomo. Ogniqualvolta noi
ascoltiamo suoni, noi cambiamo.*
Karlheinz Stockhausen

INTRODUZIONE

La presente tesi affonda le radici nell'esperienza di tirocinio nel campo della salute mentale, svoltasi durante il mio secondo anno di corso di Laurea in Educazione Professionale presso l'Università Politecnica delle Marche. Durante quel periodo, in concomitanza con il percorso formativo da Educatore Professionale, stavo completando il ciclo di studi triennale per diventare musicoterapeuta. Tuttavia, a causa della pandemia da COVID-19, non avrei potuto svolgere il tirocinio conclusivo necessario per completare la mia formazione in musicoterapia.

Nonostante ciò, ho avuto l'opportunità di iniziare il tirocinio del secondo anno come Educatore Professionale. Quest'esperienza ha rappresentato il mio primo approccio pratico come Educatore Professionale, poiché il tirocinio del primo anno non era stato attivato a causa delle restrizioni legate alla pandemia. Questo tirocinio, della durata di sei mesi, mi ha consentito di approfondire la conoscenza delle patologie psichiatriche, attraverso visite domiciliari a persone assistite dal Centro di Salute Mentale (CSM) di Jesi. Durante queste visite, ho ascoltato frammenti delle loro storie personali, esperienza che mi ha arricchito sia dal punto di vista personale che professionale.

Ma la parte più significativa del mio tirocinio si è svolta all'interno della Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR), dove ho avuto la possibilità di condividere la quotidianità con gli utenti della struttura. Ciò mi ha offerto l'opportunità di partecipare attivamente a molti momenti della giornata, permettendomi di conoscere a fondo e instaurare relazioni educative con ciascun utente.

In questo contesto, ho avuto l'opportunità di utilizzare e avviare un progetto di musicoterapia che avesse finalità educative, per favorire lo sviluppo delle dinamiche di gruppo, promuovere la socializzazione e valorizzare l'unicità di ciascun utente.

Questa tesi intende condividere le riflessioni e l'esperienza acquisita nell'utilizzo della musicoterapia come strumento nelle mani di un Educatore Professionale per favorire il processo di cura nella malattia mentale. Il lavoro si propone di esaminare il percorso della cura nella salute mentale, partendo da una breve prospettiva storica che traccia l'evoluzione delle pratiche terapeutiche dalla fine del medioevo alla prima modernità e fino ai giorni nostri. Successivamente, la tesi si concentrerà sull'utilizzo della musicoterapia per attuare un percorso educativo riabilitativo.

Il primo capitolo analizzerà la storia della marginalità e dei soggetti esclusi dalla società. Saranno esaminate le varie definizioni di "pazzia" presenti nei primi dizionari della lingua italiana e come questa etichetta si sia evoluta nel tempo. Verranno illustrate le antiche modalità di cura delle patologie mentali, evidenziando i cambiamenti avvenuti nel passaggio dalle concezioni tradizionali alle nuove scoperte scientifiche e alle leggi che hanno rivoluzionato le modalità e il concetto di cura nel campo della salute mentale.

Il secondo capitolo esaminerà il modello bio-psico-sociale e il ruolo dell'Educatore Professionale nel processo di cura e inclusione dei soggetti affetti da patologie psichiatriche. Si focalizzerà sul concetto di educazione e sull'importanza della relazione educativa nel processo di inclusione delle persone marginalizzate.

Il terzo capitolo esplorerà il potenziale della musicoterapia come mezzo educativo e riabilitativo, attraverso l'analisi della storia della musicoterapia, delle sue applicazioni e del suo ruolo nei contesti educativi e terapeutici. La musicoterapia sarà presentata come uno strumento versatile in grado di adattarsi alle diverse esigenze.

Infine, il quarto capitolo presenterà il progetto di musicoterapia finalizzato al raggiungimento di obiettivi educativi, condotto insieme alla mia tutor di tirocinio presso la Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR) di Jesi. Verrà illustrato come la musicoterapia possa incrementare e potenziare il lavoro dell'Educatore Professionale, contribuendo all'inclusione e al benessere degli utenti.

Capitolo primo

LA MARGINALITÀ

1.1 Storia della marginalità

La marginalità è un ampio concetto che si riferisce alla posizione di alcuni individui o gruppi di persone, che occupano uno spazio ai confini della società.

Questo spazio simbolico è situato nel limite esterno, dove una parte della popolazione, trovandosi in una condizione di svantaggio sociale, economico, culturale o politico, viene spinta a occupare quello che potremmo definire come il “luogo dell’escluso”.

Questi concetti si riferiscono al fatto che la marginalità sociale è intrinsecamente collegata alla struttura della disuguaglianza. La figura del marginale ha quindi una qualità distintiva, quella di appartenere alla categoria del “diverso”. I soggetti che rientrano in questa categoria occupano una posizione periferica rispetto a coloro che detengono un ruolo centrale nella società.

L’enciclopedia Treccani definisce che *«è un soggetto marginale (sia esso un gruppo o un individuo) chi è distante dal centro del sistema sociale cui appartiene (occupa cioè una posizione periferica) ed è prossimo ai confini che separano tale sistema dall’ambiente esterno (o da altri sistemi).»*¹

Per molti secoli, la storia si è concentrata esclusivamente sulle classi dominanti, osservando e descrivendo solo coloro che occupavano il centro della società e detenevano il potere. La storia del popolo e, in particolare, dei marginali, non veniva presa in considerazione, perché vista come qualcosa di superfluo e di residuo.

L’interesse da parte degli storici per i soggetti ai margini della società nacque nel momento in cui iniziò ad avvenire un cambio di paradigma nei confronti del diverso e le questioni di integrazione e di inclusione fecero breccia nella società.

*«Come ascoltare la voce dei marginali del passato quando, per definizione, essa venne sistematicamente soffocata dai detentori del potere, che parlavano dei marginali, ma non li lasciavano parlare?»*² Con questa provocazione Schmitt evidenzia le difficoltà nel trovare documenti che possano raccontare le storie dei soggetti marginali. Tuttavia queste

¹ Definizione tratta da dizionario online Treccani <https://www.treccani.it/enciclopedia>

² JACQUES LE GOFF, *La nuova storia, saggio: La storia dei marginali*, Jean-Claude Schmitt, Milano, A. Mondadori, 1980, pp. 283

fonti esistono, ma prevalentemente da un punto di vista centro-periferia, raramente viceversa; poiché la storia del popolo comune è stata spesso trascurata e ignorata, così come lo sono stati gli individui marginalizzati.

Solo negli ultimi decenni, la storiografia ha iniziato a riconsiderare questa prospettiva, cercando di recuperare le storie delle persone comuni e di coloro che erano stati precedentemente ignorati. Questo rinnovato interesse per la storia dei marginali ha arricchito notevolmente la comprensione del passato, permettendo di fare luce sui dettagli nascosti e sulle complesse dinamiche sociali che hanno plasmato le società nel corso dei secoli.

Alla fine del Medioevo il trattamento delle diversità e dei soggetti marginali ha iniziato a modificarsi, dando origine alla categoria del soggetto “anormale”, un insieme di persone non erano conformi all’idea di normalità, che, a partire dal XVII secolo, è andato a coabitare con chi già da tempo occupava il “luogo dell’esclusione”, i lebbrosi; da secoli gettati oltre i confini delle città, internati e segregati.

A partire dalla seconda metà del ‘600, però, i “diversi” iniziarono a essere riconosciuti come *«una molteplicità di soggetti caratterizzati da una sostanziale eterogeneità: la popolazione che affollava gli spazi degli istituti deputati all’internamento era ascrivibile alle più svariate configurazioni sociali di ribelli, fannulloni, bugiardi, ubriaconi, mendicanti, impudichi, bestemmiatori, profanatori, libertini, deliranti.»*³, una varietà di persone ritenute inadeguate a convivere nella medesima struttura sociale.

Ma, mentre nel tardo Medioevo e nel Rinascimento, vi erano delle imbarcazioni dirette verso il mare aperto cariche di persone “anormali”, espulse e lasciate a loro stesse; con l’avvento della prima modernità, tra il XVII e il XVIII secolo, il destino di queste persone divenne la reclusione.

*«Lo scopo della pratica dell’internamento è quello di purificare il tessuto sociale, di controllare gli asociali, di punirli in maniera individualizzata e, così facendo, di mantenere pura la ragione collettiva.»*⁴

La paura, l’angoscia sociale, l’amoralità, l’esigenza della purezza e del buon ordine vennero condensate nella figura del “folle”. In essa venne racchiuso tutto ciò che si voleva

³ PIERAGELO BARONE, *Pedagogia della marginalità e della devianza, Modelli teorici, questione minorile, criteri di consulenza e intervento*, Milano, Edizione Angelo Guerini e Associati s.r.l., 2019

⁴ ROBERTO MANCINI, *Le logiche del male, teoria critica e rinascita della società*, Torino, Rosenberg & Sellier, 2012, p.107

espellere dalla società, poiché la prima modernità si distingueva dai periodi precedenti a causa dell'importanza data alla ragione sopra ogni cosa. Ma, se in epoche precedenti, la follia, così come la malattia e la disabilità, poteva essere concepita con occhio caritatevole e persino come parte dell'esperienza spirituale del mistero divino, con l'avvento della prima modernità, la ragione separa le diversità fisiche da quelle psichiche e identifica nella follia il punto di incontro tra l'umanità e l'animalità, una miscela che fonde il peggio di entrambe le parti, dando luogo al "mostroso". Il male venne impersonificato e allocato nel diverso, piuttosto che affrontato e compreso. Esso divenne il portatore di rischio per la collettività e fu necessario allontanarlo, rigettarlo, disconoscerlo e recluderlo.

Venne proposto così, a partire dal XIX secolo, il trattamento specifico per ogni diversità, come l'asilo psichiatrico per i folli, le carceri per chi aveva commesso dei reati, le case di correzione e gli istituti di sorveglianza per vigilare, contenere e rieducare i più giovani ritenuti responsabili di reati.

Il diverso fu considerato dalla collettività come soggetto deviante per sé stesso e per la società, provocando in essa una risposta espulsiva e repressiva.

Solo a cavallo tra '800 e '900, la follia fu analizzata più scientificamente e categorizzata in base alle tipologie di comportamento deviante manifestato. Questo passaggio ha posto le basi per osservare il soggetto "anormale" nelle sue caratteristiche individuali e per costruire una conoscenza epistemologica basata sull'organizzazione dei saperi e sulle teorizzazioni, provocando a cascata, cambiamenti in ambito medico, politico, giudiziario e in parte anche sociale.

1.2 La salute mentale nella storia

Negli ultimi tre secoli i dizionari e le enciclopedie hanno mostrato un cambiamento delle definizioni e degli approcci riguardo lo stigma sociale, la marginalità e la salute mentale. Il Dizionario della Crusca del 1733 riporta il concetto di "pazzia" come una forma di mancanza del discorso e della ragione, che si contrappone alla saggezza riferita alla condotta nella vita pratica. Questa definizione, collegata allo stigma sociale premoderno, è fortemente ancorata a giudizi morali i quali implicano l'impossibilità di avere un dialogo fra le parti e l'incapacità delle persone considerate "pazze" di partecipare alla vita sociale e civile.

Nel 1861, il Dizionario Tommaseo-Bellini, più di un secolo dopo, affronta la descrizione di pazzia sotto una chiave di lettura sintomatica. Parla di “frenesia” come rappresentazione massima del grado di pazzia e la distingue dal “furore” che invece viene considerato come una manifestazione connessa agli impulsi di rabbia. Queste differenziazioni descrivono la pazzia lasciando trapelare un’osservazione di tipo medico. Il testo sostiene infatti che gli episodi di furore, legati alla passione e alle emozioni intense, possono ancora essere esperienze umane comuni, non necessariamente vengono associate alla pazzia. Quest’ultima, invece, viene vista come una forma di alienazione, sia nella mente sia nell’anima, caratterizzata da una fissazione su un oggetto non connesso alla realtà. In questo periodo iniziano a vacillare, in maniera non del tutto consapevole, i confini tra sanità e malattia, distinguendo però gli episodi di furore nelle persone normali, collegati ad una mancanza di moralità, da quelli espressi dalle persone “anormali”, dovuti ad una condizione medica.

Il Grande Dizionario del Battaglia del 1961 afferma che il termine “pazzia” è ormai in disuso nel linguaggio medico-scientifico e sottolinea che questa condizione deve essere definita come “infermità mentale” o “malattia mentale”. Questa condizione medica viene descritta come un deterioramento delle facoltà psichiche associate a comportamenti devianti, che possono includere atti di violenza. Nel testo si dà importanza ai progressi nella medicina e come questa differenzi in modo sempre più dettagliato le diverse manifestazioni di psicosi attraverso un’osservazione oggettiva, separando in parte i comportamenti dalla dimensione umana.

Questi progressi nelle definizioni dei dizionari, si muovono di pari passo con i cambiamenti culturali e sociali avvenuti in Italia, manifestati per esempio dalla nascita di riviste come “Appendice psichiatrica”, pubblicata per la prima volta nel 1851 dalla “Gazzetta medica Lombarda” con lo scopo di informare i cittadini sulla malattia e sui manicomi, per creare una rete psichiatrica nazionale per il trattamento e la cura.

In tutta Europa tra ‘700 e ‘800 nascono i primi manicomi, luoghi per l’internamento e la cura dei folli, strutture assistenziali e ospedaliere che si differenziarono dai precedenti ghetti per il trattamento terapeutico basato sul sapere medico-scientifico riguardo la salute mentale. Questa poi negli anni verrà chiamata psichiatria.

Ma, per molti decenni, questo sapere medico-scientifico non fece la differenza tra una condizione pre-manicomiale e manicomiale, poiché questi erano luoghi di reclusione atti a mantenere l'ordine pubblico e non erano presenti trattamenti di tipo terapeutico.

Il primo a parlare di “curabilità” fu Philippe Pinel, un medico di Parigi che nel 1793 decise di liberare dalle catene gli internati e di curare la follia attraverso l'isolamento e l'annotazione quotidiana dei sintomi, con la finalità di scoprire le cause scatenanti. Curare significava “normalizzare” il soggetto malato.

Altri paesi d'Europa nella prima metà dell'800 seguirono il pensiero di Pinel, allocando fuori delle mura urbane il manicomio, e dividendo per sintomi e sesso i diversi malati con il fine di rieducare i soggetti alla moralità attraverso premi e violenze.

Nella seconda metà dell'Ottocento, però, il concetto di manicomio, delineato da Pinel cominciò a vacillare. Questi istituti iniziarono a essere percepiti come luoghi atti a limitare ingiustificatamente la libertà individuale, assomigliando sempre di più a prigioni. In tutta Europa, si diffuse l'idea che questi istituti fossero luoghi brutali, dove gli individui internati si cronicizzavano diventando incurabili, luoghi dove i soggetti subivano una morte anticipatoria pur rimanendo in vita.

Nei primi del '900 nacque l'esigenza di trasformare i manicomi in ospedali gestiti da medici psichiatri. Si comprese che le pratiche di repressione fisica e morale adottate, avevano effetti dannosi sui pazienti. Si intuì, inoltre, che la posizione dei manicomi fuori dalle città e l'isolamento che gli internati avevano subito per secoli, non fossero altro che un retaggio prodotto dall'egoismo sociale e dalla necessità di mantenere l'ordine pubblico.

Fino alla prima metà del XX secolo non ci furono sostanziali cambiamenti nelle modalità di cura dei pazienti affetti da disturbi mentali. Prese però campo il modello biologico, che focalizzava nelle strutture organiche la natura della malattia mentale. Questi trattamenti e metodi di cura non erano più generici come in passato, ma erano mirati e molto più invasivi rispetto a quelli utilizzati in precedenza.

«Mentre il trattamento classico della malattia mentale aveva fino ad allora comportato soprattutto prescrizioni dietetiche, salassi ed evacuazioni per calmare i pazienti, idroterapia e il ricorso ad alcune sostanze vegetali come l'oppio, la canfora e il bromuro, a partire dal secondo decennio del secolo scorso cominciarono ad essere utilizzate

terapie diverse come la malarioterapia, l'insulinoterapia, la lobotomia mentale e l'elettroshock.»⁵

In contemporanea al modello biologico-manicomiale, però, iniziarono ad affermarsi le teorie psicanalitiche di Freud. Grazie ad esso, si posero le prime basi per affrontare il disturbo mentale in modo diverso, con un'attenzione specifica all'osservazione e all'analisi del funzionamento mentale e psichico. Freud avviò il suo lavoro attraverso l'autoanalisi, esplorando profondamente le sue emozioni, i suoi sentimenti e le sue pulsioni interiori. In questo processo, fece una scoperta rivoluzionaria: ciò che accadeva nella follia non era così radicalmente diverso da ciò che si verificava nella normalità.

Questa scoperta modificò il paradigma del concetto di curabilità dell'individuo affetto da disturbi mentali. Inoltre, accanto all'emergere delle teorie psicanalitiche e della psicologia, nacquero discipline come l'antropologia e la sociologia, che offrirono un'osservazione multidimensionale dell'individuo, considerandolo da molteplici punti di vista.

A questo, nel 1952, si aggiunse un altro evento rivoluzionario: la nascita degli psicofarmaci.

Queste due grandi rivoluzioni aprirono le porte a nuovi metodi di trattamento per la cura della malattia mentale e diedero inizio a un approccio terapeutico completamente diverso, basato sulla relazione e sul rapporto tra medico e paziente.

Questa trasformazione segnò un passo fondamentale nell'assistenza ai pazienti affetti da disturbi mentali concedendo loro di ottenere per la prima volta un miglioramento della qualità di vita.

1.3 La legislazione e la lotta all'inclusione

I cambiamenti politici e legislativi, come le grandi scoperte in ambito scientifico, mutano il corso degli eventi.

La storia della salute mentale e della lotta contro la marginalità è stata condizionata da personaggi illustri ed eventi significativi che hanno contribuito a plasmare l'idea che abbiamo oggi di essa. Tuttavia, la storia ha lasciato delle tracce indelebili nella società che persistono ancora oggi. Nonostante i progressi nella teoria e nella pratica, la lotta contro il pregiudizio, la stigmatizzazione e la discriminazione sono temi che non smettono

⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_449_allegato.pdf

di essere affrontati. Non esiste ancora l'idea di una completa integrazione e inclusione sociale, ma la storia della salute mentale e della marginalità ci racconta che il cambiamento è ancora possibile, attraverso nuove scoperte e nuove politiche.

Nel corso della storia abbiamo visto come cambiamenti sociali siano stati influenzati da ideologie e, come queste, a loro volta, siano state influenzate dai cambiamenti sociali.

Prima dell'unità d'Italia avvenuta nel 1861 e fino al 1904, non esisteva una legge che regolamentasse la salute mentale. In tutto il territorio italiano erano operativi 124 centri dedicati all'assistenza psichiatrica e 43 manicomi pubblici, ciascuno dei quali, però, era gestito in maniera totalmente autonoma, fino al febbraio del 1904 quando venne promulgata la legge 36, comunemente chiamata "legge Giolitti". Questo atto legislativo regolamentò e unificò in tutto il territorio italiano gli istituti manicomiali e stabilì le disposizioni riguardanti la custodia obbligatoria di tutte le persone affette da alienazione mentale. La legge Giolitti ebbe un impatto negativamente significativo perché stabiliva una connessione tra malattia mentale e pericolosità sociale, rafforzando il ruolo repressivo ed emarginante dei manicomi che non avevano solo il compito di fornire assistenza alle persone affette da disturbi mentali, ma autorizzava la custodia di coloro che venivano considerati socialmente pericolosi a causa della loro condizione di malattia mentale.

Questa legge rimase in vigore fino al 1978, e, in questo arco di tempo, i manicomi vennero utilizzati come centri di detenzione per tutti gli individui non accettati nella società, in particolare durante il periodo del fascismo. I manicomi vennero così usati per rinchiudere tutte le persone scomode per lo Stato, come anarchici, ribelli, persone con disabilità fisica, stranieri, alcolisti, omosessuali, ebrei e anti-fascisti.

Con la legge Basaglia del 1978 la storia della salute mentale in Italia si trasformò completamente. Questa legge perseguiva tre obiettivi principali: *«Depenalizzare la malattia mentale e regolamentare il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), in un quadro di tutela dei diritti del paziente, oltre che della collettività.*

Favorire, con la chiusura degli ospedali psichiatrici, il recupero sociale, disincentivando la cronicizzazione del ricovero manicomiale.

Suggerire un modello assistenziale allargato nel territorio, facilmente accessibile per gli utenti e fondato sull'interazione interdisciplinare di più figure professionali e di interventi integrati.»⁶

Questi obiettivi portarono ad un nuovo approccio basato sulla cura e sulla deistituzionalizzazione. Dal 1978 in poi, i manicomi furono gradualmente chiusi e sostituiti dai servizi della salute mentale orientati alla comunità e all'inclusione. Grazie a questa legge si stabilisce per la prima volta che la salute mentale è un diritto umano e che i soggetti che affrontano tale difficoltà devono essere trattati con dignità e rispetto.

La lotta per l'inclusione era appena iniziata anche se erano già presenti i semi per un cambiamento sociale all'interno della Costituzione italiana del 1946.

All'interno di questa, si ritrovano importanti valori che regolano i diritti di tutti i cittadini. Nei primi 38 articoli della Costituzione emergono i principi dell'uguaglianza, del diritto alla salute e del diritto all'assistenza e alla cura, ma solo dopo il 1978 questi principi iniziarono ad essere messi in atto per la salute mentale.

Le azioni del parlamento nei confronti dell'organizzazioni dei servizi per la salute mentale sono state carenti fino al 1994 a causa delle difficoltà riscontrate nel SSN (Servizio Sanitario Nazionale).

Dal 1994 però sono stati avviati dei progetti per stabilire una base da dove partire per riorganizzare l'assistenza psichiatrica e per cercare di avviare degli interventi finalizzati all'inclusione.

Dal 1994 al 1996 si avviò il “Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale” focalizzato su quattro punti principali:

- fornire un intervento integrato tra i vari servizi che fosse in grado di favorire la riabilitazione e la gestione delle crisi;
- organizzare la rete dei servizi, individuando figure tecniche e gestionali adeguate;
- assumere figure con competenze professionali per far fronte alle patologie psichiatriche e coinvolgere i familiari nel processo di cura;
- togliere i pazienti dall'ospedale e prevedere delle nuove sistemazioni.

⁶<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=175&area=salute%20mentale&menu=azioni#:~:text=Legge%20Basaglia&text=depenalizzare%20la%20malattia%20mentale%20e,paziente%2C%20oltre%20che%20della%20collettivit%C3%A0>

Questo avviò la riorganizzazione dei servizi facendo nascere il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), un organo di coordinamento collegato con altri servizi del territorio come la medicina di base e i servizi sociali, per un approccio integrato.

Successivamente, il “Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale del 1998-2000” approfondì ulteriormente le linee guida per migliorare la salute mentale attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione che potessero coinvolgere le famiglie dei soggetti affetti da disturbi mentali, prevedendo dei progetti riabilitativi individualizzati attraverso l’integrazione dei servizi sanitari e sociali offerti dal territorio.

Questi interventi furono diretti a sensibilizzare l’opinione pubblica, riducendo la visione stigmatizzante della malattia e a direzionare le azioni verso un’ottica inclusiva.

Successivamente ai progetti per la tutela della salute mentale, si avviò il piano sanitario nazionale dal 2006 al 2008 per promuovere il benessere mentale e per migliorare i servizi di assistenza psichiatrica. Nel 2013 fu approvato il piano di azione nazionale per la salute mentale, elaborato dal Ministero della Salute e dal Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) con gli obiettivi di promuovere la salute mentale nella popolazione, definendo le azioni, gli attori coinvolti, i criteri di verifica e valutazione.

Tra il 2014 e il 2018 è stato avviato il piano nazionale di prevenzione per promuovere la salute e prevenire lo sviluppo di disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti, attraverso interventi tempestivi, che mirano alla riduzione di fattori stigmatizzanti e marginalizzanti.

Nel 2014 inoltre è stata emanata la legge n.81 che delinea il percorso per le chiusure degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) per sostituirli con le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza, strutture denominate REMS. Queste sono gestite dal DSM e hanno la finalità di integrare percorsi di cura e riabilitazione e contribuire a migliorare la gestione della salute mentale in Italia.

La storia della marginalità, della salute mentale e della legislazione è molto complessa, così come lo è la sensibilizzazione dell’opinione pubblica verso una società più inclusiva e rispettosa dei diritti di tutte le persone. La storia insegna però che il cambiamento è possibile continuando a lavorare per un futuro in cui tutti possano godere di dignità e uguaglianza.

Capitolo secondo

IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE NEL PROCESSO DI INCLUSIONE

2.1 Il modello Bio-Psico-Sociale

Il modello "bio-psico-sociale" venne proposto per la prima volta nel 1946, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Questo approccio ha ridefinito il concetto di salute, sostenendo che questa non si limita all'assenza di malattia o infermità, ma rappresenta uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

Soltanto circa trent'anni dopo questa definizione però, la comunità psichiatrica riconobbe pienamente il significato di questa citazione costituzionale dell'OMS.

Il primo studioso a introdurre questo concetto nella pratica clinica fu George Libman Engel, un medico psichiatra del Medical Center dell'Università di Rochester di New York, nel 1977. Engel vide in questo la possibilità di un cambio di paradigma nell'approccio alla cura dei soggetti affetti da patologie psichiatriche, un «approccio centrato sulla persona»⁷ come concepì Carl Rogers alcuni decenni prima.

Negli anni successivi, il modello bio-psico-sociale ha progressivamente acquisito importanza sia negli interventi nel campo della salute mentale e fisica che in quello educativo, iniziando a essere considerato come approccio ufficiale per la cura e la riabilitazione.

Questo modello osserva e analizza i fattori biologici, psicologici e sociali e le relazioni che sussistono tra di loro: l'aspetto biologico comprende le caratteristiche genetiche, fisiche e fisiologiche della persona; quello psicologico si concentra sulla salute mentale e sul benessere emotivo; quello sociale sull'inclusione nei sistemi familiari, relazionali, comunitari e socioeconomici. È un approccio olistico che coinvolge diverse figure professionali e ciò favorisce lo sviluppo di interventi integrati e multidisciplinari, orientando la terapia verso direzioni comuni e mantenendo al centro l'individuo in maniera globale.

Come abbiamo visto nel primo capitolo, antecedentemente al modello bio-psico-sociale, per la cura della malattia mentale, era utilizzato il modello biologico. Questi due modelli

⁷ CARL R. ROGERS, *Client Centered Therapy*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1989

inizialmente sembrarono antitetici, ma con il passare del tempo non si escludono a vicenda, anzi, si combinarono dando origine a un modello integrato.

In una ricerca del 2005, di Elena Klimenko medico di medicina interna dell'ospedale Langone della New York University-Brooklyn, ha osservato che *«la maggior parte degli operatori sanitari, ovviamente, utilizza l'approccio biomedico soprattutto perché questo è il loro mestiere, ma è inoltre emerso che tutti gli operatori combinano tra loro differenti modelli e definizioni della salute, fornendo le chiavi di lettura per una migliore comprensione dello stato di salute del paziente.»*⁸

Medici, psicologi, assistenti sociali e educatori, non si escludono reciprocamente nel processo di cura ma anzi si completano l'un l'altro per favorire gli interventi. Questo significa che il modello bio-psico-sociale esiste nella misura in cui è presente un'equipe multidisciplinare che collabora con sinergia per raggiungere uno scopo.

Il modello bio-psico-sociale è fortemente collegato alla teoria dei sistemi, perché in esso si racchiude una moltitudine di sfaccettature dell'esistenza umana: biologica, psicologica, sociale, culturale, spirituale ed esistenziale. Le quali producono un effetto maggiore se si trovano all'interno di un sistema integrato.

Le relazioni che intercorrono tra i diversi elementi che compongono il modello crea un sistema che si autoregola, in cui un elemento ne influenza un altro dando luogo a combinazioni che producono effetti sulla salute della persona.

*«Le attuali prospettive di un modello integrativo, cioè di una concezione bio-psico-sociale avanzata sulle caratteristiche basate sull'evidenza a livello sociale, psicologico e genetico-molecolare, richiedono che tutte queste dimensioni siano considerate per personalizzare e quindi migliorare l'assistenza e il trattamento dei malati mentali.»*⁹

Questo modello nell'attuale pratica clinica e socio-educativa, mette in luce una visione più completa della salute e della malattia, perché rivolge l'attenzione a una visione globale dell'essere umano, offrendo le opportunità per incrementare gli interventi finalizzati al miglioramento della qualità di vita.

Il modello bio-psico-sociale, è inoltre fortemente connesso alla riduzione della marginalità, perché abbraccia il concetto di salute nella sua dimensione più ampia,

⁸ KRZYSZTOF SZADEJKO, *Teoria e prassi, Rivista di Scienze dell'Educazione*, Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione "Giuseppe Toniolo", Numero 1, Ottobre 2020, p.23

⁹ HELMCHEN HELMCHEN, *Different conceptions of mental illness: consequences for the association with patients*, *Front, Psychol*, 2013, 4:269. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00269

valorizzando l'individuo per la sua diversità e favorendo l'inserimento di questo all'interno di un contesto sociale.

In questo processo d'inclusione dell'individuo marginale, l'Educatore Professionale può considerare gli elementi costitutivi del modello in modo interconnesso, per offrire un intervento che miri al miglioramento delle dinamiche psicologiche o per contrastare l'isolamento sociale, valorizzando le risorse di ciascun individuo.

2.2 La relazione Educativa

La relazione educativa è l'elemento fondamentale e fondante del processo educativo; attraverso di essa, l'Educatore Professionale favorisce lo sviluppo del benessere dell'altro e delle sue potenzialità, al fine di reinserirlo all'interno della società. Questa particolare tipologia di relazione, esprime pienamente il significato dell'etimologia stessa della parola educare. Educare dal latino "e-ducere" dalla particella "e" da, di, fuori e "ducare" per "ducere" condurre, trarre. Letteralmente significa trarre fuori: *«Aiutare con opportuna disciplina a mettere in atto, a svolgere le buone inclinazioni dell'animo e le potenze della mente, e a combattere le inclinazioni non buone.»*¹⁰. L'atto di "e-ducere" è un processo che muove l'individuo verso la scoperta e il riconoscimento delle proprie capacità.

Questo particolare processo è individuabile metaforicamente anche nell'arte della maieutica di Socrate. Anticamente la maieutica era la disciplina della ostetrica e della levatrice, colei che appunto riesce a "tirar fuori" il bambino dalla mamma, portarlo alla luce e curarne la crescita. La maieutica è dunque, nella sua accezione simbolica, accostabile all'atto educativo: portare alla luce le potenzialità interiori dell'individuo, prendersene cura e aiutarlo a crescere.

L'altra faccia della medaglia della relazione educativa invece è il processo di "in-struire" cioè "mettere dentro" e sottende l'azione di introiettare, inserire cioè le conoscenze dall'esterno. Questo concetto suggerisce l'idea che l'individuo sia come un foglio bianco pronto ad essere scritto dagli eventi esterni.

Nella relazione educativa si fondono questi due aspetti: quello di "in-struire" e quello di "e-ducere", poiché sia l'ambiente che il bagaglio personale interagiscono nel processo di sviluppo e crescita della persona. In questa ottica, l'Educatore Professionale è un agente

¹⁰ Definizione tratta dal Vocabolario etimologico della lingua italiana, etimo.it

esterno che influisce sull'emergere delle potenzialità interiori attraverso la comprensione reciproca, l'accettazione dell'unicità dell'altro e la fiducia sia in sé stesso che nell'altro. La relazione educativa è quindi come un cammino condiviso tra l'Educatore Professionale e l'utente, in cui l'obiettivo principale non è raggiungere una meta, bensì guidare gradualmente l'individuo verso un orizzonte di significato e autonomia. L'Educatore Professionale può aiutare a progettare un futuro rispettando la libertà e l'unicità della persona, cercando di sostenerla e ispirando fiducia affinché possa compiere scelte autonome e divenga in grado di riconoscere le proprie risorse interiori. Per raggiungere ciò, l'Educatore Professionale deve praticare un'accettazione incondizionata e costruire una relazione basata sulla fiducia reciproca. È essenziale che l'Educatore Professionale abbia una profonda convinzione nella capacità dell'utente di sviluppare un'immagine positiva di sé e di migliorare la qualità della vita.

2.3 L'Educatore Professionale nella Salute Mentale

Nel modello biologico, che per molti decenni ha dominato il campo della salute mentale, l'atto educativo era limitato a interventi assistenziali, contenitivi e correttivi. Gli interventi erano indirizzati principalmente alla rieducazione morale piuttosto che al processo di recupero delle potenzialità, allo sviluppo dell'autonomia e alla promozione della salute da un punto di vista biologico, psicologico e sociale, come previsto nel modello proposto dall'OMS. Soltanto con l'introduzione della normativa 520/98 viene a definirsi il ruolo dell'Educatore Professionale in qualità di operatore socio-sanitario che promuove il processo di cura. Tale figura guida gli interventi secondo obiettivi educativi e relazionali all'interno di un progetto educativo personalizzato. Questo nuovo professionista funge da ponte tra i contesti sanitari e quelli sociali, implementando il modello bio-psico-sociale attraverso la collaborazione di diverse figure professionali che si interfacciano in un lavoro di equipe a supporto dei processi di cura.

Oggi l'Educatore Professionale nell'ambito della salute mentale pianifica gli interventi focalizzandosi sulle capacità residue del soggetto e sulle risorse personali. Questo approccio mira a favorire lo sviluppo delle potenzialità e a fornire strumenti utili per promuovere l'autonomia del soggetto. L'Educatore Professionale non opera per conto dell'individuo, ma collabora attivamente con lui, consentendogli così di rendersi

protagonista della propria vita e partecipa all'interno del tessuto sociale. «*Ogni individuo ha la capacità di indirizzare la propria vita in un modo che sia allo stesso tempo personalmente soddisfacente e socialmente costruttivo.*»¹¹ Con questa frase Carl Rogers ricorda l'importanza di mettere al centro la persona, considerando le sue caratteristiche e inclinazioni individuali, come potenziali risorse funzionali da inserire all'interno del contesto sociale d'appartenenza.

Il Dipartimento di Salute Mentale, proprio a questo scopo, promuove e attiva servizi finalizzati al reinserimento del soggetto all'interno della rete sociale, ampliando le prospettive future dei singoli e favorendo la possibilità di una realizzazione personale.

L'Educatore Professionale all'interno di questi contesti promuove e gestisce progetti e attività individuali o di gruppo che hanno finalità adeguate alle esigenze del singolo. Queste possono variare a seconda dei servizi presenti nel territorio e in base agli obiettivi individuati dall'equipe multidisciplinare. Possono essere proposte attività di tipo manuale o di role playing che hanno la finalità di far accedere l'utente al mondo del lavoro attraverso dei Tirocini di Inclusione Sociale (TIS); oppure attività di gruppo per promuovere la socializzazione e l'interazione tra i soggetti, favorendo la condivisione della propria storia o vissuto personale.

Spesso vengono scelte attività di tipo espressivo che vedono la collaborazione dell'Educatore Professionale con maestri d'arte, così da avviare laboratori di teatro, musica, pittura o scrittura. Queste esperienze di tipo artistico promuovono l'unicità della persona e mettono in contatto il soggetto con la propria creatività, utilizzata per prenderne in mano la propria vita, riconoscere le proprie qualità e progettare un futuro migliore per sé stessi.

La parola "creatività" trae origine dalla lingua latina e si sviluppò anticamente dalla radice sanscrita "kar" che è comune anche nella parola "crescere". Integrare la creatività nella vita quotidiana può essere un veicolo cruciale per l'esplorazione individuale e la comprensione profonda di sé stessi. La creatività va oltre la produzione artistica; è un mezzo attraverso il quale gli individui possono esplorare le loro emozioni più profonde. Inoltre, emerge come un linguaggio universale che facilita la connessione e la comprensione tra le persone, favorisce un senso di appartenenza e offre una prospettiva più ampia sulla diversità umana. Nell'ambito del percorso di crescita individuale, la

¹¹ CARL R. ROGERS, *Client Centered Therapy*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1989

creatività diventa così un'esperienza trasformativa, un viaggio continuo di autoesplorazione che arricchisce la vita di significato e profondità.

Capitolo terzo

LA MUSICOTERAPIA COME STRUMENTO EDUCATIVO

3.1 Storia della Musicoterapia

La Musicoterapia si è sviluppata in molti paesi del mondo a partire dagli anni '50, '60 del secolo scorso ma l'idea della musica curativa e creatrice è profondamente radicata nella natura dell'esistenza umana.

In quasi tutte le cosmogonie delle diverse culture antiche il suono è il mezzo che dà origine all'universo, una vibrazione primordiale che crea tutto ciò che è visibile.

Nelle tradizioni arcaiche il suono era il mezzo per il quale era possibile aprirsi a mondi invisibili, collegarsi all'esistenza "cosmica" e all'anima di ogni singolo individuo, per portare equilibrio all'intera umanità. Ritroviamo descritti i benefici della musica sin dagli albori della civiltà: dagli Sciamani in Siberia, ad Orfeo, Apollo e Dioniso nella mitologia greca, ai Sufi nelle tradizioni islamiche o nei mantra nel pensiero mistico-filosofico hindu. In ogni cultura la musica è stata presente, che venisse utilizzata per la guarigione o per riti sacri, dava la possibilità di varcare la soglia del conosciuto ed esplorare mondi invisibili. La musica appartiene alla natura innata dell'uomo e ancora oggi può concedere di varcare la soglia del conosciuto, cioè può offrire la possibilità di esplorare nuove parti di sé e produrre lo sviluppo di nuovi modelli comportamentali. La musica comunica in maniera simbolica ed è specchio dei processi interiori, proprio per questo può donare l'occasione di scavare dentro la propria interiorità, favorirne l'espressione e trasformarla in un'ottica evolutiva. La musica è inafferrabile e ineffabile, si rifà ad un linguaggio, non-linguaggio simbolico. In questo, il senso che viene dato alla musica difficilmente può definirsi a parole e non può adattarsi universalmente ad ogni singola persona, poiché nasce dalla risonanza che essa ha con la propria interiorità e con la propria capacità di risuonare insieme a lei. Questa capacità di risuonare, unica per ogni individuo, è ciò che trasforma la sensazione in percezione e il suono in musica.

In considerazione di ciò la Musicoterapia non ha valore estetico ma è una terapia non-verbale basata sulla relazione, che utilizza la musica come mezzo comunicativo per portare un'esperienza, per assolvere i bisogni e per far emergere le capacità insite nell'essere umano.

Come abbiamo appena visto, le radici della Musicoterapia sprofondano nella storia dell'umanità ma l'idea di questa come la concepiamo oggi è molto differente.

La WFMT (World Federation of Music Therapy) nel VIII Congresso Mondiale della Musicoterapia nel 1996 la definisce come: *«La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapista specializzato con un paziente o gruppo di pazienti, in un processo volto a facilitare e promuovere la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione ed altri obiettivi terapeutici rilevanti per affrontare i bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia mira a sviluppare le potenzialità e/o ripristinare le funzioni dell'individuo in modo tale che questi possa raggiungere una migliore integrazione intrapersonale e interpersonale e, di conseguenza, una migliore qualità della vita mediante la prevenzione, la riabilitazione e il trattamento.»*¹²

Da questa definizione emergono in parte i paradigmi teorici che danno valore alla parola terapia nella Musicoterapia. Questi fondamenti spaziano dalla psicologia, alla pedagogia, dalla neurologia, alla psicoacustica, fino alla musicologia, all'antropologia e la sociologia.

In base alle influenze teoriche dalle quali i fondatori attingevano, sono emersi modelli, metodi e approcci differenti.

Nel 1999 al IX Congresso Mondiale di Musicoterapia, sono stati definiti i cinque modelli di Musicoterapia, a questi poi, nel corso del tempo, ne sono stati aggiunti degli altri.

In questo paragrafo verranno presi in considerazione i più importanti approcci terapeutici dei diversi modelli e le differenziazioni che sono presenti nel setting e nella scelta dello strumentario.

Nel modello GIM, Immaginario Guidato e Musica ideato da Helen Lindquist Bonny, la musica è utilizzata come mezzo per indagare la coscienza del paziente ed esplorare parti di sé attraverso l'immaginazione indotta dall'ascolto di brani. Questo modello è basato su un approccio di Musicoterapia Recettiva, cioè sull'ascolto strutturato di brani proposti dal musicoterapeuta. Grazie all'ascolto, il paziente fa esperienza della propria interiorità attraverso immagini, ricordi o emozioni le quali operano a produrre un processo di trasformazione.

¹² WFMT, *Definition of Music Therapy*, 8th World Congress of Music Therapy, Hamburg, 1996

Si preferisce usare il termine recettiva, invece che passiva, poiché l'ascolto dei brani è un ascolto attivo, che induce un'elaborazione e un profondo stato di ascolto verso sé stessi. I brani proposti risuonano ed evocano immagini che sono simboli della propria esistenza, metafore della propria percezione del mondo.

L'impiego della musica mediante queste modalità può creare un flusso di esperienze unico per ogni individuo e funzionale per la propria storia personale. Le immagini emerse nel modello GIM, possono essere sotto forma di rappresentazioni visive, tattili, gustative o sensoriali; esse possono raccontare tratti dell'Io, dell'inconscio personale o collettivo, dei sogni, della memoria o dei pensieri associativi, proprio a causa del loro legame profondo con l'interiorità dei soggetti.

Le influenze teoriche che hanno orientato il pensiero di Bonny, fondano le proprie radici sulle teorie psicomodinamiche di Freud e Jung ma anche sul concetto dell'autorealizzazione di Maslow e sulla terapia incentrata sul cliente di Rogers. Questo modello è un approccio basato sulla psicoterapia musicale, dove la musica aiuta a generare immagini, usate a loro volta, per produrre un flusso dinamico di esperienze interiori. Per quanto riguarda il setting e i tempi di una seduta del modello GIM, questa può avere una durata dai 90 ai 120 minuti. Necessariamente il paziente deve avere una buona capacità di autoanalisi, di ascolto e un sufficiente contatto con la realtà, in modo tale da potersi osservare e conoscere attraverso punti di vista differenti, indotti dall'ascolto musicale e dalla guida del terapeuta. La seduta è pensata come la struttura di un brano di musica classica: preludio, sviluppo, sinfonia e postludio.

Questo tipo di modello non può essere applicato da ogni Musicoterapeuta, per utilizzarlo in maniera appropriata è necessaria una formazione in psicoterapia o counseling. Poiché le verbalizzazioni che emergono dal musicale sono parte integrante della terapia ed è necessaria una formazione adeguata.

Un altro modello di Musicoterapia Recettiva è il modello di Musicoterapia Comportamentista di Madsen. Questo modello, come si evince dal nome, nasce direttamente dalla psicologia comportamentale basata sul concetto di stimolo-risposta.

In questo caso la musica è utilizzata come rinforzo positivo, in linea con l'approccio comportamentista che finalizza l'intervento terapeutico alla modificazione del comportamento o condizionamento del comportamento.

La musica non viene utilizzata per esplorare l'interiorità del paziente, come nel modello precedentemente descritto, ma come ricompensa o stimolo per incentivare il lavoro che si sta compiendo. Questo stimolo, affiancato ad un programma individualizzato, ha l'obiettivo di promuovere l'apprendimento di nuovi comportamenti ed eliminare comportamenti disadattivi.

Ciò può essere utilizzato per stimolare l'attenzione, per incentivare lo svolgimento di un movimento, per promuovere la comunicazione e la socializzazione o anche per migliorare l'autostima. Tutto questo è possibile mediante l'utilizzo che viene fatto della musica, in particolare come questa sia integrata all'interno del progetto riabilitativo individualizzato. È evidente che nell'approccio di Musicoterapia Comportamentista, l'importanza viene data maggiormente alla terapia comportamentale che alla musica, in quanto questa è vista come uno stimolo per rafforzare la risposta al comportamento. Il setting in questo modello può variare moltissimo, poiché non può essere definito in maniera assoluta, in quanto varia a seconda delle esigenze che nascono dall'utenza.

Gli altri modelli, a differenza di questi appena descritti, si basano su un approccio di Musicoterapia Attiva, nella quale, il paziente è attivamente coinvolto nella produzione sonora e nella manipolazione dello strumentario. Attraverso l'improvvisazione, si può stabilire una comunicazione che si basa su un linguaggio non verbale. L'improvvisazione musicale permette di creare qualcosa nel momento stesso in cui si sta creando.

Nella Musicoterapia però non si dà importanza alla qualità artistica che emerge dall'improvvisazione, quanto più alle forme sonore ed ai significati che queste trasportano. Attraverso l'improvvisazione è possibile aprire canali comunicativi ed espressivi, in modo tale che sia possibile creare una relazione tra paziente e terapeuta. Il rispecchiamento e i dialoghi sonori che emergono durante un'improvvisazione in Musicoterapia, possono essere utilizzati come mezzo per stabilire un contatto e favorire il transito di dinamiche affettive.

L'approccio di Musicoterapia Attiva può essere utilizzato anche con pazienti molto compromessi e con gravi condizioni cliniche, in quanto, attraverso modalità comunicative e relazionali innate, esternate da aspetti mimici, motori e sonoro-musicali si possono stabilire contatti che avviano processi relazionali con il terapeuta, il quale, leggendo il paziente sotto un punto di vista sonoro, sensoriale e motorio, può attivare un percorso mirato a promuovere il suo sviluppo.

Nel modello Nordoff-Robbins o modello di Musicoterapia Creativa, l'uso della musica è finalizzato a promuovere l'autoespressione. I due ideatori, un pianista e un insegnante di sostegno, basarono il loro metodo sull'improvvisazione, influenzati dalla psicologia umanistica e dalle idee di Rudolf Steiner sull'antroposofia. Egli sosteneva che la musica traesse origine dal mondo immateriale, a differenza delle altre arti, e che fosse l'espressione della volontà della natura. Per Steiner la musica è estremamente connessa al mondo naturale e in quanto tale, appartiene intrinsecamente all'uomo.

Paul Nordoff e Clive Robbins partendo da ciò, sostenevano che in ogni essere umano potesse esserci una risposta innata alla musica e che ciascuno, indipendentemente dalla gravità della patologia, avesse in sé delle potenzialità che potevano essere esterne attraverso la musica.

Il loro lavoro veniva fatto quasi esclusivamente con i bambini e le sedute potevano essere individuali o di gruppo. Nel setting del modello Nordoff-Robbins, a differenza di altri modelli, sono sempre presenti i due terapeuti, i quali svolgono mansioni differenti: uno suona il pianoforte e l'altro cerca di promuovere il coinvolgimento del bambino, aiutandolo ad improvvisare con uno strumento percussivo o con la voce. La musica è sempre presente nella seduta da quando il paziente entra all'interno della stanza a quando esce. Seguendo il pensiero di Nordoff e Robbins nella musica sono già presenti i presupposti per produrre un cambiamento nel comportamento della persona, poiché la musica è carica di significati archetipici, simbolici, relazionali ed emotivi. In essa è possibile sperimentare la libertà espressiva ed esternare le espressioni emotive che possono emergere con difficoltà.

Un altro modello di Musicoterapia Attiva è il modello Benenzon; secondo l'autore «*La musicoterapia è una psicoterapia non verbale, che utilizza espressioni corporo-sonoro-non verbali per lo sviluppo di una relazione.*»¹³

I riferimenti teorici su cui si basa questo modello nascono da diversi autori come S. Freud, C.G. Jung, P. Watzlawick, D.W. Winnicott, E. Hall e K. Lorenz, a cui si aggiungono le influenze offerte dagli autori che si sono occupati di educazione musicale come J. Dalcroze, Z. Kodaly e C. Orff.

¹³ R.O.BENENZON, *La musicoterapia, la parte dimenticata della personalità*, Bruxelles, De Boeck, 2004.

Uno degli aspetti fondamentali su cui si basa il modello Benenzon è il concetto di ISO, il quale sta a significare Identità Sonora, ossia un insieme di energie che nascono da suoni, silenzi e movimenti che definiscono la persona nella sua unicità. Si può pensare all'ISO, come all'insieme delle sonorità che prendono parte alla costruzione dell'identità di un soggetto, da quando è stato concepito a quando morirà, caratterizzandolo per le sue differenze ed infinite diversità. Questi dati o informazioni, possono essere archetipi sonori, suoni percepiti durante la gestazione o durante lo sviluppo.

Per Benenzon, all'interno dell'inconscio sono presenti delle energie sonoro-musicali in continuo movimento dinamico, chiamate ISO Gestaltico che a loro volta sono costituite da tutte le ISO che si possono riscontrare durante la vita. Possiamo riconoscere l'ISO Universale, che è composta da suoni che caratterizzano ogni essere umano: il suono dell'acqua, del battito cardiaco o del respiro; l'ISO Culturale, caratterizzata dall'insieme dei suoni che circoscrivono una determinata cultura o area geografica; e ancora, l'ISO familiare, in interazione e grupppale.

Secondo questo modello il principio di ISO è fondamentale nei processi di comunicazione, poiché due o più soggetti che interagiscono, necessitano di un ascolto reciproco delle loro ISO per poter risuonare insieme.

Nel setting benenzoniano, sono presenti gli strumenti musicali chiamati GOS, Gruppo Operativo Strumentale, che hanno la funzione di oggetti intermediari, i quali favoriscono il passaggio di intenzioni comunicative tra un individuo e un altro. Questi strumenti sono di semplice utilizzo e non necessitano di alcuna preparazione musicale per poterli suonare. Inoltre, ciò che caratterizza il modello Benenzon è il contesto non-verbale, in quanto le parole non vengono usate per il loro significato ma rimangono come forme sonore utilizzabili.

L'ultimo dei cinque modelli riconosciuti in tutto il mondo è il modello di Musicoterapia Orientata Analiticamente o modello Priestley. Questo modello cerca di combinare la Musicoterapia alla pratica psicoanalitica e psicoterapeutica, analizzando i transfer e controtransfer nella diade, attraverso la simbologia musicale che emerge delle improvvisazioni.

I riferimenti teorici su cui si basa questo modello vengono dalla psicologia analitica di Jung e dalla formazione musicale accademica.

In questo modello la musica, come il paziente e il terapeuta, sono le componenti che vengono analizzate in terapia, poiché è attraverso questa che il paziente può esprimere la propria interiorità e i propri stati emotivi. Ciò ha una doppia valenza che comprende, sia la musica come canale espressivo collegato ad aspetti di vita del paziente, sia come funzione catartica e trasformatrice.

Il setting è misto poiché all'interno sono presenti degli aspetti e dinamiche che riguardano sia la terapia psicoanalitica che quella musicoterapica.

Paziente e terapeuta fluiscono nella musica e nella condivisione di stati emotivi, cercando di sintonizzarsi l'uno con l'altro in un gioco di rispecchiamento empatico.

Questo modello può essere riadattato anche con soggetti che non hanno una buona capacità di autoanalisi; è comunque necessaria da parte del musicoterapista una formazione psicologica, in particolare di stampo junghiano.

Questo modello appena descritto trae le origini dal modello della Terapia della Libera Improvvisazione di Juliette Alvin. Anche se questo modello non è compreso tra i cinque, merita comunque una attenzione particolare, poiché nonostante sia pionieristico, ha delle caratteristiche che potremmo definire moderne. Negli ultimi anni la Musicoterapia non è andata verso una separazione tra i modelli, quanto più verso un'ottica unitaria tanto che la Musicoterapia oggi è una Musicoterapia Integrativa che cerca di mettere insieme caratteristiche di modelli diversi, con scoperte e tecniche di discipline diverse, per cercare di migliorare la qualità di vita del paziente percorrendo strade innovative e più funzionali. Nel modello della Alvin non si ha una tecnica di Musicoterapia prettamente attiva o prettamente recettiva ma si ha una tecnica mista che si adatta alle esigenze del paziente. L'idea della libera improvvisazione nasce dall'ascolto di Stravinsky, il quale è riuscito a scardinare le regole convenzionali della produzione musicale, proponendo una visione nuova di armonia e di melodia, lavorando con scale dodecafoniche e con suoni dissonanti, che hanno reso possibile vedere la musica sotto un punto di vista diverso.

Partendo da ciò Alvin sostiene che il paziente e il terapeuta possono improvvisare senza seguire nessuna regola, sia per quanto riguarda la produzione musicale, sia per quanto riguarda la modalità di utilizzo di uno strumento.

Grazie al canale musicale si possono stabilire relazioni ma anche sviluppare capacità cognitive, prassiche, sociali ed emotive. Secondo Alvin, la relazione oggetto-sé, che si crea con lo strumento, è la prima forma di relazione che deve realizzarsi all'interno del

setting poiché questo rappresenta l'oggetto intermediario sicuro, nel quale il paziente può sperimentare e sperimentarsi.

Con questo excursus dei principali modelli della Musicoterapia si è voluto far luce sul percorso attraverso il quale questa disciplina si è sviluppata pur considerando che negli ultimi anni si sono registrati notevoli mutamenti in merito alle aree di intervento, agli obiettivi posti e alle modalità operative.

In un'ottica volta allo sviluppo e all'intersezione di questa disciplina con altre, la Musicoterapia può farsi strumento educativo, poiché l'obiettivo principale non consiste semplicemente nell'esecuzione o nell'apprendimento di abilità musicali, ma piuttosto nello sfruttare appieno il potenziale di un individuo. La musica quindi può diventare uno strumento potente nelle mani di un Educatore Professionale che volge il suo intervento verso il miglioramento della qualità della vita della persona con cui si trova dover lavorare. Questa non è solo una forma d'arte, ma uno strumento versatile che può essere impiegato in molteplici contesti: un mezzo per raggiungere obiettivi e finalità all'interno di un progetto educativo individualizzato.

3.2 Gli utilizzi e i campi d'applicazione

Gli incontri di Musicoterapia, in contesti gruppalì o individuali, possono fungere da contenitori di realtà condivise: tramite di essi ciascun individuo ha la possibilità di esprimersi.

La musica usata all'interno di un'attività strutturata, può fungere da ponte per comunicare sentimenti, emozioni e pensieri, consentendo a ciascun partecipante di esprimersi in modo autentico e profondo, facilitando la creazione di legami emotivi tra i soggetti che si ritrovano a suonare o ad ascoltare insieme.

La musica può agire quindi come catalizzatore che accelera l'espressione e la comprensione di sé e degli altri.

I soggetti che vivono queste esperienze, potrebbero avere l'opportunità di aprirsi e condividere con l'Educatore Professionale e con gli altri, aspetti intimi della propria vita, e trovare le condizioni adatte per affrontare le proprie sfide verso un miglioramento della qualità di vita.

L'Educatore Professionale, in questo contesto, potrebbe assumere un ruolo chiave nell'incoraggiare e facilitare il processo di condivisione degli stati interni dell'individuo. La sua attenzione e comprensione potrebbe creare un ambiente sicuro e stimolante in cui le persone riescano a esplorare la propria interiorità e connettersi con gli altri.

L'Educatore Professionale che possiede capacità musicali e si è specializzato nel campo della Musicoterapia, può utilizzare queste sue competenze come elementi educativi, ed indirizzare l'intervento verso direzioni concordate e prestabilite nel progetto educativo.

La Musicoterapia come forma espressiva nelle mani di un Educatore Professionale, diventerebbe uno strumento trasversale capace di toccare molteplici aree di intervento; questa potenzialmente può trovare applicazione nel campo educativo, sanitario, scolastico, sociale, riabilitativo, ludico; in una forbice di età varia.

Poiché la Musica, per sua natura, è un mezzo che favorisce l'incontro con l'altro ed è un territorio fertile per la nascita di nuove relazioni, potrebbe essere particolarmente adatta nell'ambito riabilitativo.

Secondo Juliette Alvin, una delle principali tecniche musicoterapiche per entrare in relazione con l'altro è l'improvvisazione, «*considerata l'elemento chiave per stabilire il contatto musicale tra paziente e terapeuta*»¹⁴ poiché è il momento della condivisione del proprio vissuto interiore in maniera simbolica. Essendo l'improvvisazione musicale un momento rivelatore e partecipativo, dove l'attenzione dei partecipanti diventa reciproca, possono emergere intuizioni profonde sullo stato d'animo o sul modo d'essere dei soggetti coinvolti. In questo modo, le persone che condividono l'esperienza dell'improvvisazione, potrebbero mettere in gioco le proprie resistenze e qualità, favorendo la costruzione della relazione educativa.

La finalità, quindi, non è suonare o apprendere abilità musicali ma è quella di far emergere le potenzialità di un soggetto, sostenerlo e accompagnarlo durante un percorso riabilitativo, sviluppare le capacità cognitive, motorie, linguistiche, indagare nella propria biografia, lavorare per l'integrazione sociale e per la lotta contro lo stigma. La finalità cambia e il mezzo è in grado di adattarsi alle esigenze se, chi lo usa, crea progetti, lavora in equipe, valuta gli interventi e si adatta creativamente per raggiungere gli obiettivi prefissati.

¹⁴ TONY WIGRAM, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*, Roma, ISMEZ, 2003, p. 143

Ciò che rende la musica straordinaria è la sua flessibilità che consente agli educatori la creazione di progetti personalizzati. Inoltre, la Musicoterapia può essere utilizzata in collaborazione con un'equipe di professionisti, che mirano gli interventi in modo accurato, facendo sì che gli obiettivi prefissati siano raggiunti efficacemente.

La musica non è solo una forma d'arte, ma anche uno strumento versatile che può essere impiegato in molteplici contesti per promuovere il benessere, la crescita individuale e la lotta contro le sfide sociali e culturali.

Gli incontri di Musicoterapia, condotti da un Educatore Professionale, potrebbero costituire una preziosa opportunità di creare contesti in cui la realtà viene condivisa in modi unici e significativi.

La musica, come linguaggio universale, offre una via di espressione che supera le barriere delle parole e apre la porta alla comunicazione profonda, sia all'interno di gruppi che in setting individuali.

L'Educatore Professionale, che fa uso delle conoscenze musicali, diviene un mediatore di questa forma di comunicazione verbale e non verbale.

Una delle tecniche utilizzate in Musicoterapia, che fonde queste forme di comunicazione è il songwriting. In questa tecnica dove si crea un brano musicale, ci sono due elementi fondamentali: la musica e il testo della canzone i quali hanno un forte valore educativo.

La parte musicale, spesso si stabilisce partendo e ridefinendo cellule musicali che nascono dall'improvvisazione, come il ritmo e la progressione degli accordi. Ciò diventa molto interessante dato che il processo è alimentato dalla condivisione delle proprie emozioni, dagli intenti comuni e dalla relazione con l'altro.

Il testo invece, può nascere dai feedback che emergono dopo l'improvvisazione musicale o dalla propria biografia. Uno dei fattori importanti a livello educativo è potersi ricollegare al vissuto delle persone e dividerlo con il fine di rileggere parti della loro storia.

Scrivere un testo che parla di sé, è fortemente legato alla pedagogia della memoria, cioè alla possibilità di stimolare la mente ad esplorare dentro di sé, ed entrare in contatto con delle parti esistenziali della storia personale. Ciò può favorire l'autoconsapevolezza, prendere cioè coscienza di parti negate o inibite, per riconoscerle e integrarle nella propria immagine.

La scrittura di un testo può arrivare ad un livello profondo perché permette la rielaborazione del proprio vissuto e al tempo stesso, apre la mente al mondo esterno. «*La scrittura quindi è un potente mezzo per traghettare al di là degli abissi esistenziali congiunturali o per sentirsi meno soli, in una conversazione interiore ininterrotta con sé stessi.*»¹⁵

La funzione narrativa presente nel songwriting, può far comprendere le modalità organizzative che la mente attua per attribuire senso e significato alle esperienze di vita. Scrivere di sé è collegarsi con il proprio sé narrativo, è cercare di dare continuità e significato alla propria storia.

Inserire questo atto autobiografico all'interno di un'esperienza creativa che si realizza in un prodotto concreto, come il brano musicale, può promuovere la fiducia in sé stessi, espandere la percezione di sé nel mondo e ridurre la condizione di marginalità. Avere a disposizione questo brano che può essere riletto e ascoltato ogni volta che lo si desidera, può diventare un elemento tangibile del percorso riabilitativo.

In altre parole, la musica diventa un veicolo attraverso cui l'Educatore Professionale può guidare e dare continuità al processo di trasformazione individuale, con la conseguente ridefinizione dell'immagine di sé nel tempo. Questo è il motivo per cui la dimensione di cura educativa attraverso la musica, si può tradurre come l'ampliamento delle esperienze esistenziali dell'individuo, nuovi eventi rigeneranti che possono far riformulare la percezione del mondo.

Accumulare nuove esperienze positive può cambiare la concezione ridondante della vita, questo nuovo bagaglio esperienziale ha il potenziale di trasformare la visione preesistente e aprire la strada a nuove opportunità, consentendo di far fiorire ulteriori esperienze positive nella quotidianità.

In ambito educativo, la cura potrebbe manifestarsi come un ciclo di sperimentazioni positive che scardinano le convinzioni pregresse e favoriscono il processo di integrazione. L'incontro di Musicoterapia può rappresentare un processo incentrato sulla valorizzazione della persona, poiché consente di esprimersi e riscoprire l'essere autentici con sé stessi e di fronte all'altro. In questa ottica, si dà valore al recupero e alla riscoperta delle connessioni che ciascun individuo ha con la sua storia, con le sue emozioni e le sue relazioni. L'uso creativo della musica, quindi, diventa un mezzo per esplorare ricordi,

¹⁵ DUCCIO DEMETRIO, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Milano, Cortina, 1996

sentimenti e pensieri sepolti, permettendo alle persone di riconnettersi con parti di sé stesse che potrebbero essere state trascurate o ignorate. L'Educatore Professionale deve creare un ambiente sicuro e accogliente, in cui i soggetti possono condividere emozioni, desideri e paure, incentivando lo scambio e l'esternazione di ciò che difficilmente può essere espresso a parole.

Manifestare la propria interiorità attraverso le forme simboliche della musica, quali il ritmo, l'intensità, la velocità, l'armonia o la dissonanza, abbatte le barriere comunicative facilitando la restituzione al termine dell'attività.

Il feedback finale è un momento prezioso per l'Educatore Professionale e il gruppo, poiché condividere emozioni e sensazioni suscitate dall'esperienza, che emergono dalle qualità musicali sopraelencate, diventa un perfetto linguaggio alternativo che riesce a creare un'atmosfera relazionale di maggiore intimità.

Gli agiti acquisiscono senso e significato e raccontano qualcosa di importante, dalla scelta di suonare uno strumento rispetto ad un altro o dal rifiuto di partecipare ma rimanere presente nell'attività ed ascoltare. Queste azioni parlano di qualcosa di profondamente radicato, ricco di sfaccettature e unicità.

Negli incontri di Musicoterapia si offre l'opportunità di affermare sé stessi e il proprio desiderio, così come il rifiuto e la negazione, poiché rappresentano comunque una manifestazione della propria identità. La Musicoterapia potrebbe aiutare lo sviluppo o il recupero delle autonomie, oltre che permettere di raggiungere una maggiore consapevolezza di sé stessi, con la conseguente crescita personale.

La modalità comunicativa che si sviluppa attraverso il linguaggio musicale durante un'improvvisazione riflette il processo attraverso il quale le persone riescono ad attribuire significato al proprio agire autentico. Questo è possibile grazie all'accoglienza e alla valorizzazione del modo comunicativo dell'individuo da parte dell'Educatore Professionale. L'accoglienza e la valorizzazione della persona nell'atto musicale potrebbero riflettersi parallelamente nella vita di tutti i giorni.

In questo processo è possibile dare voce a chi voce, per molto tempo, non ne ha avuta più consentendogli di trovare ed esternare la propria unicità.

In aggiunta a questo, è necessario dire che gli ambiti di applicazione della musica nei contesti educativi sono vasti e diversificati. Essendo uno strumento malleabile e

trasversale, può essere utilizzato in maniera diversa a seconda degli obiettivi che ci si prefissa di raggiungere.

La sua versatilità e la sua capacità di favorire il benessere fisico, emotivo e psicologico, la rendono un potente strumento educativo in svariati contesti. Come abbiamo appena visto, uno di questi è quello riabilitativo, inteso come sostegno al processo di cura.

Nella salute mentale può diventare parte integrante dei progetti educativi, contribuendo al benessere psicologico e affrontando disturbi come l'ansia e la depressione attraverso l'esplorazione di sentimenti e pensieri. Ciò è possibile che avvenga sia in contesti diadici che in contesti di gruppo, a seconda del tipo di lavoro che si ritiene opportuno svolgere.

Nel contesto di gruppo, la musica può essere uno strumento che ha la finalità di promuovere l'interazione sociale, e aiutare gli individui nella regolazione delle emozioni, così da sviluppare autocontrollo, ascolto di sé stessi e dell'altro. I tempi di attesa musicali e il rispetto dell'espressività di tutti i partecipanti promuovono l'adattabilità all'interno del gruppo di pari.

La ricerca della sintonia musicale favorisce lo sviluppo della comunicazione e dell'ascolto empatico.

Riconoscere ed esplorare le emozioni per un fine comune incentiva la coesione di gruppo. Questo perché muoversi con la medesima intenzione, per persone che hanno vissuto la marginalità e nella marginalità, diventa un efficace atto riabilitativo che scardina le abitudini pregresse.

3.3 Il setting Educativo e Musicoterapico

Il setting è il terzo elemento che si crea all'interno della diade Educatore Professionale-utente; questo favorisce i legami tra i soggetti e rappresenta uno spazio protetto che ha la funzione di contenere le emozioni per poi rielaborarle.

Al suo interno sono presenti delle regole che delineano i confini, determinano ruoli e funzioni, favorendo, in questo modo, l'attribuzione di significati delle dinamiche affettive e comportamentali, con la finalità di aiutare l'utente a rileggere le parti della sua vita.

L'enciclopedia Treccani definisce il setting come: *«contesto strutturato che si costituisce per cogliere il significato affettivo delle esperienze e degli stili relazionali di un paziente in terapia. È definito da modalità spazio-temporali (caratteristiche della stanza in cui*

avviene la terapia, frequenza e durata delle sedute, pagamento ecc.) e da regole relative alla interazione tra terapeuta e paziente.»¹⁶

Questa definizione, per quanto puntuale, non sembra esaustiva per comprendere la totalità delle sfaccettature che si possono avere all'interno del setting, poiché questo è molto più di un contesto strutturato: esso definisce il modo di essere setting e di stare nel setting educativo, mettendo l'Educatore Professionale nella condizione di avere una duplice attenzione, verso sé stesso e verso l'altro.

In altri termini, essere setting e stare nel setting è avere uno spazio mentale e non solo fisico dove fare esperienza della relazione che si costruisce dal reciproco incontro Educatore Professionale - utente.

Il setting non è solo ambiente, è il luogo depositario delle primordiali parti della personalità, è lo spazio dove è possibile fare esperienza della propria unicità e sperimentare la possibilità di ricostruire l'identità. Come la relazione materna, il setting è un sostegno, una cornice che consente lo sviluppo e orienta la persona ad attivare il proprio potenziale creativo come risorsa per produrre un cambiamento.

Per comprendere appieno la valenza del concetto di setting in ambito educativo e musicoterapico è necessario soffermarsi e fare un passo indietro, osservando le sue parti strutturali per una comprensione più profonda e allargata.

È importante precisare innanzitutto che il setting è spazio, un luogo fisico.

In ambito educativo è l'ambiente dove si svolge l'intervento educativo; un contenitore che permette l'interazione tra i due soggetti. Questo ambiente può essere strutturato oppure no, ossia può essere precedentemente progettato per raggiungere un determinato scopo oppure lasciato libero. Si pensi, per esempio, ad un intervento mirato ad incrementare l'autonomia nel vestirsi in un bambino con minorazione visiva: l'ambiente e l'attività saranno pensate al fine di facilitare l'obiettivo da raggiungere. Diverso è se si lavora nell'ambito della salute mentale, dove l'ambiente potrebbe non essere necessariamente strutturato, ma anzi, al contrario, troppa rigidità inibirebbe la spontaneità e l'iniziativa.

Inoltre, l'intervento educativo potrebbe avvenire sia in un contesto formale sia informale, cioè potrebbe avvenire all'interno di uno studio privato oppure all'interno di un ambiente di vita quotidiana. Ciò lo rende completamente diverso dal setting musicoterapico che

¹⁶ Definizione tratta da dizionario online Treccani <https://www.treccani.it/vocabolario>

nell'immaginario dovrebbe essere una stanza delimitata e chiusa, né troppo grande né troppo piccola e isolata acusticamente.

Tra l'altro, oltre allo spazio fisico, è considerato un elemento costitutivo del setting musicoterapico anche lo strumentario musicale. Gli strumenti, infatti, sono oggetti intermediari che facilitano la comunicazione e l'interazione fra due o più persone; questi possono favorire il passaggio di espressioni «*corporo-sonoro-musicali*»¹⁷ come spiegato da Benenzon, ossia espressioni non verbali che favoriscono il transito di energie comunicative, permettono di creare ponti tra il noto e l'ignoto, promuovendo in questo modo la realizzazione delle proprie potenzialità.

Un'altra caratteristica fondamentale del setting è il tempo. Nel contesto della musicoterapia viene considerato sia dal punto di vista della frequenza degli incontri, sia della durata.

Le sedute di musicoterapia possono essere a cadenza settimanale, con una durata di circa 40 minuti, questo però può cambiare in base alle esigenze e agli obiettivi prefissati. Anche il ritmo della frequenza degli incontri collabora a dare un ordine mentale e orientare l'utente nella scansione temporale. Il tempo, all'interno del setting musicoterapico, ha anche delle caratteristiche che potremmo definire simboliche. Consideriamo, ad esempio, la funzione contenitiva che possiamo ritrovare nei limiti della seduta: l'inizio e la fine di ogni incontro sono due punti fissi, immutabili, che definiscono un tempo ben preciso, delimitato da regole di base, che incorniciano la seduta, come le pareti incorniciano la stanza.

Per quanto riguarda l'aspetto educativo all'interno delle strutture riabilitative, generalmente non si hanno cadenze settimanali e gli incontri tra l'Educatore Professionale e l'utente hanno dei tempi dilatati. Questo fa sì che il tempo nel setting è considerato come tempo dedicato alla persona con la quale ci si interfaccia, cioè come alla costanza di mantenere l'attenzione verso sé stessi e verso l'altro in modo tale da riuscirne a prendersene cura. Dedicare il proprio tempo all'altro è volgere tutto sé stesso con intenzione di esserci.

Dedicare, etimologicamente deriva da consacrare, darsi interamente a qualcosa, rendere cioè sacro il momento che si condivide con l'altro. Negli interventi educativi il tempo è

¹⁷ TONY WIGRAM, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*, Roma, ISMEZ, 2003, p. 125

un tempo condiviso, e centrale è la relazione che si crea, così come lo spazio che questa occupa all'interno dei soggetti che la vivono. Questo momento, carico di significato, è promotore di cambiamento quando è vissuto con autenticità e reciprocità emotiva. Attraverso l'incontro e il confronto che emerge dalla compartecipazione degli stati emotivi è possibile fare esperienza di parti inesplorate e rimodellare comportamenti disadattivi, producendo, in questo modo, un cambiamento bidirezionale che non coinvolga solo l'utente ma entrambe le parti della diade.

Se la relazione Educatore Professionale-utente è autentica e le emozioni che si mettono in gioco sono vere, il coinvolgimento che ne deriva potrebbe far emergere risposte emotive differenti, inducendo nuovi comportamenti e nuove modalità di agire. "L'io e il tu" si potrebbe trasformare in un "noi" che si autoregola in un'ottica di reciprocità.

In ultimo, il tempo nel setting educativo lo si può pensare anche come il momento dell'esperienza interiore, quel momento cioè che è possibile vivere nel qui ed ora, in cui l'utente fa esperienza della propria interiorità. Possiamo concepire il tempo che si vive all'interno del setting come *kairos*, che per gli antichi greci, non aveva un significato quantitativo del tempo bensì qualitativo. *Kairos* è il momento opportuno che può offrire la possibilità di reinventarsi seguendo la propria creatività e unicità.

Il setting racchiude in sé anche delle regole che possono offrire protezione, sicurezza e, allo stesso tempo, dare forma alla relazione, determinare ruoli e funzioni. Il loro fine è quello di costruire un ambiente confortevole che inviti l'utente a condividere sé stesso. Queste regole, inoltre, sono necessarie per garantire il mantenimento del valore educativo, poiché in esse si definiscono i patti necessari per porre dei confini alla relazione e di conseguenza al contesto in cui questa si sviluppa.

Come in tutti i giochi di gruppo, le regole sono condivise e necessarie per svolgere l'attività, sia questa educativa o musicoterapica; se si pensa alle regole all'interno di un contesto ludico, si può osservare come esse possono offrire l'opportunità di confrontarsi con la realtà esterna, relazionarsi con essa e contemporaneamente rileggere parti di quella interna. «*La realtà è costruita e trasformata grazie alla funzione che il gioco porta con sé [...] e le azioni che stiamo in questo modo compiendo non denotano ciò che esse vogliono normalmente significare, ma stanno per qualcosa d'altro*»¹⁸. Tale affermazione

¹⁸ PAOLA MANNUZZI, *Pedagogia del gioco e dell'animazione. Riflessioni teoriche e tracce operative*, Milano, Guerrini e Associati, 2002, p.45

ci riporta nuovamente alla funzione simbolica intrinseca del setting, poiché analogamente al gioco, il setting e le azioni che si compiono al suo interno riescono ad assumere un significato altro. Esso può diventare agente di trasformazione ed evolversi qualitativamente nel tempo in funzione alle modificazioni che si vivono nella relazione. In tutto questo, le regole che si stabiliscono hanno un ruolo centrale poiché, solo grazie ad esse, si può riuscire a gestire la complessità della persona che si ha di fronte e vivere un momento ludico con l'altro, inteso come carico di significato. Quando ciò riesce a coesistere all'interno dell'incontro tra l'Educatore Professionale e l'utente, le emozioni e le azioni producono movimenti interiori che possono recare continui squilibri ed equilibri: come nel camminare il nostro corpo è perennemente instabile e ricerca l'azione del passo successivo per ritrovare l'equilibrio facendoci così però procedere nel percorso, questi movimenti possono susseguirsi per trovare una stabilità in un processo dinamico di trasformazione.

Ciò potrebbe comportare che, all'interno del setting educativo, si può intensificare la propria sintonia con il corpo, abituandolo ad avvertire meglio i desideri e le emozioni che emergono, per poi tradurli in immagini, pensieri o parole. Il diretto contatto con sé stessi, che passa da un'esperienza psicocorporea in relazione con l'altro, può rivelare tratti primordiali o regressivi della psiche, svelare parti nascoste, che potrebbero essere inaccessibili per vie razionali. L'esperienza passa attraverso il corpo, così come anche le emozioni e le sensazioni. Il corpo dà forma al setting poiché è il mezzo con il quale si crea un contatto con il mondo esterno e si interagisce con esso. La corporeità dell'Educatore Professionale e dell'utente è uno stimolo reale che partecipa ad arricchire la relazione, poiché i comportamenti che nascono dal corpo possono far scoprire e far emergere parti autentiche celate.

La prossemica dell'Educatore Professionale e dell'utente, la vicinanza, la lontananza, le posture corporee, le espressioni linguistiche, il tono della voce sono tutti veicoli di informazioni che arricchiscono la comunicazione e raccontano parti di sé, così come anche l'odore, la cura di sé, la scelta nel vestirsi fanno parte di stimoli dai quali è possibile ricavare informazioni sulla persona che si ha di fronte.

Le modalità con le quali un soggetto si relaziona hanno un legame stretto con la sua personalità e la sua interiorità. Tutte le informazioni che possono essere ricavate sono

importanti ai fini di costruire un percorso che promuova il miglioramento della qualità di vita dell'utente.

Inoltre, è importante focalizzare l'attenzione su una particolare sfaccettatura della corporeità del setting, quella cioè del "setting incarnato" inteso come il rapporto che sussiste tra le strutture mentali e il corpo dell'Educatore Professionale, in quanto egli è portatore del concetto stesso di setting.

La mente dell'Educatore Professionale è come «*un'arena psichica in cui la realtà è definita da concetti come simbolismo, fantasia, transfer e significato inconscio*»¹⁹; in essa sono radicate le linee guida per mantenere l'esistenza del setting, poiché non è lo spazio o il tempo che lo definisce, quanto più l'atteggiamento mentale che l'Educatore Professionale ha mentre sta insieme all'altro. Ciò significa che il setting si trova all'interno dell'Educatore Professionale, il quale deve mantenere una duplice attenzione verso sé stesso e verso l'interiorità dell'utente. A questo si aggiunge che, l'aspetto fisico dell'Educatore Professionale, il modo in cui abita il suo corpo e come questo occupa lo spazio prossemico di fronte all'altro, costituisce caratteristiche sensoriali fondamentali che contribuiscono a dare la forma contenitiva del setting. Inoltre, per l'utente, il corpo dell'Educatore Professionale potrebbe essere una parte invariata del setting, una costante che si crea dall'immagine incarnata dell'Educatore Professionale nell'utente.

La visione psicocorporea è la chiave che permette di conoscere, attraverso il rispecchiamento empatico, parti di vita della coppia e parti che si generano dal loro reciproco incontro.

Come detto finora, il setting ha diverse caratteristiche che possono essere racchiuse in due macro sfere principali. Una di queste è la sfera interna, cioè quella che ha a che fare con l'interiorità dei soggetti che occupano il setting con il proprio vissuto, con la propria percezione di sé stessi e del mondo. L'altra è la sfera che potremmo definire esterna, cioè che si rifà a degli aspetti più pratici e oggettivi, come il luogo dell'incontro, la corporeità o le regole.

Queste rappresentano due facce della stessa medaglia, appartengono cioè ad un'unità che potremmo definire con il termine atto educativo, nella quale una parte non potrebbe esistere senza l'altra. Grazie all'equilibrio dinamico che si ha tra queste due caratteristiche

¹⁹ MICHAEL PARSONS, *Raiding the inarticulate: The internal analytic setting and listening beyond countertransference*, Taylor and Francis Online, The International Journal of Psychoanalysis, volume 88, 2007, p.1444

opposte, cioè tra gli aspetti oggettivi e soggettivi, è possibile avviare il processo trasformativo all'interno del setting. Le caratteristiche esterne ed oggettive, hanno significati permanenti, fissi, stabili e costanti, come la diade utente-Educatore Professionale o la corporeità di quest'ultimo. Viceversa, le caratteristiche interne e soggettive hanno significati instabili, mutabili, variabili che si rivedono nella trasformazione, nel progetto e nel processo educativo. Il setting racchiude in sé tutte queste due parti e di conseguenza riesce ad avere una funzione attiva, diventando così agente di trasformazione.

Capitolo quarto

PROGETTO DI MUSICOTERAPIA PRESSO LA SRR DI JESI

4.1 La Struttura Residenziale Riabilitativa

Ho svolto il tirocinio del secondo anno, nella Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR) e nel Centro di Salute Mentale (CSM) di Jesi, queste fanno parte del Dipartimento di salute mentale (DSM).

«Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).»²⁰

Il DSM offre una gamma diversificata di servizi per l'assistenza alla salute mentale, tra cui:

- Servizi per l'Assistenza Diurna: questa categoria comprende i Centri di Salute Mentale (CSM), luoghi in cui le persone possono ricevere cure durante il giorno, partecipare a terapie e attività di gruppo, ricevere supporto nella gestione dei loro problemi di salute mentale;
- Servizi Semiresidenziali: i Centri Diurni (CD) forniscono un livello di assistenza più intenso rispetto ai CSM, ma non richiedono la permanenza notturna. Le persone possono partecipare alle attività durante il giorno e tornare a casa la sera;
- Servizi Residenziali: questi includono strutture residenziali (SR) suddivise in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative. Le residenze terapeutico-riabilitative offrono un ambiente controllato per coloro che richiedono un trattamento più intensivo, mentre le residenze socio-riabilitative mirano a promuovere l'indipendenza e la riabilitazione sociale;
- Servizi Ospedalieri: questa categoria comprende i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH). Gli SPDC forniscono cure più intensive e possono coinvolgere l'ospedalizzazione. I DH, invece, offrono cure diurne intensive ma senza la necessità di ricovero notturno.

²⁰<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>.

Inoltre, l'offerta assistenziale è integrata dalle Cliniche Universitarie e dalle Case di Cura Private, che possono offrire una gamma di servizi specializzati per la salute mentale, contribuendo a garantire un'assistenza completa e diversificata per coloro che ne hanno bisogno.

Il Centro di Salute Mentale, è il luogo dove ho svolto circa il 30% delle ore di tirocinio; questo rappresenta il punto di riferimento primario per i cittadini che stanno affrontando difficoltà psichiche all'interno della comunità. Ha il ruolo di coordinamento a livello territoriale e di gestione di tutte le iniziative volte alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione dei cittadini affetti da disturbi psichiatrici. È aperto 12 ore al giorno dal lunedì al sabato.

L'équipe multiprofessionale del CSM, è composta da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale, un infermiere e un Educatore Professionale. Questo team svolge un ruolo cruciale nel fornire una gamma completa di servizi, tra cui trattamenti psichiatrici, psicoterapie, interventi sociali e inserimento dei pazienti in centri diurni, day hospital, strutture residenziali e ricoveri, al fine di supportare i pazienti nel loro percorso di cura. Le attività diagnostiche comprendono visite psichiatriche e colloqui psicologici per stabilire programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi appropriati. Questi interventi possono essere effettuati in ambito ambulatoriale, domiciliare o residenziale, garantendo una continuità nella cura. Il CSM collabora strettamente con i medici di medicina generale per offrire consulenza psichiatrica e sviluppare progetti terapeutici e attività formative, anche in collaborazione con l'Educatore Professionale. Il CSM aiuta a ridurre le problematiche legate alla marginalità, offrendo consulenza specializzata per problemi come l'alcolismo e le tossicodipendenze, oltre a fornire supporto alle strutture residenziali per anziani e disabili. Inoltre, svolge un ruolo di filtro nei ricoveri e controlla le degenze nelle case di cura neuropsichiatriche private o accreditate per garantire la continuità della cura. Per mantenere la qualità delle pratiche e delle procedure adottate, vengono condotte valutazioni continue. Inoltre, il CSM stabilisce intese e accordi di programma con i Comuni per promuovere inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affidamenti familiari e assistenza domiciliare; collabora con associazioni di volontariato, scuole e cooperative sociali.

Le altre ore del mio tirocinio sono state svolte all'interno della Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR), che rappresenta un elemento fondamentale nell'ambito

dell'assistenza ai cittadini con disagio psichiatrico. Si tratta di una struttura extra-ospedaliera che accoglie pazienti inviati dal CSM e che hanno programmi terapeutici e riabilitativi personalizzati. Queste strutture sono concepite per offrire una rete di relazioni e opportunità finalizzate all'emancipazione all'interno di specifici percorsi riabilitativi. È importante sottolineare che le SRR non devono essere considerate come soluzioni abitative definitive, ma come strutture residenziali che offrono assistenza sanitaria per un periodo massimo di 3 anni, in base alle necessità del paziente. La SRR di Jesi è collocata in una zona urbanizzata facilmente accessibile, non lontana dall'ospedale, in cui è anche presente il CSM e la SPDC. La sua posizione è pensata in modo da prevenire l'isolamento sociale dei residenti e incoraggiare l'interazione sociale. La struttura è divisa in tre piani. Vi è un piano sotterraneo che viene utilizzato come magazzino e laboratorio di falegnameria; un piano terreno dove si trovano gli spazi comuni: la cucina, il refettorio, la sala TV, il soggiorno con divani e librerie, bagni lavanderia; un primo piano dove si trovano il dormitorio dei pazienti, l'infermeria con il centralino, e una stanza utilizzata sia come ufficio dei medici, che per le sedute di psicoterapia.

L'équipe della struttura, adeguata alla quantità e alla varietà dell'utenza ospitata, è formata da 14 infermieri, 8 educatori, 1 Psicologa, e un medico Psichiatra responsabile del servizio.

- Gli infermieri: sono presenti due infermieri per ogni turno, che si alternano tra mattino, pomeriggio e notte, per circa 6/7 ore ciascuno. La loro principale mansione è quella di somministrare terapie ai pazienti e di condurre i necessari accertamenti, quali analisi del sangue, misurazione della pressione arteriosa e del battito cardiaco, nonché misurazione della temperatura.
- Gli educatori: gli educatori e le educatrici, lavorano sei giorni alla settimana, domenica esclusa. Alcuni di loro svolgono il ruolo di Educatore Professionale pur non avendo questa specifica formazione: sono psicologi, sociologi e tecnici della riabilitazione psichiatrica. Si alternano nei turni del mattino e del pomeriggio. Le loro principali responsabilità includono l'organizzazione e la conduzione di attività espressive e riabilitative per gli utenti, come la lettura del giornale, i cineforum, la ginnastica, il gruppo di cucina, la pittura, le discussioni di gruppo e la gestione di una stazione radio. Inoltre, si occupano della distribuzione di denaro e sigarette. Gli educatori e le educatrici sono le figure che trascorrono più tempo

a contatto con gli utenti, il che significa che instaurano relazioni significative, ma devono anche affrontare situazioni difficili come le crisi improvvise di alcuni utenti o comportamenti disfunzionali che possono influenzare l'intero gruppo. Tuttavia, la figura dell'Educatore Professionale è vista come punto di riferimento e sostegno.

- La psicologa: la psicologa è quasi sempre presente all'interno della struttura. La sua attività principale consiste nella conduzione di colloqui di psicoterapia individuali e nella gestione del gruppo terapeutico con tutti gli utenti. Le sue attività sono volte all'ampliamento della consapevolezza di sé stessi e alla condivisione da parte degli utenti del vissuto personale all'interno del gruppo. Collabora costantemente con gli educatori durante l'intera giornata, con particolare attenzione durante e dopo il gruppo terapeutico. Inoltre, lavora in stretta collaborazione con il medico psichiatra per la gestione di casi particolari e situazioni complesse.
- Il medico psichiatra: il medico psichiatra non è costantemente presente in quanto svolge anche il ruolo di referente in un'altra struttura, dividendo il suo tempo tra le due. Il suo lavoro consiste nel ricevere gli utenti per colloqui individuali e condurre gli incontri con i loro familiari. Lo psichiatra è responsabile della pianificazione e del controllo delle terapie farmacologiche, monitorandone attentamente l'andamento e valutando gli eventuali effetti comportamentali sugli utenti. Queste informazioni vengono regolarmente condivise con il personale infermieristico ed educativo, che rimane costantemente in contatto con gli utenti. Inoltre, il medico coordina e gestisce le riunioni di équipe, collaborando con gli educatori e la psicologa nell'organizzazione delle attività all'interno della struttura e delle eventuali attività esterne.

La SRR di Jesi accoglie 10 pazienti che vivono al suo interno h24. I pazienti hanno tra i 18 e i 60 anni circa e presentano patologie psichiatriche come la schizofrenia, il disturbo bipolare e disturbi di personalità. Alcuni di loro hanno anche comorbidità legate a dipendenze patologiche. Gli utenti ricoverati vengono indirizzati presso la struttura dal CSM o dal SPDC, ma vengono accolti solo dopo aver superato la fase acuta della loro condizione. I pazienti ospitati non si trovano in uno stato di cronicità e dispongono di risorse personali che consentono loro di beneficiare dell'intervento riabilitativo offerto.

Possono per esempio, entrare e uscire dalla struttura, previo periodo di osservazione e pianificazione del piano riabilitativo, al fine di svolgere attività, mansioni o lavori, alcuni anche in completa autonomia.

Le attività educative e riabilitative proposte all'interno della struttura mirano allo sviluppo delle autonomie, alla socializzazione, alla riduzione della marginalità, all'ampliamento della consapevolezza del vissuto personale e al miglioramento della qualità di vita.

Sono numerosi i servizi e le attività disponibili, distribuiti lungo l'arco della giornata e della settimana. Gli educatori e le educatrici progettano e creano tali attività in base alle necessità specifiche del gruppo di utenti:

- attività di tipo espressivo, che comprendono la pittura, il disegno, la realizzazione di un giornale, il canto, il teatro, l'ascolto della musica e la scrittura creativa. Nel periodo in cui ho svolto il tirocinio è stata anche inserita, all'interno della programmazione settimanale, l'attività di musicoterapia;
- attività manuali, come il giardinaggio, la cura dell'orto, il cucito e la lavorazione del legno, personalizzate in base alle abilità e alle preferenze di ciascun utente. Queste attività contribuiscono ad arricchire l'ambiente e a personalizzare parte dell'arredamento;
- attività sportive, come la ginnastica dolce, effettuata la mattina, per favorire il benessere corporeo e allenamenti di calcetto con l'obiettivo di partecipare a un torneo con associazioni locali, promuovendo la socializzazione e la sana competizione;
- interventi di risocializzazione, che comprendono gite, visite guidate a mostre e musei, cinema e spettacoli di teatro. È anche presente un progetto radiofonico chiamato "Radio Senza Muri" al di fuori della struttura, che collega diverse strutture riabilitative e associazioni, permettendo a chiunque di condividere storie personali, pensieri, brani musicali e altro ancora;
- interventi sulle abilità di base, che includono l'attenzione all'igiene e alla cura della persona, nonché un gruppo di cucina per promuovere l'autonomia nelle attività quotidiane;

- addestramento e formazione lavorativa, che avviene attraverso sessioni di role playing gestite dagli educatori e grazie a corsi di formazione specifici offerti dal comune, dalla regione o da enti privati;
- attività terapeutiche, come gruppi discussione gestiti dalla psicologa con supporto degli educatori, per affrontare, condividere e rileggere storie di vita, favorire la nascita di relazioni all'interno del gruppo;
- il gruppo di supporto alle famiglie, gestito dalla psicologa insieme al medico psichiatra e alcuni educatori, ha lo scopo di fornire informazioni e di garantire la continuità terapeutica degli utenti anche al termine del percorso riabilitativo.

Gli educatori svolgono un ruolo cruciale non solo nel coordinare e proporre attivamente attività, ma anche nel fornire un sostegno fondamentale agli utenti in ogni momento della giornata. La loro presenza costante e attenta si estende ben oltre le attività strutturate, e la relazione educativa si sviluppa anche nella vita quotidiana e nella vicinanza costante. Questa presenza continua permette loro di comprendere appieno le esigenze individuali di ciascun utente e di offrire un supporto mirato in ogni situazione, contribuendo in modo significativo al benessere globale sia dell'individuo che del gruppo.

4.2 Il progetto Educativo

Ho trascorso il periodo di tirocinio come Educatore Professionale all'interno della comunità da dicembre 2020 a giugno 2021. Durante questo periodo, ho avuto l'opportunità di avviare e guidare un percorso di musicoterapia con gli utenti della struttura.

Il nostro percorso musicoterapico ha preso il via il 11 febbraio 2021 e si è concluso il 27 maggio dello stesso anno. L'iniziativa del progetto, che fondeva insieme aspetti educativi e musicoterapici, è stata presentata e discussa con l'équipe, con la tutor-guida del tirocinio e con il medico psichiatra responsabile della struttura.

Dopo una discussione approfondita e una valutazione ponderata, il progetto ha ottenuto l'approvazione unanime dell'équipe, dandomi la possibilità di avviarlo con successo.

L'équipe aveva pianificato che le sessioni di musicoterapia si tenessero ogni giovedì pomeriggio, dalle 16:30 alle 18:30, garantendo così un tempo regolare e costante per gli utenti. Nel complesso, il percorso ha coperto un totale di 60 ore, distribuite tra diverse attività.

Una parte delle ore è stata dedicata alla creazione di strumenti musicali utilizzando materiali di riciclo, promuovendo la creatività e coinvolgendo attivamente gli utenti. Altre sessioni hanno incluso momenti di improvvisazione musicale e di bodypercussion, permettendo agli utenti di esplorare liberamente l'espressione musicale e corporea. Inoltre, sono state programmate sessioni di ascolto attivo, discussioni di gruppo e attività di songwriting, che hanno fornito agli utenti un ambiente sicuro per esprimere i loro pensieri e sentimenti attraverso la musica.

Il percorso di Musicoterapia è stato costantemente valutato e adattato in base ai progressi e ai bisogni degli utenti. Questa flessibilità ha permesso di creare una dinamica fluida e di gestire in modo efficace ogni incontro, garantendo un'esperienza significativa per tutti i partecipanti.

Prima di avviare il progetto, è stata condotta una fase di osservazione e valutazione sull'intero gruppo di utenti al fine di delineare l'Assessment educativo. Durante questo periodo, sono stati raccolti e analizzati dati provenienti da varie fonti, tra cui la lettura delle cartelle cliniche, colloqui con il medico psichiatra e conversazioni con gli educatori e gli infermieri della struttura. La maggior parte delle informazioni, tuttavia, è emersa attraverso l'osservazione diretta e la costruzione di relazioni di fiducia con gli utenti.

Ho trascorso del tempo a interagire direttamente con gli utenti, permettendo loro di aprirsi e stabilendo un rapporto basato sulla reciproca fiducia. Questa modalità di interazione mi ha consentito di acquisire una comprensione più profonda delle loro esigenze, delle sfide che affrontavano e delle risorse che potevano essere sfruttate per il progetto. La combinazione di dati oggettivi e di una conoscenza più approfondita delle esperienze individuali ha costituito la base per la definizione di un Assessment educativo personalizzato per ciascun utente.

In questo processo di valutazione ho notato una notevole diversità tra gli utenti, in termini di età e diagnosi. Gli utenti partecipanti avevano una età compresa tra i 19 e i 50 anni circa, e le diagnosi si diversificavano tra: schizofrenia, disturbo bipolare, depressione, disturbo di personalità e disturbo d'ansia generalizzata. Anche i dosaggi e le tipologie di farmaci assunti e il periodo in cui questi soggetti sono entrati nel circuito della salute mentale variava notevolmente tra di loro.

Questa diversità mi ha spinto a riflettere sulla necessità di promuovere un senso di coesione all'interno del gruppo, cercando di creare un ambiente che fosse in grado di

valorizzare l'unicità di ciascun partecipante e allo stesso tempo che potesse aiutare a sviluppare un senso di appartenenza.

Il progetto educativo basato sulla musicoterapia che ho proposto, aveva due obiettivi principali: lavorare sulla condivisione delle esperienze interiori degli utenti e aumentare il contatto con la propria corporeità. Questa scelta di obiettivi è stata guidata dalle osservazioni precedenti, poiché ho notato che alcuni di loro avevano difficoltà nell'esplorare e comunicare i loro sentimenti e emozioni più profondi. Inoltre, alcuni utenti presentavano limitazioni nei movimenti, spesso correlate all'uso prolungato di farmaci.

Il Progetto Educativo è stato rivolto a tutti gli utenti della Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR) di Jesi. Il gruppo era formato da 8 utenti di età compresa tra i 19 e 50 anni, con patologie psichiatriche differenti. Il progetto è stato attuato in stretta collaborazione con la mia tutor-guida di tirocinio, che ha supervisionato l'intero progetto, e ha partecipato a tutti gli incontri. Inoltre, prima e dopo ogni incontro abbiamo sempre tenuto una sessione di confronto per valutare la situazione, ottenere un feedback e osservare le dinamiche emergenti all'interno del gruppo.

La premessa del progetto, condivisa con l'intera équipe, sostiene che la musica può rappresentare un efficace mezzo alternativo per instaurare una relazione. Attraverso di essa, siamo in grado di comunicare la parte più profonda di noi stessi. La musica è una componente innata della natura umana e può essere utilizzata come linguaggio sonoro-musicale a scopi relazionali ed evolutivi, poiché comunica in modo simbolico, riflette i nostri processi interiori, ne modifica la qualità e ne favorisce l'espressione. La musicoterapia, partendo da quanto detto, non ha valore estetico ma è una terapia non-verbale basata sulla relazione, che utilizza la musica come mezzo comunicativo per portare un'esperienza, per assolvere i bisogni e per far emergere le capacità insite nell'essere umano.

Le finalità del progetto erano il miglioramento della qualità di vita e l'incremento delle capacità relazionali, sociali ed emotive dei partecipanti.

Gli obiettivi del progetto sono stati numerosi, poiché le attività proposte sono state diversificate per adattarsi alle diverse caratteristiche individuali dei partecipanti. È stato essenziale affrontare vari aspetti in quanto ciascun partecipante aveva bisogni specifici.

Gli obiettivi individuati comprendevano:

- potenziamento delle capacità relazionali e sociali;
- miglioramento della comunicazione verbale e non verbale;
- utilizzo della voce;
- coesione di gruppo;
- aumento delle capacità manuali;
- utilizzo del linguaggio verbale e musicale come mezzo di espressione e comunicazione;
- potenziamento della capacità di ascolto di sé stessi e dell'altro.

Per raggiungere gli obiettivi individuati sono stati utilizzati diversi mezzi e tecniche:

- laboratorio di costruzione di strumenti musicali con materiali di riciclo;
- utilizzo del corpo e della voce;
- improvvisazione di gruppo con strumenti musicali;
- songwriting;
- ascolto attivo di musiche proposte dagli utenti e dall'Educatore Professionale;
- discussione di gruppo.

Gli incontri sono stati improntati sull'utilizzo dell'improvvisazione sonoro-musicale come mezzo per costruire la relazione educativa e di gruppo. Al termine delle improvvisazioni, io e la tutor abbiamo cercato di far rielaborare ciò che era emerso attraverso il linguaggio verbale, disegni o attività che coinvolgevano il corpo. Durante il percorso, abbiamo anche sperimentato tecniche di songwriting collaborativo e a volte abbiamo anche utilizzato un piccolo impianto audio per l'ascolto di brani proposti da me, dalla tutor o dagli utenti.

Al termine di ogni incontro, per tutta la durata del percorso, sono stati monitorati i progressi e le difficoltà che i partecipanti hanno manifestato. Le valutazioni in itinere sono state sostenute da griglie di osservazione, dalla compilazione del diario educativo e dal costante confronto con la tutor riguardo i comportamenti e le libere espressioni degli utenti durante le discussioni di gruppo. Ciò ha fatto sì che alcune attività sono state adattate e modificate durante il percorso per rispondere meglio alle esigenze del gruppo. Il progetto si è sviluppato da febbraio a marzo 2021, un incontro a settimana da due ore ciascuno, per un totale di 60 ore. Il progetto non ha avuto nessun costo, dato che alcuni strumenti utilizzati per l'improvvisazione musicale sono stati costruiti con materiali di riciclo, e altri strumenti erano personali messi a disposizione del gruppo.

Tutti gli incontri si sono svolti all'interno del salone comune, sfruttando lo spazio già predisposto per le attività, disponendo semplicemente le sedie e i divani in modo tale da creare un cerchio.

Agli incontri hanno sempre partecipato tutti gli utenti della struttura, la tutor-guida di tirocinio e la mia collega di tirocinio; in alcuni incontri hanno partecipato anche altri educatori e infermieri presenti nella struttura.

4.3 Attività e Tecniche

Nel corso degli incontri sono state svolte diverse attività, pensate per raggiungere gli obiettivi individuati.

- Il laboratorio di costruzione di strumenti musicali con materiali di riciclo è stato un'attività propedeutica per gli incontri. Grazie a questo momento è stato possibile disporre di un maggior numero di strumenti, utilizzati per le improvvisazioni musicali.

Gli obiettivi di questo laboratorio erano molteplici e miravano a promuovere lo sviluppo di diverse competenze. Prima di tutto, abbiamo voluto incoraggiare la capacità di scegliere liberamente i materiali, stimolando la creatività dei partecipanti nel concepire e progettare il proprio strumento musicale. Trasformare oggetti di uso comune in strumenti e suonarli insieme, rappresenta un aspetto significativamente educativo.

Questo processo non solo ha facilitato il rapporto tra i partecipanti, ma ha anche fornito un importante esercizio per migliorare le loro abilità manuali, la creatività e l'espressione personale.

Il laboratorio ha incoraggiato lo sviluppo di competenze di progettazione e pianificazione nel tempo, promuovendo l'autonomia, poiché i partecipanti hanno dovuto prendere decisioni e attuarle nel processo di costruzione. Infine, il laboratorio ha contribuito a migliorare le capacità cognitive e prassiche dei partecipanti, dato che la costruzione degli strumenti richiedeva problem-solving e coordinazione motoria.

- L'utilizzo del corpo, della voce e della Body Percussion, consentono di lavorare su diversi livelli e con diversi obiettivi. La voce e il canto sono lo strumento musicale più intimo che si possa avere, hanno a che fare con la propria interiorità

ed emotività. Attraverso la voce si comunica all'altro, ed è sempre attraverso questa che si imprimono idee e concetti. La voce permette di capire cosa ha da comunicarci chi ci sta vicino, e di conseguenza facilitare il processo empatico. Se alle parole si aggiungono anche la musica, queste si possono caricare di emotività. Un altro aspetto di questa attività sta nell'uso del corpo come strumento musicale, ciò aumenta il contatto con la propria corporeità e favorisce la relazione tra mente e corpo. Contribuendo a migliorare la percezione di sé e delle sensazioni che nascono dal corpo. La Body Percussion favorisce la sincronia, la collaborazione e il senso di appartenenza al gruppo. Inoltre l'utilizzo del corpo e della voce richiede una serie di abilità cognitive, come l'attenzione, la memoria e la pianificazione. Stimola il cervello contribuendo a migliorare le capacità prassiche, il coordinamento motorio e l'autoconsapevolezza.

- L'improvvisazione di gruppo con strumenti musicali, permette di stabilire una comunicazione vera e profonda basata sul linguaggio non verbale. La produzione sonora è l'espressione dell'utente che viene accolta e considerata come un linguaggio direttamente connesso con la propria interiorità. Questo tipo di comunicazione, basata su sintonizzazioni affettive, offre l'opportunità di creare un dialogo sonoro fatto di ascolto e di rispecchiamento reciproco, osservabile nella componente musicale e nelle relazioni che si creano all'interno del gruppo. L'improvvisazione musicale è creare qualcosa nel momento stesso in cui si sta creando, ciò favorisce l'attenzione, il coinvolgimento e l'apertura di canali espressivi e comunicativi. Questa può essere utilizzata come mezzo per stabilire un contatto e favorire il transito di dinamiche affettive, migliorando l'espressione e la gestione dell'emotività. Esplorare ed esprimere le proprie emozioni attraverso la musica, favorisce l'autoconsapevolezza, perché potenzia le capacità di ascolto di sé stessi.

L'improvvisazione richiede una collaborazione tra tutti i partecipanti, una sincronia e una sintonia utile a migliorare le capacità interpersonali e sociali, dato che ascoltare sé stessi e l'altro nel momento in cui si suona insieme, favorisce le dinamiche di cooperazione, senso di unione, di appartenenza e differenziazione. L'improvvisazione musicale è fortemente legata al momento presente, ciò riporta il focus sul vivere l'esperienza nel qui e ora. Questo può aiutare a ricollegarsi con

le sensazioni che nascono dal corpo, a riconoscere e accettare i pensieri e le emozioni, ad esternare in maniera autentica la propria unicità.

- Il songwriting è una tecnica che si concentra sulla creazione di brani musicali; letteralmente significa “scrittura di canzoni”. Nel contesto educativo, questa tecnica non si focalizza sulla performance o sul risultato finale, ma piuttosto sul processo creativo, narrativo e autobiografico. Questo offre l’opportunità di esplorare la propria storia personale o il lavoro riabilitativo svolto all’interno del progetto di cura, facilitando la narrazione di elementi a volte indicibili. La canzone che si crea può emergere al termine di un laboratorio, come coronamento del percorso effettuato oppure come mezzo per raccontarsi e lasciarsi ascoltare dagli altri. In gruppo, i testi scritti possono prendere forma da un intreccio di contributi di tutti i partecipanti oppure possono emergere da feedback e interazioni continue. I modi creativi sono molteplici e nascono dal tipo di coesione, dalla capacità di condividere la propria interiorità con il gruppo e dalle risposte evocate dalla musica stessa.
- L’ascolto attivo di musiche proposte dagli utenti e dagli educatori, sembra un’attività apparentemente semplice, ma in realtà la scelta dei brani è fortemente legata al processo autobiografico e alla condivisione del proprio vissuto con gli altri. Questo tipo di attività apre al confronto e al dialogo di gruppo, può creare alleanze o lontananze, può anche aiutare a comprendere il punto di vista dell’altro. Condividere un brano musicale è comunicare sé stessi e la propria storia personale, perché aiuta ad aprirsi in modo indiretto per esprimere la propria emotività e riflettere sul vissuto dell’altro.

Queste attività sono state proposte durante tutto il percorso di Musicoterapia, modulandosi di volta in volta a seconda dei feedback che il gruppo rimandava.

Ho deciso di strutturare gli incontri, dalla durata di due ore ciascuno, sempre con la stessa modalità.

- La prima parte dell’incontro era destinata all’improvvisazione sonora, con gli obiettivi di potenziare la capacità d’ascolto di sé stessi e dell’altro, migliorare la comunicazione verbale e non verbale, potenziare le capacità relazionali e sociali, esprimere e gestire la propria emotività.

- La seconda parte, con varie attività incentrate sulla corporeità e vocalità, aveva gli obiettivi di aumentare il contatto con il proprio corpo e con la propria identità personale, aumentare le facoltà cognitive e prassiche, potenziare l'ascolto di sé stessi e dell'altro oltre che favorire la coesione di gruppo.
- La terza parte, destinata all'ascolto di musiche proposte da me e/o dagli utenti, aveva gli obiettivi di migliorare la capacità di discriminazione delle emozioni, la gestione della propria emotività e incrementare la capacità di comunicare sé stessi e la propria storia di vita agli altri.
- La quarta parte invece era dedicata alla discussione di gruppo, con gli obiettivi di potenziare le capacità relazionali e sociali, migliorare la comunicazione verbale e la condivisione del proprio mondo interiore, potenziare le capacità di ascolto, incentivare la condivisione della propria biografia e comprendere il punto di vista dell'altro.

La prima parte, quella destinata all'improvvisazione sonora, è sempre stata proposta in ogni incontro; le altre parti invece venivano modulate in base alle esigenze e alle attività svolte nel corso degli incontri. Questo dipendeva dall'obiettivo giornaliero, dalle esigenze che nascevano al momento e da come erano terminati gli incontri precedenti.

I primi incontri sono stati di valutazione, ho inserito all'interno del setting strumenti sia melodici che ritmici. Questa fase iniziale mi ha permesso di comprendere meglio le preferenze e le inclinazioni individuali nei confronti degli strumenti, la facilità nell'utilizzarli e la capacità di esprimersi attraverso la musica. Questa prima fase ha confermato ciò che avevo precedentemente osservato attraverso l'assessment educativo, cioè la forte disuguaglianza tra i componenti del gruppo sia per età che per patologia. Con queste informazioni, nate dall'osservazione e dall'esperienza pratica, io e la mia tutor abbiamo deciso come impostare gli incontri per raggiungere gli obiettivi che ci eravamo precedentemente posti.

Il primo step del progetto educativo, si focalizzava sulla coesione di gruppo.

Per cercare di raggiungere questo obiettivo, abbiamo chiesto di condividere un brano musicale di presentazione; una canzone significativa che raccontasse qualcosa di sé e che potesse dare un input per presentarsi e riconoscersi a vicenda. Questo momento ha aperto la strada al dialogo e a un confronto con tutti i membri del gruppo. Dopo questa attività

di apertura all'altro, abbiamo iniziato a lavorare sulla sincronia, attraverso strumenti ritmici e la Body Percussion.

La sincronia è la possibilità di suonare insieme contemporaneamente, è l'atto che promuove la possibilità di risuonare con la stessa frequenza, muovendocisi allo stesso tempo. L'assenza di questa, comporta l'atemporalità, compromettendo non solo l'attuabilità di improvvisare musicalmente insieme ma anche la condivisione di stati emotivi profondi. Raggiungere la sincronia aiuta a visualizzare il gruppo come un'identità unica che si muove verso una direzione comune.

Hai fini della valutazione è stato osservato che gli obiettivi posti sono stati raggiunti. In particolare è stato possibile sentire questo senso comune attraverso degli esercizi ritmici, che hanno posto l'attenzione all'ascolto reciproco, spingendo i partecipanti a volgere lo sguardo non solo al proprio strumento ma anche a quello degli altri. Le improvvisazioni ritmiche sono state la base che hanno aiutato a trovare la cooperazione tra i partecipanti. Tutto ciò ci ha dato la possibilità di proseguire il progetto educativo che stavamo attuando, definendo il secondo step, quello della condivisione degli stati interiori e della propria emotività. Abbiamo quindi lavorato sulla sintonia.

Questo concetto estende quanto appena definito per la sincronia, portandolo a un livello successivo. La sintonia avviene nel momento in cui le emozioni dei partecipanti si muovono con le stesse intenzioni. Metaforicamente, possiamo immaginarla come se ognuno di noi stesse suonando il proprio tamburo e ci allineassimo tutti sulla stessa pulsazione, ma questo tamburo rappresenta la nostra emotività e il ritmo che nasce rappresenta la nostra empatia.

La sintonizzazione favorisce l'accesso all'emotività e alla costruzione di legami affettivi. La sintonia lega i contenuti psicoemotivi dell'altro in un rapporto di reciprocità, dove le oscillazioni emotive vengono colte con sincronismo dall'empatia dell'altro.

Nelle improvvisazioni musicali effettuate con strumenti ritmici e melodici, le produzioni sonore sono diventate l'espressione degli utenti che sono state accolte e considerate come un linguaggio direttamente connesso con la loro interiorità. Questo tipo di comunicazione, ha offerto l'opportunità di creare un dialogo sonoro fatto di ascolto e di rispecchiamento reciproco, osservabile nella componente musicale e nella relazione che si era creata con tutto il gruppo.

Per Stern la costruzione dell'identità personale del bambino si sviluppa attraverso la sintonizzazione con la figura materna. Grazie a schemi sensoriali innati, il bambino durante l'interazione con la figura d'attaccamento, può imitare ed elaborare risposte transmodali, non verbali e motorie. Nella sintonizzazione madre-bambino, la relazione non si crea specificatamente attraverso l'imitazione *ma «sulla corrispondenza e sulla compartecipazione delle forme dinamiche vitali attraverso modalità differenti.»*²¹

Ciò significa che l'intersoggettività nasce da una dimensione non verbale in linea con espressioni e gesti provenienti da forme vitali innate. Questo indica che le modalità comunicative ed espressive emerse durante le improvvisazioni musicali si rifanno ad una personale forma vitale, che emerge da una qualità vissuta e uno schema d'azione.

Questa modalità comunicativa basata sul linguaggio non verbale è stata molto significativa e ha avuto un effetto positivo su tutto il gruppo.

Lavorando con una dimensione non verbale il gruppo è diventato un contenitore delle forme vitali di tutti i partecipanti, i quali hanno avuto l'opportunità di riscoprirsi e rileggere i vissuti soggettivi, favorendo il processo trasformativo educativo e riabilitativo, per una nuova riorganizzazione del sé.

Per completare questo ciclo di contatto con il sé, abbiamo invitato a verbalizzare i contenuti emersi dalle improvvisazioni e scrivere, nel corso delle settimane, pensieri, emozioni, sensazioni, ricordi, immagini o idee su dei fogli di carta. Ciò ha dato spazio al terzo step del progetto educativo: inventare una canzone che parlasse del percorso e della biografia degli utenti, come traccia tangibile in grado di riassumere tutto il lavoro svolto. Dai vari feedback degli utenti sono emersi dei temi principali: il tempo e il cambiamento. Questi hanno dato una linea guida nel processo di costruzione di un testo e hanno indirizzato le ultime improvvisazioni musicali, stimolando la creazione di una base per la canzone. Una volta definito il brano lo abbiamo registrato e lo abbiamo intitolato "Il tempo non ci fermerà". A conclusione degli incontri ogni partecipante ha ricevuto la traccia della canzone registrata, come simbolo e coronamento del percorso svolto.

²¹ DANIEL N. STERN, *Le forme vitali l'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011, p.36

“IL TEMPO NON CI FERMERÀ”

Sogno un mondo diverso fatto di musica e divertimento

Fatto da brave persone, che aiutano gli altri a far cose buone

Non voglio questo mondo, fatto di pregiudizi e ingiustizie

Fatto da persone cattive che aiutano gli altri a morire

Il tempo non ci fermerà

Il tempo non ci fermerà

Dobbiamo cambiare il mondo

Dobbiamo raggirare il tempo

Dove la mente, la parola e l'azione sono una cosa sola

Dove la mente, la parola e l'azione diventano una cosa sola

Questo mondo dove non puoi essere te stesso

Questo mondo dove non puoi essere chi vuoi

Sogno un mondo differente fatto da sorrisi gentili e dolci carezze

Fatto da brave persone, che ti fanno sentir migliore

Il tempo non ci fermerà

Il tempo non ci fermerà

Il tempo non ci fermerà

Dobbiamo cambiare il mondo

Dobbiamo raggirare il tempo

Dove la mente, la parola e l'azione sono una cosa sola

Dove la mente, la parola e l'azione diventano una cosa sola

Questo non è l'unico mondo possibile

Ci sono tanti mondi da scoprire, tanti universi da esplorare

Dove poter ridere e sorridere ancor, ora.

Dobbiamo cambiare il nostro mondo,

Dobbiamo fare di noi stessi, il cambiamento che vorremmo vedere nel mondo

Quello che volgiamo è dentro di noi,

Basta farlo uscire, basta solo farlo uscire, basta solo farlo uscire

Il tempo non ci fermerà

Il tempo non ci fermerà

Dobbiamo cambiare il mondo

Dobbiamo raggirare il tempo

Dove la mente, la parola e l'azione sono una cosa sola

Dove la mente, la parola e l'azione diventano una cosa sola

Il tempo non ci fermerà, anche tra tanto tempo accadrà

Il tempo è prezioso e spesso è scherzoso

Può cambiare il nostro mondo

Di raggirare il tempo abbiamo bisogno

Il tempo di tempo ha bisogno, il tempo di tempo ha bisogno, il tempo di tempo ha bisogno, il tempo di tempo ha bisogno

Tutti d'accordo devono essere, dove la mente, la parola e l'azione sono una cosa sola.

CONCLUSIONI

Questo studio si è concentrato sull'approfondimento degli obiettivi educativi e delle possibilità creative offerte dalla musicoterapia. Nel corso di questa ricerca, sono stati esaminati i punti di convergenza e le differenze tra la musicoterapia e gli interventi educativi, al fine di delineare i confini di entrambe le discipline. Tuttavia, è emerso come spesso sia difficile distinguere tra gli obiettivi educativi e quelli musicoterapici poiché essi coincidono in gran parte. I confini tra queste due discipline sono sfumati e sovrapponibili, ma è l'Educatore Professionale che direziona gli interventi attraverso l'osservazione e la diagnostica educativa, integrando nel processo di cura aspetti biologici, psicologici e sociali.

Questa convergenza è particolarmente utile, in quanto facilita l'utilizzo della musicoterapia come strumento educativo a disposizione dell'Educatore Professionale. Gli educatori professionali infatti, con la loro ricchezza di competenze, sono in grado di creare nuovi percorsi per raggiungere le finalità concordate con gli utenti e con l'equipe. La flessibilità degli educatori nel modificare i progetti, mettersi in discussione e cambiare direzione quando necessario, possono essere integrate efficacemente dalla musicoterapia, che si configura come un mezzo per soddisfare bisogni specifici e raggiungere obiettivi educativi.

La musica, come forma d'arte inafferrabile, può rappresentare una metafora della flessibilità e della trasformazione. Gli elementi che compongono la musica, come ritmo, melodia e armonia, agiscono nel divenire, trasportando sensazioni e significati intimi che evolvono e agevolano il processo di condivisione. La musica, costruendosi nel tempo, ci offre la possibilità di sperimentare la bellezza che ci riconnette al momento presente. In questa impermanenza e continua evoluzione, possiamo ritrovare la meraviglia trasformativa umana.

L'unione della musicoterapia con l'educazione, entrambe intrinsecamente mutevoli, adattabili e capaci di condurre in luoghi inaspettati, può contribuire significativamente al processo di cura.

Durante il mio progetto educativo di musicoterapia presso la Struttura Residenziale Riabilitativa di Jesi, ho assistito a trasformazioni sorprendenti: ho visto volti illuminarsi

di stupore al suono di un tamburo e persone che, insieme, hanno sperimentato la gioia di suonare e condividere idee e intenzioni. Questa esperienza ha confermato che la musicoterapia è un incredibile strumento nelle mani di un Educatore Professionale. Si tratta di un mezzo flessibile e in continua evoluzione, che consente di raggiungere obiettivi educativi in modi unici e sorprendenti.

L'interconnessione tra musicoterapia ed educazione si presenta come un viaggio inesauribile di scoperta e crescita. Questa sinergia offre non solo un approccio unico alle esigenze educative e riabilitative, ma anche un sentiero verso la comprensione profonda delle esperienze umane e delle loro infinite sfumature. Attraverso la musica, gli educatori professionali possono diventare architetti di cambiamento, guidando le persone attraverso un percorso di trasformazione che va oltre le parole. Nel cuore di questa unione, emerge un'essenza di umanità condivisa, una melodia con cui ciascuno di noi può identificarsi. La musica e l'educazione si fondono, offrendo un terreno fertile per l'apprendimento, l'espressione e la guarigione.

Guardando al futuro, questa connessione può continuare a ispirare nuove prospettive, aprendo le porte a opportunità ancora inesplorate nel campo dell'educazione e della cura. È auspicabile che la musicoterapia possa guadagnare sempre più spazio all'interno di diverse realtà, siano esse nel contesto sanitario che in ambito educativo e che l'Educatore Professionale abbia sempre più la possibilità di collaborare con musicoterapeuti o acquisire egli stesso competenze musicoterapiche.

In conclusione, l'importanza di abbracciare la flessibilità, l'apertura al cambiamento e la capacità di adattare la musicoterapia nella pratica educativa, può aprire porte inaspettate nel percorso di crescita e inclusione delle persone. Questo dialogo tra musica ed educazione ci insegna che la bellezza risiede nel cambiamento e nella molteplicità di sfaccettature dell'esperienza umana, e l'Educatore Professionale è lì per guidare e sostenere questa trasformazione.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERTO EZZU, ROBERTO MASSAGLIA, *Introduzione alla Musicoterapia*, Torino, Musica pratica, 2017
- ALDO CAROTENUTO, *Vivere la distanza*, Milano, Bompiani, 1998
- ANDREA CANEVARO, *Pedagogia Speciale, la riduzione dell'handicap*, Milano, Mondadori, 1999
- BENEDETTO SARACENO, *La fine dell'intrattenimento*, Milano, Etas libri 1995
- BRUNO BETTELHEIM, *Un genitore quasi perfetto*, Milano, Feltrinelli, 1989
- CARL R. ROGERS, *Client Centered Therapy*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1989
- DANIEL N. STERN, *Le forme vitali l'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011
- Definizione tratta da dizionario online Treccani <https://www.treccani.it/enciclopedia>
- Definizione tratta dal Vocabolario etimologico della lingua italiana, etimo.it
- DONALND W. WINNICOT, *Playing and Reality*, Middlesex, England, Penguin Books, 1971
- DUCCIO DEMETRIO, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Milano, Cortina, 1996
- HELMCHEN HELMCHEN, *Different conceptions of mental illness: consequences for the association with patients*, Front, Psychol, 2013, 4:269. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00269
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_449_allegato.pdf
- <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=175&area=salute%20mentale&menu=azioni#:~:text=Legge%20Basaglia&text=depenalizzare%20la%20malattia%20mentale%20e,paziente%2C%20oltre%20che%20della%20collettivit%C3%A0>
- <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>.
- JAQUES LE GOFF, *La nuova storia, saggio: La storia dei marginali*, Jean-Claude Schmitt, Milano, A. Mondadori, 1980

KRZYSZTOF SZADEJKO, *Teoria e prassi, Rivista di Scienze dell'Educazione*, Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione "Giuseppe Toniolo", Numero 1, Ottobre 2020

MARIA ELISABETTA BUCCI, *Suoni Uomini e Dei*, Macerata, Edizioni Simple, 2019

MICHAEL PARSONS, *Raiding the inarticulate: The internal analytic setting and listening beyond countertransference*, Taylor and Francis Online, The International Journal of Psychoanalysis, volume 88, 2007

ONORINA GARDELLA, *L'educatore professionale finalit , metodologia, deontologia*, Milano, Franco Angeli, 2007

PAOLA CAROZZA, *Principi di riabilitazione psichiatrica, per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006

PAOLA MANNUZZI, *Pedagogia del gioco e dell'animazione. Riflessioni teoriche e tracce operative*, Miano, Guerrini e Associati, 2002

PIERAGELO BARONE, *Pedagogia della marginalit  e della devianza, Modelli teorici, questione minorile, criteri di consulenza e intervento*, Milano, Edizione Angelo Guerini e Associati s.r.l., 2019

ROBERTO MANCINI, *Le logiche del male, teoria critica e rinascita della societ *, Torino, Rosenberg & Sellier, 2012

ROLANDO OMAR BENENZON, *La musicoterapia, la parte dimenticata della personalit *, Bruxelles, De Boeck, 2004.

TONY WIGRAM, *Guida generale alla musicoterapia. Teoria, pratica clinica, ricerca e formazione*, Roma, ISMEZ, 2003

WFMT, *Definition of Music Therapy*, 8th World Congress of Music Therapy, Hamburg, 1996