



# UNIVERSITÀ DI PAVIA

Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia

## **La musicoterapia improvvisata come strumento terapeutico nella cura del disturbo dello spettro autistico**

Relatore:

Prof.ssa Carlotta Lega

Correlatore:

Prof. Tomaso Vecchi

Tesi di Laurea Magistrale in Psicologia

di Danielle Nahum

Matricola: 526104

Anno Accademico 2022/2023

***“Dove le parole falliscono, la musica parla”***

(Hans Christian Andersen)

## **INDICE**

### **Abstract**

### **Introduzione**

### **Capitolo 1: Musicoterapia nell'autismo: Introduzione e Strutturazione dell'intervento**

1. Introduzione generale alla musicoterapia
2. Fasi dell'intervento e tipologie di tecniche
3. Definizione e caratteristiche del disturbo dello spettro autistico
4. Strutturazione dell'intervento musicoterapico per il trattamento dell'autismo

### **Capitolo 2: Modelli d'improvvisazione in musicoterapia**

1. Caratteristiche dei modelli di musicoterapia improvvisata
2. Modello di Nordoff-Robbins: la musicoterapia creativa
3. Modello di Alvin: Terapia della libera improvvisazione
4. Modello di Bruscia: La terapia d'improvvisazione musicale

### **Capitolo 3: L'efficacia della musicoterapia improvvisata nell'autismo**

1. Risultati di alcune ricerche empiriche
2. Punti di forza e limiti

### **Conclusione**

### **Bibliografia**

### **Sitografia**

## **Abstract**

La musicoterapia rappresenta uno strumento terapeutico incoraggiante per accedere al mondo interiore dei bambini affetti da disturbo dello spettro autistico, specialmente quando i canali di comunicazione tradizionali risultano inefficaci. Questa popolazione, che presenta difficoltà nella sfera sociale e quindi nell'interazione e nella comunicazione con l'altro necessita di approcci innovativi e altamente individualizzati al fine di promuovere lo sviluppo delle aree di maggior vulnerabilità come ad esempio: le abilità sociali e l'eccessiva rigidità.

La presente tesi esamina in modo critico le potenzialità della musicoterapia, concentrandosi in particolare sull'efficacia della musicoterapia improvvisata che ha come scopo la creazione di un'interazione con il paziente, sviluppando processi comunicativi-relazionali attraverso la ritmicità e l'uso di melodie improvvisate.

Gli obiettivi principali sono di definire questa pratica clinica, identificando le modalità di intervento possibili, e delineare i modelli di riferimento. Il modello creativo di Paul Nordoff e Clive Robbins è basato sulla creazione ed improvvisazione musicale volta a concedere l'opportunità di espressione attraverso un linguaggio non verbale.

Il modello di libera improvvisazione di Juliette Alvin è incentrato sull'osservazione, descrizione e valutazione delle reazioni dei bambini alla musica proposta dal musicoterapeuta, senza alcun criterio specifico per suonarla. Infine, il modello di musicoterapia improvvisata di Kenneth Bruscia è fondato sull'accoglienza e l'ascolto delle produzioni musicali del paziente, la loro analisi e valutazione creando una connessione emotiva all'interno della relazione terapeutica.

Secondo diverse ricerche empiriche la musicoterapia improvvisata ha avuto molteplici benefici nel miglioramento dei sintomi del disturbo dello spettro autistico. Alcuni esempi delle aree di vulnerabilità che sono state potenziate comprendono: la comunicazione verbale e non; la regolazione emotiva; la capacità di mantenere l'attenzione condivisa e la diminuzione delle stereotipie.

## **Introduzione**

*“Philip era un bambino autistico di sette anni, di piccola statura, del tipo iperattivo, dal carattere ossessivo, diffidente e riservato; nascondeva sempre gli strumenti sotto i mobili. Il suo vero contatto avveniva con il piano. Si chinava sulla tastiera, suonava accordi con tutte e due le mani e ascoltava le vibrazioni con gli occhi socchiusi, immobile e quasi estatico. Era un momento di serenità e di gioia in cui si immergeva totalmente. Questa esperienza creò una relazione fra le sue percezioni uditive e tattili, come pure con la terapeuta sulle cui ginocchia si metteva a sedere quando era al pianoforte.” (Alvin, 1981; p.16).*

Per ciascuno di noi, la musica assume significati differenti. Per alcuni, potrebbe non avere alcun valore, mentre per altri potrebbe essere semplicemente un passatempo, un piacevole sottofondo che accompagna le giornate. Tuttavia, per alcune persone, come Philip e altri bambini che sono affetti dal disturbo dello spettro autistico, la musica rappresenta qualcosa di profondo. Nel caso di Philip, le note del pianoforte gli hanno donato un senso irrazionale di pace, offrendogli un rifugio dalla frenesia e dall'agitazione che non riesce a controllare, un luogo in cui sentirsi al sicuro da giudizi esterni.

La musicoterapia nasce quando la musica, utilizzata da professionisti, diventa un'opportunità e uno strumento per la riabilitazione, la prevenzione e l'educazione (World Federation of Music Therapy, 1996). Personalmente, la musica mi ha accompagnato per tutta la vita, fin dalle prime lezioni di pianoforte a otto anni, diventando un punto fermo nella mia quotidianità. Per me, la musica non è solo un mezzo di espressione artistica, ma mi ha insegnato a gestire le emozioni, a mantenere il controllo, a concentrarmi, ad impegnarmi e a prendermi cura della mia mente.

Da qui nasce la mia motivazione nel voler esplorare gli effetti e l'impatto di una "terapia" basata sull'uso specifico e intenzionale della musica per bambini con bisogni speciali, in particolare per quelli affetti dal disturbo dello spettro autistico, una condizione comportamentale complessa e dibattuta. La musicoterapia può rappresentare una strategia per accedere al mondo interiore di questi bambini, in cui i canali di comunicazione tradizionali non funzionano adeguatamente. Infatti, essi presentano difficoltà nell'interazione sociale, nella comunicazione e comportamenti anomali che rendono difficile stabilire relazioni profonde (Cottini 2002, Vivanti et., al 2021). Questa tesi si propone di esaminare in modo critico le potenzialità della musicoterapia come strumento correlato nel trattamento dei bambini affetti da disturbo dello spettro autistico, concentrandosi in particolare sull'efficacia della musicoterapia improvvisata in questi bambini. I quesiti che si intendono affrontare sono i seguenti: Qual è la definizione di musicoterapia? Quali sono gli obiettivi e le modalità di intervento che possono essere adottate? Quali sono i modelli di riferimento della musicoterapia improvvisata? In che modo possiamo utilizzare la musicoterapia come risorsa per intervenire positivamente a sostegno dei bambini con disturbo dello spettro autistico? Queste non sono domande a cui è semplice rispondere, e pertanto questa tesi si propone di aprire un canale di comunicazione per avviare un dialogo costruttivo sulle possibili strade da seguire, avvalendosi delle conoscenze ed esperienze dei musicoterapeuti come punto di partenza per delineare il percorso da seguire.

Il primo capitolo introduce la musicoterapia a partire dalla sua definizione; si presentano poi a livello storico i fondamenti teorici della disciplina fino alla nascita della professione del musicoterapeuta. In seguito, viene esposta la spiegazione delle caratteristiche di questa disciplina a livello applicativo facendo riferimento alle tecniche utilizzate (attive e recettive). Successivamente viene presentata la definizione, secondo il manuale

diagnostico (DSM-V), di disturbo dello spettro autistico dove vengono descritte le caratteristiche specifiche della sindrome attraverso le tre aree funzionali principalmente atipiche: l'interazione sociale, la comunicazione sociale e il comportamento. Al termine del capitolo viene approfondita la strutturazione dell'intervento della musicoterapia in soggetti affetti da questo disturbo, delineando gli obiettivi specifici da raggiungere per migliorare le diverse aree di vulnerabilità. Ad esempio: la capacità di sincronizzazione e reciprocità, difficoltà nelle funzioni esecutive e/o motorie, nel mantenimento dell'attenzione, nell'essere intenzionali nella comunicazione, e quindi ad avere una motivazione sociale, e nella regolazione emotiva (Cainelli,2023). Il secondo capitolo affronta le caratteristiche generali di un intervento musicoterapico basato sull'improvvisazione fino ad approfondire nel dettaglio i tre modelli principali che sono stati istituiti dai maggiori esponenti di questa disciplina: Paul Nordoff, Clive Robbins, Kenneth Bruscia e Juliette Louise Alvin. Nordoff e Robbins utilizzano una musicoterapia definita come creativa perché il terapeuta crea e improvvisa la musica in maniera oggettiva; quindi, i suoi gusti personali o la personalità non devono influire sul processo. Lo scopo principale è quello di cercare di raggiungere e mantenere il contatto con il paziente, progressivamente, per creare l'esperienza terapeutica sostenendo i suoi stadi di sviluppo creativo nella produzione sonora. Il metodo improvvisativo di Bruscia fa riferimento ad un modello fondato sulla creazione di un ambiente accogliente ed empatico in cui il terapeuta può analizzare, valutare e ascoltare senza giudizio le melodie che vengono create dal paziente. Le variabili della musica sono controllate, manipolate o lasciate liberamente cambiare. L'obiettivo principale è quello di sviluppare la creatività, l'espressione del sé e le abilità interpersonali cercando sempre di integrare due poli opposti, come ad esempio: il controllo e la libertà oppure la volontà e la responsabilità (Bruscia,2001). Il capitolo si conclude con l'esposizione del modello della libera

improvvisazione di Louise Alvin che era fondato sull'importanza dell'osservazione, descrizione e valutazione delle reazioni dei bambini alla musica. L'autrice sosteneva che la musica, attraverso varie esperienze, potesse promuovere lo sviluppo complessivo, emotivo, intellettuale e sociale dei bambini, facilitando processi di identificazione tramite attività come l'ascolto, la composizione, la lettura e lo studio della musica (Alvin, 1968). Il mezzo di comunicazione e interazione primaria all'interno della terapia era lo strumento (Wigram et al., 2003). Il terzo capitolo si concentra sull'indagine dell'efficacia della musicoterapia improvvisata applicata sui bambini con disturbo dello spettro autistico, attraverso l'analisi critica di una review sistematica della letteratura. Verranno esposti i principali risultati delle ricerche empiriche che sono state svolte in riferimento a questo tema, con particolare attenzione ai punti di forza e limitazioni di queste ultime.

## **Capitolo 1.**

### **Musicoterapia nell'autismo: Introduzione e strutturazione dell'intervento**

Qual è la definizione di musicoterapia? Quasi tutti saprebbero dare una risposta a questa domanda parlando per sentito dire o facendo riferimento ad alcune idee generali sulla musica e alle sue possibili applicazioni. Poche persone possono darne una definizione completa. Ciò è dovuto al fatto che si tratta di una "disciplina complessa, di recente nascita e in grande evoluzione, che sta cercando di connettere i dati empirici con principi scientifici di varia natura" (Raglio, 2000; p. 11). Nel seguente capitolo fornirò una definizione e farò un breve resoconto dei principi che l'hanno ispirata, nonché delle sue caratteristiche generali e delle sue tecniche principali, facendo riferimento alla sua applicazione in diverse aree di vulnerabilità del disturbo dello spettro autistico.

## ***1. Introduzione generale alla musicoterapia***

Le definizioni di Musicoterapia variano in base all'orientamento e alla prospettiva di un determinato gruppo di professionisti o alle diverse culture (Wigram et al., 2003). Nel 2011 la World Federation of Music Therapy (WFMT) la definiva come segue: *“La musicoterapia è l'uso professionale della musica e dei suoi elementi come intervento in ambienti medici, educativi e comuni con individui, gruppi, famiglie o comunità che cercano di ottimizzare la loro qualità della vita e di migliorare la loro salute e il loro benessere fisico, sociale, comunicativo, emotivo, intellettuale e spirituale. La ricerca, la pratica, l'educazione e la formazione clinica in musicoterapia sono basati su standard professionali, secondo i contesti culturali, sociali e politici”*. Da questa definizione emerge che il punto focale della terapia con la musica è il binomio inscindibile suono-relazione, nella sua complessità e nelle sue possibili applicazioni (Raglio, 2000).

La musica è stata utilizzata fin dall'antichità come strumento terapeutico. I rituali di guarigione che comprendevano suono e musica, infatti, permanevano in molte culture (Wigram et al., 2003). Uno dei primi ad affermare questa teoria è stato il filosofo Pitagora (500 a.C. circa). Aveva già scoperto che la musica esiste a livello fisico e che l'orecchio umano è in grado di percepire le vibrazioni delle corde e di attuare le operazioni percettive e cognitive che portano a identificare le proporzioni tra i suoni e a riconoscere note e intervalli musicali. Platone, invece, sosteneva che la musica aveva un effetto sulla mente umana, tanto da influire sullo stato d'animo, il carattere e la salute (Moutsopoulos, 2002). Secondo lui era uno strumento significativo in grado di condurre l'uomo alla più profonda consapevolezza di sé.

L'idea di poter influenzare il corpo attraverso la mente è ricorrente anche nella pratica clinico medica: dopo anni in cui medicina, psicologia della salute e musicoterapia erano rimaste dottrine separate, oggi si stanno unendo grazie alla comprensione dell'uomo come un unicum di corpo, mente e spirito (Wigram et al., 2003). Infatti, la musica agisce anche dal punto di vista fisico: non è possibile avere risposte emotive alla musica senza la risposta fisica e viceversa. I musicoterapeuti devono quindi osservare e valutare queste reazioni come parte della loro comprensione della persona (Wigram et al., 2003). Secondo gli studi scientifici e le basi teoriche provenienti dalla musicologia, dalla psicologia della musica (che esamina i processi di percezione musicale nell'orecchio e nel cervello), dalla psicoterapia e da altre discipline come la psicoacustica e le neuroscienze, la musicoterapia sottolinea l'importanza del suono e ne dimostra la scientificità. È stato ampiamente analizzato lo sviluppo delle abilità musicali nei bambini e si è rilevato quanto il suono sia precocemente presente nell'individuo e sia fondamentale per la sua evoluzione. Sono stati fatti studi importanti sul significato assunto dalla voce materna, dove è emerso che il suono rappresenta la comunicazione, è estremamente dotato di senso e significato, e delinea un importante canale di trasmissione delle emozioni (Beauchemin et al., 2011).

Nonostante si parlasse già ai tempi di Platone e di Pitagora degli effetti della musica sull'uomo, quest'ultima non veniva riconosciuta ancora come un vero e proprio strumento terapeutico. Iniziò ad essere reputata come una professione in America, formalmente, dopo la Prima e la Seconda Guerra Mondiale, quando musicisti di ogni tipo andavano negli ospedali e suonavano per migliaia di veterani che soffrivano di traumi fisici ed emotivi a causa della guerra. Le loro risposte positive alla musica, a livello fisico ed emozionale, spinsero medici e infermieri ad assumere musicisti in ospedale. Fu subito chiaro però che questi musicisti avrebbero avuto bisogno di una

certa formazione prima di entrare in servizio. Da qui la richiesta di istituire materie curriculari da studiare al College.

Il primo riferimento alla musicoterapia come disciplina apparve nel 1789 in un articolo anonimo apparso sul *Columbian Magazine* dal titolo “Music Physically Considered”. Già dai primi anni del 1800 cominciarono ad apparire scritti sul valore terapeutico della musica in due dissertazioni mediche di Edwin Atlee (1804) e Samuel Mathews (1806). Proprio in questi anni si effettuò anche in un setting istituzionale il primo esperimento sistematico registrato in Musicoterapia (si utilizzò la musica per alterare la condizione del sogno durante la psicoterapia).

Con il passare del tempo l’interesse per la musicoterapia continuò ad aumentare, in particolare nei primi anni del 1900, portando alla nascita di tante associazioni, le quali però purtroppo non erano in grado di sviluppare una professione clinica organizzata; finché emersero tre figure innovatrici, che giocarono un ruolo fondamentale nello sviluppo della musicoterapia come professione clinica. Essi erano Ira Althshuler, Willem van de Wall ed Everret Thayer Gaston, considerato il padre della musicoterapia. Intorno agli anni ’40, furono istituiti anche i primi corsi di formazione universitari per avviare alla professione.

Al giorno d’oggi ci sono numerose associazioni professionali della musicoterapia, tra le quali vale la pena citare l’American Music Therapy Association (AMTA), nata nel 1998, attualmente la più vasta associazione di musicoterapia del mondo.

## ***2. Fasi dell’intervento e tipologie di tecniche***

Nel libro *Defining Music Therapy* (1998), Bruscia definisce la musicoterapia come un intervento sistematico in cui il musicoterapeuta aiuta il cliente a migliorare il suo stato di salute attraverso le esperienze musicali. A tal proposito, Bruscia si è

concentrato sull'approfondimento degli studi riguardanti questo campo, e ha scoperto alcuni requisiti per la definizione di un intervento musicoterapico. In primo luogo, l'obiettivo del musicoterapeuta è aiutare il cliente a entrare in relazione con la musica e l'obiettivo della terapia deve essere il miglioramento dello stato di salute della persona. In secondo luogo, per essere considerata musicoterapia, il processo deve coinvolgere tre fattori: l'utente, il musicoterapeuta e la musica. L'utente deve garantire l'impegno, la messa alla prova o anche la sola presenza necessaria per il completamento della terapia. Non è necessario che il musicoterapeuta o la musica si assumano la totale responsabilità di questi aspetti del trattamento. Bruscia distingue la musica *come* terapia, dove è la principale fonte di cambiamento terapeutico perché ha un impatto diretto sulla persona e sul suo stato di salute, e la musica *in* terapia, dove è utilizzata per rafforzare la relazione tra musicoterapeuta e paziente. In questo ultimo caso, la musica non è l'elemento principale, ma è il musicoterapeuta a decidere come utilizzarla. Egli deve soddisfare le esigenze della persona utilizzando qualsiasi mezzo che risulti appropriato.

Questa disciplina si distingue dalle altre forme di trattamento per la sua combinazione di quattro caratteristiche distintive: il suono, la bellezza, la creatività e la relazione (Bruscia, 2014). Inoltre, quattro sono i principali tipi di reazione individuati all'interno del setting terapeutico: fisica, sensoriale, intellettuale ed emotiva. (Alvin, 1968).

Anche la musicoterapia, come altre discipline scientifiche, comprende delle metodologie specifiche che devono essere messe in atto prima e durante il trattamento. A tal proposito, secondo il concetto di "Evidence Based Practice" espresso da Mace (2000, in Raglio), la pratica musicoterapica comprende alcune fasi, che si rifanno ai diversi approcci utilizzati:

1. *Criteri di invio*: L'intervento musicoterapico è rivolto a persone che hanno un deficit affettivo comunicativo-relazionale, che può essere dovuto a fattori organici o psicologici. Poi, molte altre condizioni devono essere prese in considerazione per valutare la realizzazione dell'intervento, come la disponibilità e l'idoneità del paziente al trattamento. Il trattamento non presenta controindicazioni perché non è invasivo.

2. *Assesment musicoterapico*: Ciò riguarda la valutazione della disponibilità e dell'idoneità dell'utente all'intervento. Si svolge in un certo numero di sedute, a volte precedute da un colloquio con il cliente. Questa modalità varia in base ai casi e alle condizioni psicopatologiche. Inoltre, si cerca di identificare i segnali comunicativi potenziali al fine di determinare le tecniche di trattamento. L'elaborazione di protocolli e/o griglie di osservazione sono altre opzioni di assesment.

3. *Definizione degli obiettivi musicoterapici*: Consiste nell'identificare i tratti della persona che non sono ancora completamente compromessi e trovare aree di funzionamento su cui porre l'attenzione. L'obiettivo è riabilitare o abilitare le funzioni di una persona con una patologia persistente. In aggiunta, percorsi di crescita e sviluppo personali, espressivi e creativi vengono utilizzati a scopo preventivo in assenza di patologie.

4. *Il contratto musicoterapico*: comporta un potenziale colloquio con l'utente per determinare le modalità del trattamento, le finalità e le motivazioni. A seguito, si valuta se la proposta è accettata o meno. Il contratto deve essere condiviso sia con la famiglia che con le istituzioni.

5. *Il trattamento*: inizia solo dopo che è stato raggiunto un consenso. Se le circostanze lo consentono, le sedute si svolgono in una stanza che soddisfa alcuni

requisiti essenziali tra cui: dimensioni adeguate, isolamento acustico e assenza di stimoli che potrebbero interferire. Le sedute individuali sono generalmente di 45 minuti o di 1 ora. L'intervento può essere limitato a un certo numero di sedute oppure può terminare quando si ritiene che gli obiettivi della musicoterapia siano stati raggiunti pienamente o in parte. Il trattamento utilizza metodi specifici, che saranno descritti nel paragrafo successivo.

*6. Valutazione:* consiste nella valutazione periodica della relazione musicoterapica e nella condivisione di contenuti come protocolli o griglie di osservazione. Il contesto, le dinamiche relazionali, le tecniche sonoro-musicali e non verbali sono tutti sottoposti a valutazione; Inoltre, vengono presi in considerazione i parametri e gli elementi musicali emersi, nonché la relazione tra la forma musicale e gli aspetti emotivi emersi. Inoltre, viene esaminato il comportamento del musicoterapeuta.

*7. Conclusione del trattamento:* accade quando si riscontra una stabilizzazione dei progressi o in caso di possibili situazioni in cui si determina di disinvestire nelle sedute musicoterapiche.

Al momento dell'avvio e nel corso del trattamento musicoterapico, a seconda della comunicazione verbale dei pazienti, vengono utilizzate due tecniche principali: attiva e recettiva. Alcuni potrebbero non disporre di adeguate competenze verbali, oppure potrebbero essere restii a usare la parola come veicolo di comunicazione o potrebbero impiegarla a scopo difensivo. Entrambi gli interventi sono quindi specifici di contesti clinici nei quali è necessario stabilire un contatto (Manarolo, 2007).

La tecnica attiva fa riferimento ad un approccio che può essere indirizzato anche a persone gravemente compromesse; tuttavia, l'elemento sonoro-musicale può consentire di stabilire un contatto e una risposta attenta che faciliti l'avvio di

processi relazionali. La musica e il suono permettono di entrare in contatto con il soggetto su un piano sensoriale e corporeo attivandolo e stimolandolo per poi avviare percorsi relazionali e/o cognitivi evoluti. L'utilizzo di questa tecnica prevede che il soggetto soddisfi alcune condizioni come: una sensibilità all'elemento sonoro-musicale, il rispetto delle regole del setting, l'accettazione e la permanenza, anche parziale all'interno della stanza. Principalmente, viene richiesto all'utente di esplorare lo strumentario musicale e di utilizzarlo per dialogare col musicoterapeuta attraverso l'improvvisazione o altre tecniche; solo in seguito viene chiesto di verbalizzare, se la persona ne ha la competenza (Manarolo,2007). Il setting strumentale, invece, è strutturato in base all'identità sonoro-musicale degli utenti e dopo una attenta osservazione sonoro-relazionale. Secondo Raglio (2000), la conduzione della seduta può contenere o spronare la persona a cercare di apportare cambiamenti intrapsichici e comportamentali. Il fatto di udire suoni, porta a produrre suoni: attraverso tecniche attive il soggetto si proietta in libertà. Inoltre, la produzione attiva del suono implica il concetto di impegno e di valutazione. Ad esempio, i bambini con disturbo dello spettro autistico hanno spesso una mancanza di motivazione e non hanno familiarità con la nozione di progresso personale. Tuttavia, potrebbero sentirsi grati per il compiacimento di un adulto (Alvin, 1981; Celi & Fontana, 2007).

Per produrre musica, il soggetto dovrebbe prendere consapevolezza del suono prodotto dalla voce e dagli strumenti. Nella produzione del suono è racchiuso il concetto di potenza: il fatto che per suonare uno strumento sia necessario compiere una resistenza contro l'oggetto può creare nel paziente che suona un senso di controllo e sostegno.

Per il bambino con autismo il suono è più evidente quando la fonte di quest'ultimo e il movimento che lo produce sono nel suo campo visivo (Geretsegger et al., 2014). Il

suonare uno strumento dovrebbe inoltre sostituire quei movimenti stereotipati tipici dei soggetti autistici e rendere il bambino consapevole di utilizzare quest'ultimo con uno scopo: produrre musica (Bruscia,2014). Anche l'utilizzo della voce aiuta a sviluppare consapevolezza della pressione dell'aria che entra nei polmoni e delle labbra, della bocca, della lingua (Katagiri,2009).

In sostanza, l'uso attivo degli strumenti musicali mostra un'attinenza particolare per certi spunti melodici a cui possono essere aggiunte le parole. Il ritmo invece, rispetto alla melodia, mostra dei vantaggi perché viene compreso meglio e agisce su reazioni fisiologiche (Alvin,1981). Tuttavia, non tutti i bambini nascono con una ritmicità spiccata, soprattutto quelli con autismo. Quest'ultima può essere sviluppata nel tempo tramite l'associazione di un suono ad un movimento.

Alcune successioni ritmiche, inoltre, possono venire associate a ritmi verbali e quindi memorizzate meglio. La ritmica richiede anche l'uso del silenzio: capacità di saper iniziare e smettere di suonare, che necessita di controllo e padronanza del movimento nel tempo e nello spazio. Il silenzio permette poi di ascoltare il suono prodotto dall'altra persona e di entrare così in un processo di socializzazione (Alvin, 1981). La comunicazione non verbale invece, può simulare l'interazione caregiver-infante, dove la reciprocità ritmica, melodica, e dinamica è analoga al modo in cui il musicoterapeuta risponde al bambino.

Un'altra tecnica utilizzata è quella recettiva che comporta un tipo di intervento che può essere rivolto a utenti con problematiche relative all'isolamento, al ritiro, oppure a chi presenta carenze nei processi di mentalizzazione ed espressione simbolica. L'ascolto musicale in queste persone può creare le condizioni affettive necessarie a instaurare una relazione musicoterapica e permette l'attivazione di un processo di

elaborazione psichica. L'alleanza musicoterapica favorisce una maggiore consapevolezza del proprio mondo interno e l'apertura a nuovi canali di comunicazione. Le tecniche recettive consistono prevalentemente nell'ascolto musicale e nelle condizioni che esso ricrea per favorire la relazione terapeutica. Attraverso l'ascolto spesso riaffiorano emozioni inerenti al passato, dunque a carattere nostalgico (Manarolo,2007). Inoltre, secondo Alvin (1981), ha sempre un ruolo di fondamentale importanza perché stabilisce una relazione tra il mondo interno del bambino e la realtà esterna che lo circonda.

Per accedere a un trattamento di musicoterapia recettiva, il cliente deve possedere una certa competenza nella comunicazione verbale e nella capacità introspettiva ed elaborativa. Deve essere inoltre in grado di rispettare le regole del setting all'interno del trattamento. Ogni brano proposto ha un "colore" ed esprime una tonalità emotivo-affettiva. Non ci si attende a priori una particolare risposta: è il rapporto che si instaura tra ogni ascoltatore e i materiali a costituire l'oggetto di studio. Le musiche proposte devono rispettare una successione logica, di solito si riferiscono a un "tema" e possono essere suggerite sia dal musicoterapeuta che dall'utente. Esse assumeranno valenza simbolica sempre più specifica (Raglio, 2000).

In sintesi, le tecniche recettive comprendono i processi dell'udire e dell'ascoltare e operano spesso nel subconscio. Il passaggio tra i due processi avviene nel momento in cui il bambino prende consapevolezza del suono e della musica. Durante l'ascolto si possono osservare nel bambino riflessi fisici involontari, provocati dall'altezza, dal volume, dal colore, dalla velocità presenti in ogni musica. Si possono anche percepire segni che indicano il suo stato d'animo. Le vibrazioni prodotte dallo strumento possono dare piacere al bambino, producendo un effetto diverso da quello attivo del suonare. Altri preferiscono ascoltare musica tramite un registratore o un supporto che

permetta loro di controllare l'avvio, l'arresto, il volume e avere così una partecipazione più attiva.

Le tecniche musicoterapiche possono essere applicate individualmente o in gruppo. Le sedute rivolte ai singoli utenti si privilegiano nei casi in cui la persona abbia una notevole compromissione sul piano psicopatologico, e/o fisico o presenti altre condizioni mediche tali da necessitare di un rapporto individualizzato. Il cliente però deve possedere una struttura psichica in grado di sostenere un'alleanza musicoterapica intensa e ravvicinata. Le sedute di gruppo si rivolgono generalmente a chi mostra deficit di minore rilevanza o in assenza di patologie dichiarate. Alcune persone non sarebbero in grado di sostenere sul piano emotivo un rapporto individuale. Nonostante ciò, il gruppo, generalmente composto da tre o cinque pazienti, offre l'opportunità di attenuare le reazioni emotive, sviluppare strategie osservative ed empatiche facilitando il raggiungimento degli obiettivi musicoterapici (Raglio,2000).

Un elemento essenziale che deve comprendere entrambe le tecniche musicoterapiche riguarda la costruzione di un setting favorevole alle necessità del paziente. L'ambiente, infatti, influenza la libertà di movimento, di sentimento, di organizzazione ma anche libertà dalla paura. Se il paziente non è a suo agio c'è il rischio che possa fuggire dall'esperienza, chiudendosi in sé stesso. Per favorire l'adattamento si devono introdurre piccole e frequenti modifiche di volta in volta. L'accettazione di cambiamenti nel contesto si traduce nelle attività musicali. Lo scopo finale è quello di creare un contatto positivo tra il bambino e l'ambiente, di stimolarlo e provocare un cambiamento (Alvin, 1981).

In conclusione, la musicoterapia deve aiutare il soggetto ad acquisire consapevolezza percettiva e motoria, affinché il bambino possa sfruttare la musica come mezzo di espressione della propria personalità e produrre improvvisazioni musicali. Durante l'intervento musicoterapico, sviluppa la conoscenza di sé, la consapevolezza del proprio posto nel contesto spazio-temporale, l'attenzione condivisa, il controllo del comportamento e la consapevolezza del contenuto musicale. Con il tempo, grazie allo sviluppo della creatività musicale e all'apprendimento di specifici modelli musicali, il paziente aumenterà la capacità di variare dinamica, tempo, durata e accenti (Wigram & Gold, 2005). Attraverso l'impiego delle sue abilità cognitive imparerà a collegare pensiero e azione per raggiungere risultati prestabiliti e prevedibili (Alvin, 1981). Il contatto con la musica gli permetterà di costruire basi solide per relazionarsi ed esplorare il mondo esterno (Cremaschi & Scardovelli, 1993). È importante ricordare di evitare di far emergere la sensazione di fallimento durante l'intervento, in quanto può portare il bambino alla rinuncia di quest'ultimo (Alvin, 1981).

### ***3. Definizione e caratteristiche del disturbo dello spettro autistico***

L'autismo è uno dei disturbi del neurosviluppo più complessi che colpiscono l'individuo soprattutto nella sua capacità di comunicare e d'instaurare relazioni con il mondo esterno, si presenta in età precoce, ovvero entro i primi anni di vita. Si configura come una disabilità permanente, che accompagna l'individuo nel suo ciclo vitale (Zanobini & Usai, 2011). Questo disturbo si sviluppa attraverso una vasta gamma di sintomi e livelli di gravità tali per cui si parla di "spettro autistico" tra cui: comportamenti stereotipati, ritiro volontario, difficoltà nella comunicazione verbale e non, incapacità a tollerare qualsiasi tipo di cambiamento nella quotidianità, rigidità nei movimenti, ripetitività nei giochi e perdita di interesse nei confronti di ciò che li circonda. Il nucleo centrale della sintomatologia dell'autismo è rappresentato

maggiormente dalla compromissione qualitativa della comunicazione e dell'interazione sociale. Solitamente, il primo campanello di allarme percepito dai genitori è legato proprio ad un ritardo nella comparsa o un arresto dello sviluppo delle competenze comunicative nel primo e nel secondo anno di vita; motivo che porta i genitori a richiedere una consultazione specialistica. Inoltre, i bambini autistici fin da piccoli non mostrano il desiderio di essere presi in braccio o cullati, non ricercano il contatto fisico con i genitori. Preferiscono “isolarsi in un mondo tutto loro”. Inoltre, possono presentare anche altre tipologie di sintomi legati a disturbi del sonno, dell'alimentazione, disarmonie motorie o delle abilità cognitive, scarsa autonomia personale e sociale, forme di autolesionismo e aggressività. Il dato più recente riportato dal Center for Disease Control and Prevention Epidemiology Program Office ci dice che l'incidenza di bambini che presentano autismo nella fascia di età di 8 anni è equivalente a 1 caso ogni 68 bambini, come dimostrato dallo studio CDC dell'anno 2014. Possono ricevere una diagnosi di autismo bambini con gravissimi ritardi mentali o al contrario individui intellettualmente dotati, adulti che hanno un vocabolario incomprensibile e altri che invece parlano con meticolosa esattezza, persone che presentano comportamenti autolesionisti e altre invece troppo coscienti nel curarsi del proprio stato di salute (Zanobini & Usai, 2011, p.193).

Il DSM V definisce i Disturbi dello Spettro Autistico secondo alcuni criteri diagnostici:

Criterio A: Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti, non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo e che si manifesti attraverso: 1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva: quindi approccio sociale anormale, difficoltà nella conversazione, incapacità di relazionarsi e di condividere pensieri e interessi con altre persone. 2. Deficit nei comportamenti

comunicativi non verbali: anormalità nel contatto visivo, linguaggio del corpo, intonazione del discorso, deficit di comprensione fino ad arrivare alla perdita di espressività facciale e gestualità. 3. Deficit nello sviluppo e nel mantenimento di relazioni: difficoltà nel regolare il comportamento, spesso questi individui manifestano approcci inadeguati e aggressivi, difficoltà nel condividere il gioco immaginativo ed instaurare rapporti di amicizia. Per essere soddisfatti questo criterio, devono essere compromesse tutte queste abilità relative alla comunicazione ed interazione sociale. Criterio B: Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive. 1. Linguaggio e/o movimenti motori e/o uso di oggetti, stereotipato e/o ripetitivo: stereotipie motorie semplici come battere le mani, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, frasi idiosincratice. 2. Eccessiva aderenza alla routine: eccessiva resistenza ai cambiamenti, difficoltà ad accettare piccoli cambiamenti, comportamenti rituali come fare la stessa strada oppure mangiare sempre lo stesso cibo ogni giorno. 3. Fissazione in interessi altamente ristretti con intensità o attenzione anomale: forte attaccamento o preoccupazione per oggetti inusuali, interessi particolari. Iperreattività e/o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi inusuali rispetto a certi aspetti dell'ambiente: forte avversione al minimo stimolo sensoriale, indifferenza al dolore, al caldo e al freddo, fascinazione verso luci o oggetti in movimento. Per soddisfare questo criterio l'individuo deve presentare almeno due aspetti tra questi.

Criterio C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia pur potendo non manifestarsi finché la domanda sociale non eccede il limite delle capacità.

Criterio D. Tutto il complesso insieme di sintomi deve compromettere il funzionamento quotidiano.

Criterio E. “Si tratta di compromissioni non meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo”. Ciò implica anche la coesistenza di disabilità intellettiva e Disturbo dello Spettro Autistico.

Durante il percorso verso la diagnosi, è fondamentale considerare le osservazioni dei genitori o del personale scolastico, che spesso sono i primi a notare segnali di allarme. Queste segnalazioni vengono solitamente riportate al pediatra, il quale valuterà se sia necessario indirizzare il bambino a una visita specialistica. È cruciale che la diagnosi venga effettuata da un team multidisciplinare specializzato, composto da un neuropsichiatra o uno psicologo, e potrebbe includere anche terapisti della riabilitazione neurologica e del linguaggio, come logopedisti, per una valutazione completa del bambino su più livelli (comprensione, comunicazione verbale, capacità relazionali). È essenziale intervenire tempestivamente, ad esempio attraverso terapie comportamentali, per gestire il caso in modo efficace. Anche se non esistono cure definitive, ci sono trattamenti disponibili che possono offrire sollievo.

#### ***4. Strutturazione dell'intervento musicoterapico nel trattamento dell'autismo***

Questa fase corrisponde a quella di assesment che ho citato in precedenza. Nel disturbo dello spettro autistico il percorso di intervento musicoterapico include una fase iniziale di osservazione strutturata, mirata a comprendere il reale profilo di funzionamento del bambino o dell'individuo con autismo, oltre al suo temperamento e alle sue aree di forza e debolezza. Questo primo periodo di intervento si concentra sulla conoscenza del bambino/individuo e sulle sue modalità sensoriali e percettive di interazione con l'ambiente. Inoltre, si indagano le modalità di elaborazione degli stimoli ambientali e le risposte motorie e adattive (Greenspan & Wieder,2007). Tale fase iniziale è cruciale per attribuire intenzionalità e senso espressivo ai

comportamenti dell'individuo, avviando un processo di sintonizzazione volto a costruire reciprocità emotiva negli scambi.

L'osservazione ha diversi obiettivi, tra cui la comprensione e l'attribuzione di significato ai comportamenti anomali, l'identificazione di aree di funzionamento alterato, l'osservazione delle modalità di esplorazione sensoriale e reattività emotiva, l'identificazione di aree corporee sensibili e la valutazione del funzionamento cognitivo. In assenza di strumenti standardizzati in musicoterapia per valutare l'efficacia degli interventi psicoeducativi e riabilitativi, si propone l'utilizzo della "Scheda osservativa delle funzioni di base" (Venuti et al., 2006; Venuti, 2003), che rileva le principali funzioni fisiologiche, cognitive e psichiche e come queste siano integrate nel profilo di funzionamento del bambino con autismo. Solitamente per ogni area si effettua una media aritmetica. Le aree con punteggi corrispondenti a 3,5 sono da considerarsi di intervento clinico o riabilitativo istantaneo o urgente. Questa scheda può essere somministrata prima dell'inizio dell'intervento oppure un anno dopo le sedute di psicoterapia per monitorare eventuali modifiche o progressi nello sviluppo generale del bambino. Un altro strumento che può essere utilizzato è nominato "Scheda per la raccolta delle informazioni sulle sensibilità e attitudini sonoro-musicali nell'ambiente familiare e scolastico". Solitamente si indagano le modalità con cui vengono espresse nella vita quotidiana elementi come: abitudini, sensibilità e attitudini. Questi ultimi rappresentano le competenze e le aree di forza da cui partire nel processo di conoscenza reciproca e di intervento riabilitativo di musicoterapia (Cainelli,2023).

Questo intervento musicoterapico è volto a utilizzare specifiche strategie e tattiche per indagare eventuali sviluppi di capacità che indirettamente preparano l'acquisizione delle abilità sociali e delle competenze intersoggettive mancanti nei

soggetti con autismo. Le aree di intervento proposte si intersecano e si sovrappongono in un processo evolutivo in cui si attivano reciprocità nell'interazione, imitazione, ritmo e sincronia, attenzione condivisa e turno nello scambio, motivazione e intenzionalità, espressione degli affetti, anticipazione e regolazione emotiva, ampliamento e generalizzazione delle competenze interattive, e infine lo sviluppo delle abilità sociali in gruppo (Cainelli,2023).

### ***Area della reciprocità: sintonizzazione e imitazione***

Durante la fase iniziale di osservazione, si possono identificare molteplici modalità di comportamento e di risposta agli stimoli, più o meno adeguate, da parte del bambino affetto da disturbo dello spettro autistico (ASD). Solitamente, si privilegiano gli aspetti positivi del bambino, enfatizzandoli e potenziandoli, anziché concentrarsi esclusivamente sulle aree di deficit. Nella fase preliminare del percorso riabilitativo, è essenziale predisporre un ambiente che consenta al bambino di gestire gli strumenti e i suoni in modo ordinato e prevedibile, al fine di evitare eventuali sensazioni di disagio o reazioni difensive. L'obiettivo è creare un contesto sereno e inizialmente privo di stimoli esterni, che consenta al terapeuta di osservare attentamente le variazioni nell'attivazione emotiva del bambino, attribuendo un significato intenzionale anche alle azioni apparentemente prive di senso, al fine di costruire una relazione terapeutica significativa che rispecchi il funzionamento originale del bambino nel modo più accurato possibile.

L'intersoggettività, elemento cruciale nell'interazione terapeutica, si sviluppa gradualmente nel tempo attraverso schemi di interazione e un processo di sintonizzazione sonoro-affettiva basato sulle produzioni spontanee del bambino, sia

vocali che strumentali. All'inizio, il terapeuta utilizza strategie di rispecchiamento e imitazione per stabilire una connessione empatica con il paziente.

La musica offre ai bambini con autismo elementi ripetitivi e strutturati che creano ambienti sensoriali prevedibili e confortanti, consentendo loro di sperimentare emozioni positive e piacere (Alvin, 1978; Edgerton, 1994; Gold, Wigram & Elephant, 2006; Nordoff & Robbins, 1977; Robarts, 1996, Trevarthen, 2002; Heaton et al., 2008).

Nel processo di sintonizzazione, i pattern sonoro-musicali prodotti dal musicoterapeuta sono adattati al materiale sonoro-musicale prodotto spontaneamente dal bambino con autismo. Il bambino riconosce che le risposte sonore del musicoterapeuta rispecchiano le stesse caratteristiche delle proprie azioni sonoro-musicali (Kim et al., 2008; Robarts, 1996; Saperston, 1973). Le sue condotte, espresse attraverso gesti, mimica, movimenti e suoni, vengono interpretate dal musicoterapeuta e trasposte in musica e ritmi, al fine di conferire un significato affettivo ai comportamenti e alla gestualità manifestata. Attraverso questa interazione sonoro-musicale, gradualmente si instaura una reciprocità e un avvicinamento, mantenendo un ambiente privo di stimoli nuovi e inaspettati.

Con il passare del tempo e l'instaurarsi di un rapporto di fiducia con il terapeuta, il bambino potrà iniziare ad imitare le azioni ritmiche e i suoni del terapeuta, che non saranno molto distanti dai propri, rafforzando così l'interazione con quest'ultimo (Holck, 2004; Landa et al., 2007). Questo processo di sintonizzazione consente di comprendere la regolazione emotiva del bambino con autismo e, progressivamente, di avvicinarsi e modulare le risposte in base ai suoi comportamenti, rendendoli intenzionali, al fine di costruire schemi di interazione a due.

### *Area dell'intenzionalità e motivazione al contatto sociale*

Come detto in precedenza, durante le sedute di musicoterapia il terapeuta cerca di mettere in atto un rispecchiamento di quello che il bambino produce con la voce, con il corpo o con gli strumenti musicali attraverso una sequenza ritmica o melodica cercando di rimandargli il senso affettivo di ciò che esprime. Molto spesso accade che all'interno del setting il paziente metta in atto dei comportamenti ripetitivi o si attivi molto emotivamente nel tentativo di adattarsi all'ambiente nuovo in cui si trova. Queste condotte rappresentano l'unico mezzo a disposizione per comunicare qualcosa che a parole non riescono ad esprimere. Il ruolo del terapeuta è quello di accompagnare, ad esempio, i movimenti ripetitivi facendoli diventare una danza, di ricalcare il ritmo del movimento del bambino che gira su se stesso nella stanza modificando l'intensità (piano, forte, fortissimo) o i parametri dinamici in base alle fluttuazioni del bambino (rallentando, accelerando), di suonare una melodia improvvisata al pianoforte o alla chitarra, che riprenda il contorno melodico, una serie di note in successione (do, re, sol) e/o la tonalità dei vocalizzi (do maggiore, sol minore, ecc). I comportamenti espressi attraverso il movimento sono, così, dotati di senso e non più stereotipie. Si può creare, cioè, uno spazio intersoggettivo nuovo, in cui i comportamenti possono divenire gradualmente il gioco partecipato nel quale condividere attenzione, turno e piacere regolato nell'interazione (Cainelli, 2023).

Quando si riesce a interpretare e a comprendere i comportamenti manifestati dai bambini affetti da disturbo dello spettro autistico, è possibile attribuire loro un grado di intenzionalità, conferendo significato alle loro azioni e promuovendo un senso di competenza sia nell'ambito ludico che comunicativo. Tale interpretazione può facilitare l'espressione dell'intenzionalità nel fare e comunicare, soprattutto quando accompagnata da un'interazione reciproca e da momenti di piacere condiviso. Questo

processo favorisce la costruzione di una motivazione al contatto sociale, elemento spesso deficitario nelle persone con autismo, e consente gradualmente l'attivazione di schemi di interazione reciproca coerenti e gratificanti, sia per il bambino che per il terapeuta.

Per arrivare a questi obiettivi la fase di osservazione iniziale all'interno del setting riabilitativo risulta essere particolarmente rilevante in quanto consente al terapeuta di comprendere in che modo mettersi in relazione con il paziente, di valutare l'apertura allo scambio affettivo e se effettivamente è presente un interesse verso le proposte fornite.

#### ***Area della sincronia: ritmicità e turno alternato nello scambio***

La ritmicità nei bambini con autismo spesso presenta peculiarità, con alterazioni sia nell'integrazione sensomotoria che nella programmazione motoria, che possono derivare da esperienze limitate di contatto intersoggettivo regolatorio durante la prima infanzia (Ayres, 2012). Le difficoltà nella coordinazione visuo-motoria e nella manualità fine possono portare i bambini con ASD a incontrare ostacoli nel gestire in modo fluido i movimenti sugli strumenti, come premere i tasti di un pianoforte o impugnare un battente. Altri individui, pur non presentando deficit visuo-motori, possono avere difficoltà a regolare i livelli di attivazione interna, il che può provocare fluttuazioni emotive improvvise.

Queste vulnerabilità possono influenzare la capacità di seguire un ritmo in modo regolare o possono manifestarsi nella produzione di frammenti ritmici apparentemente disorganizzati. In tali circostanze, può risultare complesso per il musicoterapeuta individuare una pulsazione sottostante o una regolarità su cui basare un'interazione a turno con il bambino. Tuttavia, la sincronia nello scambio può essere

raggiunta utilizzando le produzioni ritmiche spontanee del soggetto come mezzo per raggiungere la regolazione emotiva; la ritmicità, inizialmente alterata, può essere regolata attraverso il processo di imitazione, sia dal musicoterapeuta al bambino che viceversa, con il conseguente progressivo raggiungimento della sincronia.

In generale, è fondamentale cercare e riconoscere la pulsazione sottostante ai pattern ritmici di movimento espressi dal bambino, al fine di sostenere dinamicamente le forme di espressione emotiva (Kim, Wigram & Gold, 2008; Trolldalen, 2005; Wigram & Elefant, 2008), regolarizzare gradualmente la ritmicità sottostante ai movimenti e regolare l'apparato sensoriale e l'arousal. Il conseguimento di una maggiore sincronia negli scambi, oltre a fornire una base regolativa e interattiva al bambino, consente al soggetto di sperimentare continuamente associazioni di stimolazioni senso-motorie verso una maggiore integrazione.

#### ***Area della regolazione emotiva: attivazione dell'attenzione congiunta***

La fase iniziale di avvicinamento e di contatto a distanza nel processo di sintonizzazione consente di stabilire un ambiente in cui è possibile condividere gradualmente l'attenzione. Inizialmente, la condivisione dell'attenzione si basa su oggetti sonori come suoni e vocalizzazioni, consentendo ai bambini di rivolgere la propria attenzione a un oggetto esterno per periodi di tempo sempre più lunghi senza coinvolgere accoppiamenti di modalità sensoriali come vista e udito. Successivamente, con l'aiuto del musicoterapeuta, l'attenzione del bambino può essere progressivamente indirizzata verso lo stesso strumento musicale e, infine, verso l'azione su di esso, attraverso l'imitazione reciproca e lo sviluppo graduale del turno nello scambio. L'intervento del musicoterapeuta deve tenere conto della diversa velocità di elaborazione delle informazioni in ingresso, che varia per ciascun

bambino, nonché dell'equilibrio nella gestione degli stimoli sensoriali, che consente di essere più o meno reattivi alle richieste ambientali. È necessario rimuovere gli stimoli sensoriali distrattivi dall'ambiente, stabilire un'atmosfera tranquilla all'inizio e controllare la frequenza con cui il musicoterapeuta presenta gli stimoli o il tempo di attesa della risposta del bambino. La prevedibilità delle azioni e degli stati emotivi che si attivano una volta raggiunta una situazione di "attenzione calma" consente al bambino di accedere gradualmente a situazioni di compartecipazione emotiva e di anticipare i comportamenti degli altri. Il bambino con autismo diventa in grado di controllare gli eventi e di esplorare gradualmente il volto del musicoterapeuta, prolungando lo sguardo, imitandolo, accettando e creando nuove proposte e monitorando le reazioni a tali proposte. La capacità di condividere l'attenzione su un'azione per periodi più lunghi basata sull'intersoggettività attivata consente al bambino di sperimentare interazioni sempre più regolate emotivamente e di apprendere nuove informazioni e le modalità di azione dell'altro (Cainelli,2023).

Con la premessa di mantenere questo determinato ambiente, si iniziano a creare delle interazioni di natura variegata e diverse, in cui si crea una maggior vicinanza fisica e il contatto visivo diventa sempre più frequente e spontaneo.

La sintonizzazione, intesa come strategia e tecnica, è una parte importante dello sviluppo delle abilità di sincronia sociale. Tuttavia, è fondamentale distinguere la sintonizzazione dall'intero processo di riabilitazione delle competenze sociali. Il rischio di incorrere in situazioni di stallo in cui manca una strutturazione chiara del percorso riabilitativo con obiettivi specifici da perseguire, funzioni da attivare e abilità da sviluppare è associato a questa confusione. Ciò potrebbe significare che le sessioni di intervento non saranno più necessarie. Inoltre, c'è il rischio di abbandonare altri obiettivi importanti nel percorso di sviluppo delle abilità intersoggettive e affidarsi

agli schemi di imitazione come unica forma di interazione con il bambino. L'obiettivo della pianificazione di un intervento in musicoterapia dovrebbe essere quello di promuovere gradualmente lo sviluppo delle competenze relazionali, garantire stabilità nell'ambiente terapeutico e creare modelli di azione e di gioco che sono stati sviluppati o in fase di sviluppo (Vivanti, 2021). Per facilitare il successivo sviluppo di nuovi schemi di interazione, questi modelli dovrebbero essere distinti da elementi come piacere, interesse e utilità (Cainelli,2023).

## **Capitolo 2.**

### **Modelli d'improvvisazione in musicoterapia**

*“Definiamo un metodo come un determinato tipo di esperienza musicale nella quale il paziente è coinvolto a fini terapeutici; una variazione come il particolare modo in cui tale esperienza musicale è progettata; una procedura ciò che il musicoterapeuta deve fare per coinvolgere il paziente in quella esperienza; una tecnica come un passo all'interno di qualsiasi procedura che il musicoterapeuta usa per dare forma all'esperienza immediata del paziente; un modello come l'approccio unico e sistematico al metodo, alla procedura e alla tecnica basati su determinati principi” (Bruscia,1998a p.115 in Wigram et al.).*

Esistono molteplici modelli che vengono applicati nell'ambito della musicoterapia tra cui: il modello comportamentale e cognitivo, il modello benzoniano, il modello analitico, il modello immaginario e guidato e infine il modello di musica improvvisata. Questi cinque sono alcuni dei più noti e utilizzati dai musicoterapeuti.

Nel seguente capitolo verrà approfondito il modello della musicoterapia improvvisata a partire dalle sue caratteristiche generali fino ad arrivare alla descrizione di diversi autori che l'hanno messa in pratica costruendo un proprio metodo.

## ***1. Caratteristiche dei modelli di musicoterapia improvvisata***

La parola “improvvisare” indica l’azione di costruire o creare qualcosa con le risorse disponibili. Nel contesto musicale invece “improvvisare” viene definito come l’arte di creare musica spontaneamente. Nella musicoterapia è un mezzo usato in diversi ambienti clinici affinché i pazienti si possano esprimere attraverso forme musicali o sonore, senza alcuna considerazione dei loro meriti artistici; dunque, non è sempre “un’arte” e non implica necessariamente il creare musica fine a sé stessa.

I modelli di terapia utilizzati cambiano a seconda della popolazione di pazienti e dell’ambiente clinico ai quali sono rivolti. Alcuni modelli sono adatti agli individui intellettualmente normali ed altri per individui intellettualmente danneggiati, alcuni sono ideati per adulti e altri ai bambini. Inoltre, il modello di terapia utilizzato dovrà tenere in considerazione i prerequisiti del paziente: se il modello comporta il cantare o suonare uno strumento oppure la discussione dell’improvvisazione, il paziente dovrà avere le abilità per poterlo fare. È importante, dunque, che il terapeuta abbia raccolto le informazioni necessarie sul paziente per poter capire quale modello è più adatto al soggetto in modo da non causargli disagio di natura psicologica.

Ogni modello ha degli obiettivi specifici da raggiungere che potrebbero essere suddivisi in tre diversi livelli. Il primo riguarda gli obiettivi “generali” ed indicano i bisogni terapeutici per il quale l’approccio è stato creato, riflettendo gli scopi terapeutici globali del modello stesso. Il secondo livello si riferisce agli obiettivi generali “specifici della popolazione” e sono adattati ai bisogni specifici di una particolare popolazione di pazienti. Infine, il terzo livello degli obiettivi “individuali”, i quali tengono conto dei bisogni specifici di un paziente e si concentrano sulle sue risorse personali.

Nella musicoterapia, l'improvvisazione si rivolge alle seguenti aree di obiettivi: consapevolezza di sé a livello fisico, intellettuale, emotivo e sociale; consapevolezza dell'ambiente fisico; consapevolezza degli altri inclusi familiari, gruppi o coetanei; attenzione a sé, agli altri e all'ambiente fisico; percezione e discriminazione nelle aree senso-motorie; comprensione profonda di sé, degli altri, dell'ambiente; espressione di sé; comunicazione interpersonale; integrazione del sé (esperienze sensomotorie, livelli di consapevolezza, parti del sé, tempo, ruoli, ecc.); relazioni interpersonali con altre persone significative, coetanei, gruppi; libertà personale e interpersonale.

Ogni modello di terapia dell'improvvisazione è diverso dagli altri ed ha le sue caratteristiche a seconda dei suoi usi e obiettivi clinici, dall'uso di setting individuali o di gruppo, dalle tecniche del trattamento e accertamento.

Gli scopi del modello possono essere: per far acquisire al paziente conoscenze ed abilità nella musica o nelle discipline ad essa collegata; terapeutici per ottenere maggiore consapevolezza di sé stesso e per sviluppare metodi più efficaci di adattamento; educativi, ricreativi per il miglioramento dell'uso del tempo libero.

Una considerazione significativa alla radice dei differenti modelli riguarda l'utilizzo della musica *come* terapia, dove quest'ultima serve da stimolo primario o mezzo per influenzare i sensi, i sentimenti, i pensieri o i comportamenti del paziente. In questo caso il terapeuta ha un ruolo più attivo e diventa colui che porta il paziente in contatto terapeutico con la musica per stimolarlo a sostenere le relazioni intra musicali e intrapersonali.

Nel caso in cui la musica sia usata *in* terapia, questa non sarà l'agente principale terapeutico, bensì sarà usata come ponte che porta il paziente in contatto terapeutico con sé stesso, una persona o una modalità, in modo da stimolare e sostenere le relazioni

interpersonali e intra musicali che si sviluppano con gli altri. L'improvvisazione può essere usata come mezzo di trattamento, valutazione e accertamento. In alcuni modelli si usano le tre aree contemporaneamente mentre in altri viene usata soltanto in una delle aree. Questa può essere usata insieme ad altre attività come l'arte terapia, la danza, il mimo, il teatro, la poesia e l'arte.

Quando la musica è organizzata in riferimento a qualcosa altro da sé (improvvisare su un'affermazione verbale, un sentimento, un'idea, un evento, una situazione, un'immagine, un'opera d'arte ecc.) viene definita improvvisazione "referenziale" o "programmatica".

Se la musica è organizzata secondo considerazioni strettamente musicali senza riferirsi a qualcosa altro, viene definita "non referenziale". Un esempio di quest'ultimo è l'improvvisazione musicale o vocale che non si basa su un programma per la propria organizzazione musicale.

L'improvvisazione è ricettiva se il paziente non improvvisa ma ascolta un'altra persona che sta improvvisando. Viceversa, è attiva, laddove il paziente improvvisa e ascolta la propria improvvisazione mentre questa si svolge.

La qualifica professionale del terapeuta è un fattore principale e si basa su tre requisiti: abilità musicale, competenza clinica e qualità personali.

Sta al terapeuta l'abilità di stabilire il migliore "schema della seduta" a seconda del paziente che deve trattare. Ciascun modello di terapia stabilisce il setting più appropriato (es: individuale o di gruppo). Quando si colloca il paziente in un gruppo, è importante valutare innanzitutto la sua disponibilità e abilità ad interagire con questo, nonché della sua funzionalità a seconda dell'obiettivo del modello, dei suoi bisogni e delle sue caratteristiche personali.

Le procedure variano da un modello all'altro e a seconda degli obiettivi che impegnano il paziente nel processo terapeutico. Gli obiettivi principali sono: stabilire una relazione con il paziente; preparare il paziente emotivamente e intellettualmente ad un incontro terapeutico; facilitare l'interazione del paziente con l'ambiente fisico e sociale: aiutare il paziente a sentirsi tranquillo e al sicuro; sostenere il paziente durante la sperimentazione e il cambiamento; apportare coscienza e consapevolezza interiore; apportare piacere e motivare il paziente; indurre sperimentazione e cambiamento; portare un senso di compitezza o conclusione (Bruscia,2001).

Il terapeuta dovrà stimolare il paziente presentandogli una delle seguenti opzioni: un tema ritmico o melodico; una scelta musicale all'interno di una composizione già esistente; un modo musicale (ad es. soave\lento); una qualità o timbro sonori (ad es. pizzicato); una scala, una battuta, velocità o metro; un programma (ad es. un'immagine, una storia); una relazione tra coloro che improvvisano (ad es. imitazioni, sincronia); un'istruzione sulla procedura (ad es. rondò); uno strumento.

Nella maggior parte dei modelli, durante le sedute si segue una determinata sequenza che aiuti ad essere certi che il paziente sia pronto a passare da una fase di lavoro all'altra. Si può dividere la seduta in sequenze in modo che questa, partendo da un inizio, continui verso una parte centrale ed una finale (“seduta strutturata”) e si muova verso e da un evento focale suscitando nel paziente una sensazione di direzione ed aspettativa. Diversamente, la procedura usata in fasi che si ripetono ciclicamente dall'inizio della seduta alla fine, ovvero la “seduta che fluisce liberamente”, implica che il terapeuta osservi il paziente momento dopo momento, senza che nel processo ci sia una struttura o un piano concepito in precedenza.

## ***2. Modello di Nordoff-Robbins: la musicoterapia creativa***

Paul Nordoff, un compositore e pianista americano e Clive Robbins, un insegnante di sostegno, formatosi in Inghilterra, hanno sviluppato la musicoterapia creativa, un approccio di improvvisazione alla terapia individuale o di gruppo. I due hanno lavorato insieme dal '59 al '76 come terapeuta e co-terapeuta con bambini affetti da deficit mentali, emotivi e fisici registrando tutte le terapie individuali con una raccolta di una grande quantità di materiale, che ha permesso loro di sviluppare il modello di "musicoterapia creativa".

Il modello coinvolge il terapeuta a tre livelli interconnessi di lavoro creativo (Nordoff & Robbins, 1971; Nordoff & Robbins, 1977; Nordoff & Robbins 1982): crea ed improvvisa la musica che verrà usata nella terapia; durante la seduta utilizzerà la musica creata per realizzare l'esperienza terapeutica fino a raggiungere e mantenere il contatto con il paziente. Nel corso delle sedute, il terapeuta crea una progressione di esperienze terapeutiche, sostenendo gli stadi dello sviluppo creativo del paziente.

Lo scopo principale del terapeuta sarà quello di coinvolgere il paziente nella produzione musicale (Nordoff & Robbins, 1971) e sarà proprio l'azione comune di entrambi a creare l'esperienza terapeutica all'interno del setting. Il requisito essenziale del terapeuta per questa pratica è l'abilità di improvvisare musica che sia efficace dal punto di vista clinico. Nel loro modello, il pianoforte e la voce sono i mezzi principali anche se è possibile usare occasionalmente altri strumenti (Nordoff, 1964; Nordoff & Robbins, 1977). L'intervento verbale è usato in minima parte, in quanto la musica è utilizzata *come* agente principale nella cura (Nordoff & Robbins, 1977); la musica inoltre è il mezzo principale di motivazione e di realizzazione della crescita terapeutica

del paziente. Durante la terapia quest'ultimo è impegnato in prima persona in maniera attiva e dirige le esperienze interiori verso l'esterno (Herbert, 1962).

*“Il terapeuta scoprirà che l'essenza della musica come terapia resta nel suo creare musica improvvisando, come un linguaggio di comunicazione tra lui e il suo paziente. Le “parole” di questo linguaggio sono gli elementi della musica a sua disposizione, il suo contenuto espressivo deriva dall'uso che egli ne fa. Nella situazione clinica egli diventa il centro della capacità di risposta musicale; la musica che le sue dita tirano fuori dallo strumento deriva dalle sue impressioni sul bambino: l'espressione del viso, lo sguardo, la postura, il comportamento, il suo stato – tutto esprime quella presenza che la sua musica rifletterà e cercherà di incontrare. La flessibilità del suo modo di suonare alla ricerca del punto di contatto proprio di quel bambino, crea gli elementi emotivi del contatto stesso e stabilisce il terreno musicale dell'interazione. La sincronizzazione della sua produzione sonora – tempo, ritmi e pause – segue, guida e segue di nuovo attentamente l'attività del bambino”* (Nordoff & Robbins, 1971; p. 143-144).

Le improvvisazioni nella musicoterapia creativa non fanno riferimento a niente al di fuori della musica stessa, non dipendono da nessun tema o programma extramusicale per la loro interpretazione, esse sono create secondo considerazioni strettamente musicali (Nordoff & Robbins, 1971). È importante sottolineare che in questo tipo di terapia la libertà personale viene realizzata attraverso la libertà musicale e la comunicatività interpersonale avviene attraverso la rispondenza reciproca musicale in quanto gli obiettivi clinici sono compresi negli obiettivi musicali.

Nordoff e Robbins (1971) elaborarono il concetto secondo cui in ogni essere umano esista un'innata capacità di reazione alla musica ed un sé musicale che il terapeuta può

stimolare in modo che il paziente possa integrare armoniosamente alla fine del percorso, con il vecchio sé. Lo scopo è quello di creare un contatto significativo con il bambino, fornendogli un'esperienza indirizzata allo sviluppo personale e alla loro integrazione, sia a livello individuale che sociale (Nordoff & Robbins 1971; Nordoff & Robbins, 1977). La musica diventa uno strumento terapeutico solo quando vengono raggiunti questi risultati.

Nordoff e Robbins hanno scoperto che il loro modello era adatto a bambini affetti da una vasta gamma di disturbi, tra i quali l'autismo, i disturbi emotivi, il ritardo mentale, la psicosi, i disturbi neurologici, le menomazioni fisiche, i deficit sensomotori e i disturbi dell'apprendimento (Nordoff & Robbins, 1985). Secondo gli autori, la musica improvvisata poteva quindi far scomparire comportamenti patologici e costruire personalità più forti e più ricche attraverso la comunicazione, lo sviluppo delle relazioni umane e ampliare l'uso del linguaggio (Nordoff & Robbins, 1964; p.310).

Nello schema della seduta, la cosa più appropriata per quei bambini che non hanno memoria o che sono poco comunicativi è la terapia individuale (Nordoff & Robbins, 1971). A seconda della tolleranza e del livello di impegno del paziente, la lunghezza della seduta può durare dai 5 ai 20 minuti nelle prime volte e man mano che si va avanti può durare fino a 30 minuti o più. È raccomandata una cadenza di tre volte la settimana (Nordoff & Robbins, 1977).

Verso la fine o dopo la terza seduta, viene proposta la terapia di gruppo come integrazione alla terapia individuale per ampliare le esperienze sociali e musicali del paziente e per fornire materiale supplementare per il lavoro individuale (Nordoff & Robbins, 1977) Laddove ci sono obiettivi comuni per tutti i bambini, a volte viene

proposta la terapia di gruppo in ambiti educativi dove, nonostante le differenze individuali (Nordoff & Robbins,1983; Robbins, 1980).

La musicoterapia creativa implica il coinvolgimento di due terapisti che lavorano insieme, uno improvvisa al pianoforte e l'altro aiuta il bambino a rispondere all'improvvisazione (Nordoff & Robbins 1971; Nordoff & Robbins,1977). Nella terapia individuale il paziente usa la vocalizzazione\canto e un tamburo e un piatto, mentre in quella di gruppo oltre al canto si usano altri strumenti come trombette ad ancia, richiami per uccelli e fischietti, strumenti a corda, nonché un assortimento di percussioni.

Le idee di Rudolf Steiner fondatore e principale esponente dell'antroposofia, influirono nei primi anni di lavoro sulla formazione della musicoterapia creativa di Nordoff e Robbins (Steiner,1964). Nel loro approccio, infatti, le risposte musicali sono considerate lo specchio della condizione psicologica ed evolutiva della persona, rivelando così alcuni fattori patologici che hanno implicazioni diagnostiche (Nordoff & Robbins, 1971; Rudd,1978). Come sosteneva Steiner (1984):

*“Non si può spiegare la vita di sentimenti e passioni con le leggi naturali e con i cosiddetti metodi psicologici. La si può comprendere soltanto se si considera l'uomo stesso in termini di musica. Verrà un tempo in cui una condizione di malattia della vita dell'anima non verrà descritta dagli psicologi così come si fa oggi, ma se ne parlerà in termini musicali come si parlerebbe, ad esempio, di un pianoforte che non era accordato”* (Steiner,1984; p.349).

Steiner insegnava che l'apprendimento ha luogo attraverso la sperimentazione dello stato vitale interiore (impulsi, sentimenti, pulsioni) piuttosto che da quello esteriore, e quindi dall'interno piuttosto che dall'esterno. Allo stesso modo nel modello Nordoff e

Robbins, il terapeuta osserva ciò che il paziente sta facendo in maniera inconscia come manifestazione della sua esperienza interiore, quindi egli esplora le sue esperienze interiori attraverso i sensi. Il paziente può iniziare a sperimentare i propri sentimenti ad essi legati in termini di piacere, libertà ed intenzioni, quando successivamente gli impulsi giungono nel mondo della coscienza (Herbert,1962).

Nell'approccio Nordoff- Robbins, le risposte musicali del paziente costituiscono la fonte primaria di dati per l'accertamento e la valutazione, in quanto indicano in quale misura il bambino può produrre musica, come lo fa e cosa significhi per lui (Nordoff & Robbins, 1971; p.61-62). Le informazioni raccolte forniranno una mappa della "geografia musicale" del paziente in modo da aprire il canale della comunicazione con il terapeuta e saranno clinicamente utili per valutare la risposta del paziente alla terapia, oltre che a fornire informazioni sulle condizioni del paziente nel momento in cui inizia la terapia e nel corso della stessa (Nordoff & Robbins,1977; p.92). Il terapeuta osserva il materiale che il paziente presenta e risponde in maniera creativa in modo da essere preparato ad affrontare una vasta gamma di situazioni. Per questo motivo la seduta non può essere programmata in anticipo, dovrà svilupparsi seguendo la reazione del paziente alla terapia. La stanza dovrà essere preparata in modo che sia acusticamente adatta, attrezzandola di vari strumenti musicali di qualità, un pianoforte accordato, un tamburo montato su un sostegno adattabile, un piatto piccolo attaccato al tamburo, un paio di tamburelli, una serie di risuonatori a campana e vari mazzuoli e bacchette (Nordoff & Robbins,1977).

La musicoterapia creativa comporta un lavoro progressivo in tre aree principali: sviluppare abilità musicali, libertà espressiva e rispondenza reciproca, incontrare il bambino musicalmente, provocare risposte sonore o di produzione musicale.

Ciascuna fase di lavoro si trova a un livello diverso di capacità o sviluppo a seconda del tipo di paziente che si tratta ed è caratterizzata dai propri obiettivi e tecniche. Ad esempio, lo sforzo del terapeuta saranno volti ad incontrare il bambino musicalmente, laddove egli è più reticente e meno espansivo. Con un bambino con maggiori capacità e più assertivo, lo sforzo potrebbe essere quello di sviluppare la libertà espressiva e rispondenza reciproca. In ogni caso, il contatto comunicativo inizia sempre combinando la condizione interiore del bambino con la musica attraverso l'improvvisazione empirica del terapeuta che risponde alle risposte del paziente momento dopo momento mentre esplora le varie possibilità espressive (Nordoff & Robbins,1971). Le sensibilità e le caratteristiche del bambino, le sue reazioni all'interno dell'improvvisazione e il suo divertimento sono elementi essenziali per stabilire il rapporto e per stimolare e scoprire "il bambino musicale" (Levin,1984).

Nella seconda fase il terapeuta lavora in modo da provocare risposte sonore o musicali da parte del bambino, a seconda delle sue propensioni, in modo tale che egli resti coinvolto (Nordoff & Robbins, 1965; p.39). Le tecniche usate per provocare risposte di vocalizzazione o canto possono essere le seguenti (Nordoff & Robbins,1977): impegnare il bambino in un'intensa attività strumentale mentre si utilizzano le due tecniche sopra menzionate; cantare frasi melodiche con parole che descrivono ciò che sta facendo il bambino; imitare qualsiasi suono vocale, parole o motivi melodici presentati dal bambino; presentare un breve motivo o frase melodica che termini con una pausa o che presenti una frase musicale interrogativa che inviti il bambino a completarla; canticchiare a bocca chiusa, fischiare o cantare in modo non verbale; ripetere motivi e frasi musicali continuamente; introdurre una canzone ed incoraggiare il bambino a cantare insieme chiedendogli di accompagnarla con uno strumento; presentare brevi motivi o melodie usando tonalità che il bambino può cantare e

chiedergli di cantarle di nuovo; usare strumenti melodici per introdurre melodie per cantare, usando ad esempio un dito del bambino cantando insieme.

Nordoff e Robbins hanno sviluppato tecniche specifiche per provocare le risposte ritmico strumentali per lavorare (Maslow,1968): qualora il bambino presenti brevi sequenze di colpi non collegati, imitarli e stabilire un'interazione di dare e prendere; se il bambino presenta una pulsazione costante in modo intermittente, introdurre ritmi, armonie e melodie ripetute che si sovrappongono a ciò che sta facendo il bambino; lavorare all'unisono con il bambino qualora la sua percussione sia insicura; viceversa se il bambino ha fiducia in sé stesso, lavorare in risposta; quando la produzione percussiva del bambino è erratica, produrre modelli melodici e ritmici derivati dai motivi proposti dal bambino; usare la musica che ha prodotto una risposta ritmica nelle precedenti sedute. Stabilire dei turni lasciando spazi per il bambino da riempire alla fine di ogni battuta; far venir fuori un modello ritmico con frasi ritmiche brevi e chiare affinché il bambino le imiti; quando la percussione è meccanica, compulsiva o ossessiva nella sua regolarità ed intensità, attribuire un significato musicale alla sua percussione sovrapponendogli parole o cantando ritmi melodici; provocare ritmi melodici oppure suonare la melodia al pianoforte usando un dito del bambino o fargli suonare la melodia percuotendo con ambedue le mani accentuando il ritmo melodico; stabilire frasi tra il tamburo e il piatto oppure alternare i colpi all'interno di una battuta tra il tamburo ed il piatto.

Il bambino acquista nuove opzioni e scelte espressive che gli permettono di collegare la propria attività musicale a quella di un'altra persona e di scoprire quindi che la musica può essere "reciprocamente rispondente", man mano che una risposta musicale viene provocata. Lo scopo di questa fase, dunque, è quella di liberarlo da qualsiasi

eccesso o restrizione espressiva, renderlo espressivamente consapevole e rispondere agli altri, sviluppare nel bambino delle abilità sulle quali fare affidamento.

Un concetto fondamentale della musicoterapia creativa è che la personalità del bambino si sviluppa dall'interno usando risorse interiori piuttosto che essere plasmata dall'esterno usando forze esteriori, in modo da risvegliare "il bambino musicale" interiore e delle corrispondenti funzioni dell'io di pensare, sentire e volere (Nordoff, 1964).

In sintesi la musica improvvisata nella terapia creativa ha quattro funzioni (Nordoff & Robbins, 1971): serve come principale mezzo di comunicazione tra il paziente e il terapeuta, costruisce il rapporto tra loro e ne stabilisce il contatto; serve come mezzo principale di cambiamento e crescita terapeutica, offrendo lo stimolo per la terapia dove il bambino potrà procurarsi nuove abilità; è uno strumento utilizzato come fonte principale di dati per accertare le potenzialità del bambino e per valutare la crescita terapeutica e infine determina quali saranno le reazioni emotivo- musicali del bambino nella seduta e di conseguenza dirige e controlla il processo terapeutico.

Il terapeuta, dunque, funge da "mediatore della musica terapeutica" (Nordoff & Robbins, 1965; p.16), del "centro della rispondenza musicale" (Nordoff & Robbins, 1971; p.143), della "persona musica" o del modello "musicista" (Nordoff & Robbins, 1977).

La relazione bambino-terapeuta si sviluppa in primo luogo musicalmente e poi personalmente. Secondo Nordoff e Robbins (1977) il terapeuta non fa nessuno sforzo per stabilire una relazione con il bambino che non sia sulla base dell'espressione musicale e dell'attività musicale. Questo perché egli usa le proprie capacità e risorse musicali nella terapia, dove dovrà fare attenzione a non proiettare i propri sentimenti o

preferenze musicali personali sul paziente, improvvisando clinicamente e suonando oggettivamente piuttosto che soggettivamente (Nordoff & Robbins,1983; p. 122).

I terapeuti spesso si trovano ad affrontare all'inizio una resistenza oppure un totale rifiuto da parte del paziente che conseguentemente non collabora e non aderisce alle richieste (Nordoff & Robbins,1977; p.81). Durante il periodo di resistenza il bambino ha bisogno di accettare il terapeuta e viceversa. Questo può essere fatto mediante un gioco musicale, una forma di vivace attività giocosa che esprima un contatto speciale tra il bambino e il terapeuta (Nordoff & Robbins,1977; p.120). In questo modo, il bambino sarà più motivato a sviluppare ulteriormente le sue abilità espressive musicali, man mano che l'interesse e il piacere per le attività musicali aumenteranno. Quando gli sforzi musicali del bambino diventeranno costanti, egli inizierà a sviluppare una sensibilità maggiore verso la musica del terapeuta.

Nella musicoterapia creativa, sono stati individuati cinque stadi di crescita terapeutica: coinvolgimento musicale all'interno di una relazione di lavoro; rispondenza musicale all'interno di una relazione di attività; risveglio musicale mentre si stabilisce una relazione; indipendenza musicale ed interpersonale; assimilazione e chiusura.

Gli obiettivi della terapia individuale sono stati raggiunti quando il paziente dimostra una salda fiducia nell'intera situazione, inclusa la fiducia in sé stesso, nei terapeuti e nella musica che produce insieme a loro. Manifesta un forte senso di identificazione con la musica che crea e mantiene obiettivi musicali chiari e stabili, partecipando attivamente in uno spirito di reciproco scambio, utilizzando appieno la situazione secondo le proprie capacità (Nordoff & Robbins,1977).

### ***3. Modello di Alvin: Terapia della libera improvvisazione***

Juliette Alvin, violoncellista diplomata al Conservatorio di Parigi, negli anni '50-'60, abbandonò l'attività concertistica e condusse una serie di esperienze volte ad alleviare la sofferenza fisica e psichica di bambini ricoverati in istituti della Gran Bretagna. Alvin ideò un approccio alla musicoterapia che prevedeva la "libera improvvisazione" insieme all'ascolto, l'esecuzione, la notazione, la composizione e il movimento. Il suo modello musicoterapico è fondato su principi tratti dall'osservazione del comportamento dei pazienti e da una profonda attenzione e sensibilità per la sofferenza. L'approccio inoltre è "libero", in quanto il paziente ha la totale libertà di improvvisazione. Durante la terapia il terapeuta lascia il paziente esprimersi autonomamente con lo strumento musicale, senza imporre nessuna regola o tema alla sua improvvisazione affinché possa scoprire i propri mezzi per porre in sequenza i suoni (Alvin,1975a). Utilizza la musica come linguaggio per facilitare la comunicazione e raggiungere obiettivi terapeutici specifici.

Juliette Alvin inoltre ha appurato che i soggetti affetti da disabilità sono in grado di recepire gli stimoli sonori e di reagirvi dimostrando sensibilità musicale pari a quella dei normodotati. Quando viene meno la possibilità di utilizzare i codici linguistici tradizionali, la musicoterapia può costituire una forma di comunicazione più diretta, soprattutto perché la musica può essere fruita a diversi livelli, corrispondenti a diversi gradi di sviluppo intellettuale. Questa scoperta derivò grazie al suo lavoro, principalmente con bambini affetti da autismo, ma anche con disturbi dello sviluppo e disabilità come: ritardo mentale, paralisi cerebrali e menomazioni fisiche e sensoriali.

Durante la terapia non vengono fatte richieste al paziente e non gli vengono richiesti sforzi per acquisire o migliorare i comportamenti nel futuro (Alvin,1975a). Nell'

approccio di Alvin la musica è “compensativa” in quanto l’enfasi è posta sulla sensibilità individuale del paziente piuttosto che sui suoi risultati musicali (Alvin,1976) ed è quindi rigorosamente melodica perché tutto il lavoro terapeutico del paziente è incentrato nell’ascoltare o produrre musica e le altre forme quali la verbalizzazione e l’espressione vocale sono secondarie.

Gli strumenti forniscono un oggetto sul quale il paziente può proiettare i suoi sentimenti negativi e le emozioni lasciando la relazione con il terapeuta libera da conflitti, svolgendo così un’importante funzione dinamica. Dal momento che il terapeuta non è autoritario e si trova su un piano di parità con il paziente, può evitare di sostenere i transfert del paziente e può, di conseguenza, reindirizzare il paziente affinché proietti i suoi sentimenti conflittuali sugli strumenti musicali. Successivamente, quando il paziente lavora su questi sentimenti, il musicoterapeuta può essere “*un protettore o un antagonista, il testimone silenzioso o l’amico o una presenza, mai un pericolo*” (Alvin,1978; p.75).

A prescindere dal risultato, l’espressione del paziente nel produrre liberamente suoni o musica “estemporanea” vengono accettati come auto proiezioni senza che vengano imposti livelli di abilità da raggiungere (Alvin,1975, Alvin,1978). I pazienti possono partecipare a terapie individuali di libera improvvisazione a prescindere dalle loro capacità musicali, verbali o sociali. Nella terapia di gruppo invece, i pazienti devono aver raggiunto un’autoconsapevolezza musicale e varie competenze sociali (Alvin,1975a; Alvin,1978; Alvin 1975b).

Al contrario di Nordoff e Robbins, secondo Alvin (1975a) ogni musicoterapeuta dovrebbe essere un esperto musicista perfettamente formato per improvvisare nei diversi stili musicali, dirigere ed insegnare nelle aree strumentali e vocali. Nonostante

ciò, l'elemento principale per esercitare al meglio la professione corrisponde all'avere una personalità adeguata più che ampie conoscenze e abilità (Alvin, 1975a; p.158). A volte queste ultime risultano essere insufficienti.

La terapia musicale, adottata da Alvin nella riabilitazione dei soggetti disabili fisici e psichici, deve conformarsi a due caratteristiche fondamentali del suono: il potere catartico per facilitare, nelle terapie individuali, l'espressione delle emozioni e degli stati interiori; e il potere aggregante che favorisce, nelle terapie di gruppo, la socializzazione e l'accettazione delle regole sociali.

Nello specifico, in un contesto di terapia individuale, la musica stimola le associazioni con gli eventi e i sentimenti; evoca ricordi e fantasie; integra esperienze coscienti e inconscie; regola sentimenti ed emozioni; facilita l'identificazione con gli altri; promuove l'auto-conoscenza e il contatto con il mondo esterno (Alvin,1975a).

Nella terapia di gruppo, la musica favorisce l'identità integrando le differenze individuali; sostiene la continuità dell'esperienza di gruppo; influenza la disciplina; esprime i sentimenti del gruppo; promuove il bilancio tra libertà individuale e lealtà al gruppo; facilita le relazioni tra i membri e crea un terreno comune per la comunicazione interculturale.

Alvin utilizzava diversi strumenti musicali, tra cui il violoncello, particolarmente adatto ad accompagnare il canto, il pianoforte, più adatto al lavoro di gruppo, il flauto, la chitarra, tamburello, maraca, campanelli tubolari e altri strumenti semplici melodici e a percussione (Alvin,1976). Il terapeuta deve suonare solo quegli strumenti accettati dal paziente, partendo dal presupposto che gli strumenti musicali hanno un grande significato psicologico (Alvin,1978). Oltre all'improvvisazione con gli strumenti, al

paziente viene data la possibilità di leggere notazioni musicali, disegnare o dipingere mentre ascolta la musica o canzoni composte in precedenza (Alvin,1976).

Secondo Alvin, gli strumenti musicali, attraverso la durata, il ritmo e il tempo, organizzano il flusso temporale e la sequenza degli eventi emotivi, creando ordine intellettuale. Essi sono essenziali per proiettare simbolicamente il materiale inconscio, esprimere e contenere sentimenti e impulsi, e facilitare lo sviluppo sensomotorio, cognitivo ed emotivo. Gli strumenti musicali facilitano anche la proiezione simbolica dell'identità personale e collettiva, evocano immagini, ricordi e associazioni, e collegano realtà e irrealtà. Inoltre, stimolano e coordinano risposte sensomotorie, offrono piacere sensoriale, integrano passato e presente, e forniscono supporto fisico e limiti agli sforzi terapeutici. Essi fungono da strumenti di valutazione del progresso terapeutico, facilitano l'integrazione del paziente nel gruppo e agiscono da intermediari tra paziente e terapeuta, favorendo il raggiungimento di nuovi livelli di terapia (Alvin,1975a).

La terapia di Alvin segue una sequenza progressiva di tre stadi di lavoro:

Il primo stadio prevede che il terapeuta sia guidato da quattro principi: piacere, scelta libera dello strumento, non direttività e territorialità relazionale sé stesso agli oggetti nel contesto del mondo a lui vicino. Queste relazioni richiedono che il paziente integri aspetti visivi, uditivi e tattili\cinestetici degli strumenti e dell'ambiente nel suo sistema sensoriale, mentre trasferisce i conflitti e i sentimenti repressi sugli strumenti e i loro suoni.

Il secondo stadio prevede tecniche attive di libera improvvisazione in modo da incoraggiare il paziente alla consapevolezza di sé, alla risoluzione dei conflitti personali e la costruzione di un rapporto con il terapeuta. La terapia comprende duetti

improvvisati e dialoghi, la condivisione di nuovi strumenti, la focalizzazione delle proiezioni sullo strumento e l'esplorazione della resistenza agli strumenti. Questa fase servirà per stabilire una relazione tra il terapeuta e il paziente ed anche a relazionarsi a sé stesso tra le modalità sensoriali e tra differenti parti del corpo.

Nella terza fase il paziente avrà la possibilità di relazionare sé stesso agli altri (genitori, coetanei, gruppo), di conseguenza questa fase comporta l'inserimento delle figure genitoriali nella terapia o la collocazione del paziente in un gruppo. Tutte le attività apprese negli stadi precedenti vengono trasferite nei confronti dell'altro.

Un elemento importante per Alvin era la strutturazione dell'ambiente fisico che prevedeva la considerazione: delle dimensioni della stanza, della disposizione di porte e finestre, della collocazione di strumenti e sedie, l'acustica, gli addobbi e l'illuminazione per soddisfare i bisogni dei pazienti e favorire l'efficacia della terapia.

In conclusione, si può affermare che l'approccio di Alvin è basato sull'accertamento e sulla valutazione del paziente volti a determinare il livello di sviluppo fisico, intellettuale e socio emotivo del paziente rispetto ai vari tipi e livelli di relazioni. Il terapeuta osserva il comportamento generale del paziente e il suo atteggiamento verso la situazione della terapia, cercando di cogliere le sue risposte specifiche ai compiti di ascolto, improvvisazione e canto, che includono gli elementi del contatto visivo, tolleranza al contatto, territorialità, volontà di parlare, assumere una funzione di comando o seguace, flessibilità al ruolo, adeguamento alle regole, livello generale di attività, prendere decisioni, bisogno di struttura.

#### ***4, Modello di Bruscia: La terapia d'improvvisazione musicale***

Il modello di improvvisazione musicale sviluppato da Kenneth E. Bruscia è un importante strumento utilizzato in musicoterapia particolarmente adatto per lavorare

con persone che hanno il disturbo dello spettro autistico e si concentra sull'accoglienza e l'ascolto delle produzioni musicali del paziente, la loro analisi e valutazione.

Il musicoterapista può utilizzare strumenti musicali, la voce e altre modalità espressive per facilitare l'improvvisazione musicale con l'obiettivo di migliorare la comunicazione, l'espressione e la connessione emotiva delle persone con autismo (Bruscia,1987).

L'approccio Bruscia di improvvisazione musicale, si basa sulla creazione di un ambiente musicale sicuro e strutturato in cui il paziente possa esprimersi liberamente, migliorando la comunicazione, l'interazione sociale e altre competenze. Il terapeuta dovrebbe creare un ambiente accogliente e non giudicante in cui il paziente faccia emergere la sua espressività attraverso la musica; egli è dunque una guida empatica che facilita l'esplorazione e l'espressione attraverso la musica e svolge un ruolo fondamentale nella terapia (Bruscia,1987). Coinvolgere i familiari nelle sessioni può estendere i benefici della musicoterapia all'ambiente domestico, creando una continuità terapeutica e supporto aggiuntivo.

La valutazione iniziale e l'osservazione avvengono durante il primo incontro. Il terapeuta osserva il paziente mentre esplora gli strumenti musicali (ad esempio, pianoforte, chitarra, percussioni) e sperimenta liberamente rispondendo agli stimoli sonori. Questo lo aiuta a comprendere le preferenze, le reazioni emotive e i comportamenti del paziente oltre che a identificare i punti di forza, le abilità musicali e le aree che necessitano di supporto, in modo da poter personalizzare successivamente l'approccio terapeutico.

A seguito, il terapeuta interagisce musicalmente con il paziente suonando insieme a lui per comprendere meglio le sue capacità di comunicazione e di espressione. Egli lo

dovrà guidare nell'esplorazione musicale, incoraggiandolo all'improvvisazione, al fine di poter stabilire una connessione per costruire una relazione di fiducia.

Il terapeuta, inoltre, ascolterà attentamente l'improvvisazione e risponderà in modo appropriato, creando un dialogo musicale empatico per potersi sintonizzare con le espressioni musicali, i ritmi e le dinamiche del paziente. Quest'ultimo sarà incoraggiato a esplorare liberamente gli strumenti musicali e i suoni affinché possa permettersi di esprimere emozioni e pensieri in un modo non verbale.

Successivamente rispecchierà i suoni e le espressioni musicali del paziente, creando un senso nel dialogo. Questo lo aiuterà a sentirsi compreso e valorizzato. Inoltre, il terapeuta introdurrà semplici strutture musicali, come ritmi ripetuti o melodie facili, per fornire un contesto e una guida senza limitare la sua creatività (Bruscia,2001). Dopo l'improvvisazione, il musicoterapeuta e il paziente rifletteranno insieme sull'esperienza, esplorando emozioni, pensieri e sensazioni suscitate dalla musica.

L'obiettivo della terapia è migliorare la consapevolezza di sé o la regolazione emotiva oltre che apportare un beneficio alle capacità di espressione verbale e non verbale del paziente attraverso la musica, per comunicare idee e sentimenti in modo da aiutarlo a riconoscere, esprimere e modulare gli stati emotivi attraverso un canale sicuro e rassicurante (Bruscia,2001; Marconcini,2017). La musicoterapia inoltre favorisce lo sviluppo di abilità sociali che avviene attraverso l'interazione musicale, come ad esempio nel caso del turn-taking e l'ascolto reciproco. Migliora la coordinazione e le abilità motorie, utilizzando strumenti che richiedono movimenti precisi e organizzati (Manarolo, 2006).

Le tecniche usate da Bruscia nel suo modello sono (Kurkjian,2021):

*Imitating*: è una tecnica empatica che consiste nell'imitare la risposta del paziente. Gli obiettivi principali includono di far mantenere l'attenzione sulle proprie azioni, stabilire un turn-taking e promuovere l'autoconsapevolezza e l'accettazione di ciò che fa (Bruscia, 1987).

*Reflection/Mirroring*: il terapeuta rispecchia esattamente i suoni, le parole o i movimenti del paziente, creando un senso di connessione e validazione.

*Sincronizzazione*: consiste nell'imitare azioni, suoni e ritmi utilizzati dal paziente nello stesso identico momento in cui le sta facendo.

*Extending*: Bruscia categorizza l'estensione come una tecnica di incitamento, mirata a prolungare la frase del cliente, aggiungendo suoni oppure una frase sovrapposta alla frase del paziente. L'estensione può essere usata per incoraggiare l'ulteriore riproduzione di altri suoni, aumentare la continuità musicale e oppure per esprimere un'idea musicale completa.

*Symbolising*: il terapeuta sprona il paziente ad utilizzare uno strumento musicale per rappresentare un evento oppure una persona. In questo modo proietterà i suoi sentimenti attraverso la musica.

*Holding*: mentre il paziente improvvisa la sua musica, il terapeuta fornisce uno sfondo musicale che risuona i suoi sentimenti contenendoli.

*Incorporating*: è una tecnica che utilizza un motivo musicale o il comportamento del paziente come tema per la propria improvvisazione o composizione, elaborandolo. L'incorporazione può essere utilizzata per fornire un rafforzamento positivo della frase

melodica di un paziente, mostrando un'accettazione della sua musica. Inoltre, si agisce sul potenziamento della creatività e dell'espressione musicale.

*Call and Response*: una tecnica in cui il terapeuta suona una frase musicale e il paziente risponde, promuovendo l'attenzione e la comunicazione reciproca.

*Grounding*: il terapeuta fornisce una base ritmica stabile su cui il paziente può costruire, poi a sua volta le sue melodie, offrendo sicurezza e struttura. Questo può essere particolarmente utile per i pazienti che necessitano di prevedibilità.

Dopo ogni sessione, il terapeuta riflette sugli sviluppi e adatta le tecniche alle esigenze individuali del paziente in base ai suoi progressi, modificando l'approccio terapeutico di volta in volta; questo processo continuo di adattamento garantisce che le sessioni rimangano rilevanti ed efficaci.

È necessario tenere un registro delle sessioni per documentare e monitorare i progressi e identificare eventuali cambiamenti nel comportamento o nelle capacità del paziente. Le valutazioni andranno fatte periodicamente per verificare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e ricalibrare le strategie se necessario. Questo può includere la somministrazione di scale di valutazione standardizzate o l'uso di osservazioni qualitative (Bruscia,1987).

Il modello fornisce stimoli sensoriali che possono aiutare a regolare il sistema nervoso, migliorando l'attenzione e riducendo l'ansia. Inoltre, le sessioni strutturate creano una routine rassicurante, fondamentale per molti individui con autismo. L'esplorazione musicale e la partecipazione attiva possono aumentare l'autonomia e la fiducia in sé stessi, contribuendo al benessere generale.

L'approccio di improvvisazione musicale, con il suo focus sull'interazione e la comunicazione attraverso la musica, offre un ambiente terapeutico ricco di potenzialità

soprattutto per gli individui con autismo, adattandosi in modo flessibile alle loro esigenze uniche.

Durante la terapia, vengono utilizzati in modo creativo le seguenti tipologie di strumenti musicali per facilitare l'espressione e la comunicazione:

1. *Strumenti sperimentali* scelti per stimolare la creatività e l'esplorazione. Possono includere oggetti non tradizionali, come campane, nastro adesivo, tubi di plastica o qualsiasi altro oggetto che possa produrre suoni interessanti.

2. *Strumenti catartici* che consentono al paziente di scaricare tensioni emotive attraverso la musica. Ad esempio, tamburi o percussioni possono essere utilizzati per esprimere emozioni rese in modo non verbale.

3. *Strumenti difensivi* utilizzati per nascondere tensioni interne. Ad esempio, suonare un flauto dolce o una chitarra può offrire un senso di protezione e distrazione.

4. *Strumenti incistati* utilizzati in modo stereotipato e non necessariamente finalizzati alla comunicazione. Ad esempio, il pianoforte può essere suonato in modo automatico o ripetitivo. La stanza della terapia nel modello Bruscia deve essere un ambiente ben organizzato, sicuro e stimolante, che favorisca la libera espressione musicale e la connessione tra terapeuta e paziente. Ogni elemento dell'ambiente deve contribuire a creare un contesto terapeutico efficace, adattato alle esigenze specifiche delle persone. La stanza deve essere abbastanza spaziosa per permettere il movimento libero e l'uso di vari strumenti musicali. Un ambiente ordinato riduce le distrazioni.

Le zone devono essere differenziate attraverso la creazione di aree specifiche per diverse attività musicali: area per la percussione, una per gli strumenti a corda e una per gli strumenti a tastiera. È necessario inoltre avere un'area centrale aperta per l'interazione diretta.

L'isolamento acustico è importante per evitare rumori esterni che potrebbero distrarre il paziente e per mantenere la qualità sonora interna attraverso l'utilizzo di pannelli fonoassorbenti per ridurre l'eco e migliorare la chiarezza del suono, creando un ambiente sonoro confortevole.

Per quanto riguarda l'illuminazione è preferibile la luce naturale soffusa per creare un ambiente rilassante, integrandola con luci artificiali regolabili. Le luci dimmerabili permettono di adattare l'intensità luminosa alle necessità del momento. Le pareti devono essere minimali: evitando decorazioni eccessive che potrebbero distrarre, mantenendo l'ambiente semplice e tranquillo. In sintesi, l'ambiente deve essere visivamente semplice e privo di eccessive distrazioni, utilizzando colori tenui e pochi elementi decorativi. Si possono integrare materiali tattili come tappeti morbidi, coperte o tessuti diversi, che possono fornire stimoli sensoriali piacevoli.

### **Capitolo 3.**

#### **L'efficacia della musicoterapia improvvisata nel disturbo dello spettro autistico**

Come detto in precedenza, la musicoterapia improvvisativa (IMT) presenta molti vantaggi quando si lavora con bambini con ASD (Schmid, 2014; Wigram, 2004). Durante l'improvvisazione clinica, il musicoterapeuta identifica gli elementi musicali nel comportamento musicale e non musicale del bambino (come il tempo, il timbro, l'intonazione, i modelli ritmici e le linee melodiche) e fornisce strutture musicali empatiche e di supporto per attrarre e coinvolgere il bambino (Wigram, 2002). Lo scopo principale è quello di creare “un incontro” caratterizzato da un immenso coinvolgimento emotivo e relazionale. Il terapeuta si impegna, attraverso la musica, ad utilizzare l'attenzione condivisa per far sì che il bambino possa sviluppare maggiori capacità di interagire con l'altro (Geretsegger et al., 2015). L'improvvisazione musicale ha anche un grande potenziale per questi bambini poiché integra strutture chiare che forniscono loro un'ancora e sicurezza, insieme a una grande flessibilità, che può aiutarli a imparare ad affrontare un mondo meno strutturato, meno prevedibile e meno ovvio (Wigram & Elefant, 2009).

A seguito della spiegazione approfondita delle caratteristiche della musicoterapia e dei modelli più importanti che vengono utilizzati come strumento terapeutico per il disturbo dello spettro autistico, in questo capitolo metterò in luce alcuni risultati di ricerche empiriche che hanno dimostrato l'efficacia di questa pratica clinica nell'attenuare alcuni sintomi tipici dell'autismo.

### ***1. Risultati di alcune ricerche empiriche***

La musicoterapia utilizza la musica e le sue componenti per consentire alle persone con disturbi dello spettro autistico (ASD) di comunicare ed esprimere i loro sentimenti. Ciò consente di intervenire su alcuni dei problemi fondamentali che affrontano queste persone.

Fare attivamente musica richiede comportamenti comunicativi come l'attenzione congiunta, il contatto visivo e il turn-talking. L'improvvisazione musicale può anche aiutare le persone con disturbi dello spettro autistico a migliorare le loro capacità di comunicazione e interazione sociale. L'interazione musicale in musicoterapia, in particolare nell'improvvisazione musicale, è considerata una sorta di linguaggio che viene espresso tramite sguardi, gesti ed espressioni del viso, che consente alle persone di accedere, quindi, alle esperienze preverbalì e non verbali e di interagire in modo comunicativo senza parole a un livello emotivo più orientato alla relazione rispetto a quello accessibile tramite il linguaggio verbale (Alvin, 1978). È possibile organizzare aspettative di reciprocità, sicurezza e fiducia grazie alla particolare duttilità e "primordialità" del linguaggio sonoro-musicale. Le cosiddette "trasformazioni di stato" (Stern, 1987) mediano l'azione terapeutica offerta dal poter vivere e rivivere momenti di scambio affettivo attraverso la voce, il corpo, il suono e la musica. Queste trasformazioni consentono al bambino con disturbo autistico di ampliare e modificare il livello di auto e co-regolazione emotiva, favorendo nuove interiorizzazioni ed esplorare nuovi canali espressivi e comunicativi.

Alcune ricerche psicoterapiche suggeriscono che la qualità della relazione terapeutica è un requisito fondamentale affinché ci siano dei cambiamenti, indipendentemente dell'approccio clinico che si utilizza (Beutler et al., 2004; Cooper, 2008). Per fare in modo che ci siano dei progressi nella sintomatologia autistica e che si instauri una

relazione di fiducia, basata sull'interazione e sull'intersoggettività, tra musicoterapeuta e paziente, si dovrebbe creare una sintonia. Quando si parla di sintonia si fa riferimento al rapporto che si crea tra le due persone presenti nel setting terapeutico, che interagiscono tra di loro attraverso degli scambi che in questo caso avvengono con la musica. È questo lo strumento principale affinché si instauri una sintonizzazione.

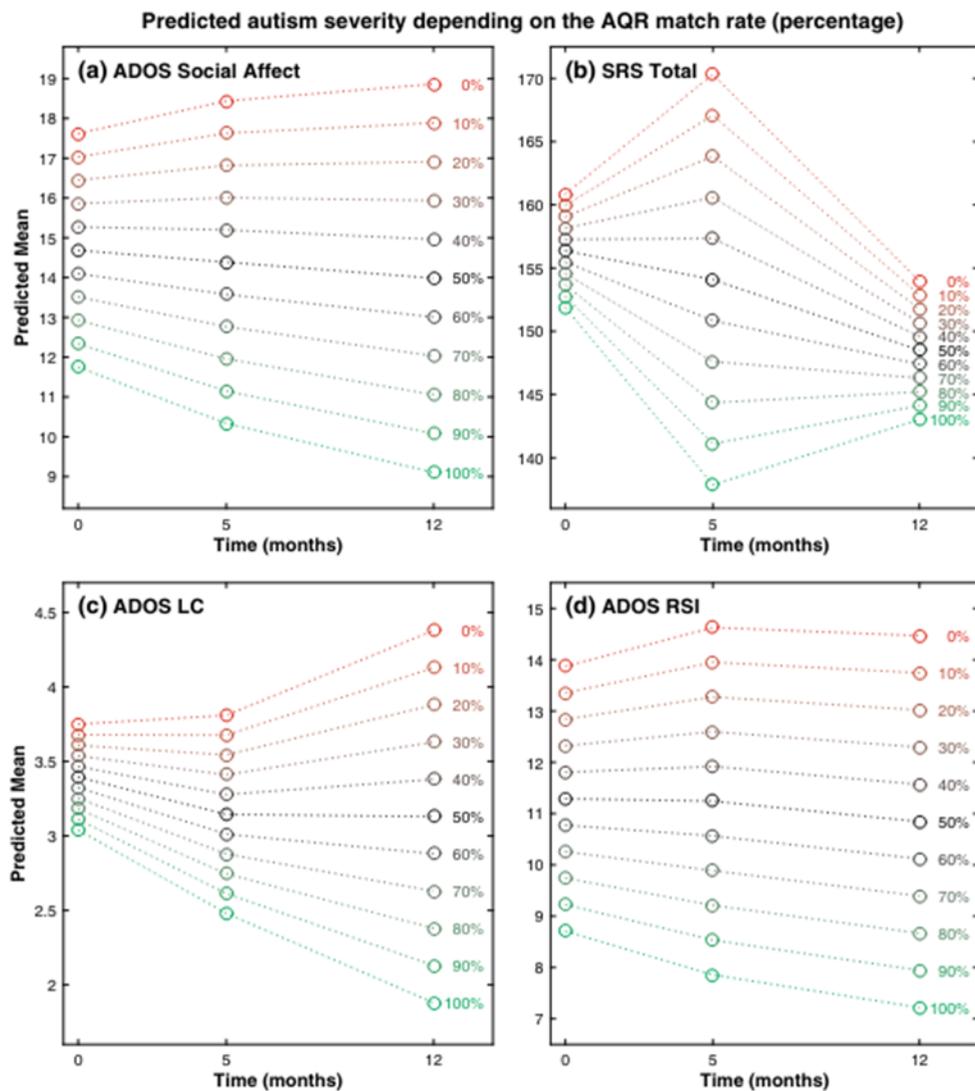
Nel corso degli anni, non si è approfondito molto il tema dell'efficacia della musicoterapia improvvisata e del miglioramento dei sintomi nell'autismo, in riferimento alla sintonia creatasi tra paziente e terapeuta. Tuttavia, una delle più importanti e note ricerche in merito, è stata condotta da Karin Mossler e colleghi (2019), attraverso l'indagine degli effetti della qualità della relazione terapeutica nei cambiamenti delle abilità sociali, in 48 soggetti autistici con età compresa tra i 4 e i 7 anni. Lo studio è durato cinque mesi e ha coinvolto due gruppi sperimentali che hanno ricevuto terapia musicale a bassa intensità (una volta a settimana) o ad alta intensità (tre volte a settimana). L'analisi della relazione terapeutica veniva osservata attraverso dei video e valutata tramite degli strumenti standardizzati come: Assessment of the Quality of Relationship (AQR); ADOS e SRS. I terapeuti hanno usato un approccio di improvvisazione musicale, senza utilizzare uno specifico modello, dove di fronte ad ogni vulnerabilità del bambino applicavano una strategia apposita. Ad esempio, all'inizio delle sessioni terapeutiche molti soggetti presentavano stereotipie, non rispondevano agli stimoli offerti, non mantenevano il contatto visivo, erano disregolati e con affettività negativa. Si mostravano poco curiosi e attenti alle attività proposte. Il terapeuta, per cercare di sintonizzarsi con il bambino, aveva creato un ambiente musicale che lo facesse sentire accolto ed accettato, senza mettergli alcuna pressione. Utilizzava mezzi musicali (strumenti), corporei, verbali (sorriso, vocalizzi) o l'imitazione al fine di poter comunicare indirettamente al bambino di poter gestire

l'affettività intensa che provava in quel momento e migliorare la loro interazione ancora in via di sviluppo (Mossler et.al, 2019).

Il risultato principale che è emerso a seguito della ricerca riguarda l'importanza della qualità del legame terapeutico che predice i miglioramenti clinici più profondi nella gravità dei sintomi nei bambini con autismo. Il cambiamento avviene solo quando il terapeuta riesce ad essere connesso emotivamente e musicalmente alle modalità di comunicazione e relazione del paziente. In questo modo, quest'ultimo ha la possibilità di rispondere attivamente agli stimoli proposti dall'ambiente e di sintonizzarsi con la persona.

Un altro risultato emerso è che la costruzione di una buona relazione terapeutica aveva portato ad un netto cambiamento soprattutto nell'area del linguaggio e della comunicazione, facilitato dall'aumento delle competenze nell'area dell'interazione sociale reciproca. Infine, la musicoterapia si è dimostrata più efficace a seguito dei 12 mesi consecutivi delle sessioni terapeutiche piuttosto che dopo i 5 mesi.

Di seguito una tabella che riporta statisticamente i progressi fatti durante la ricerca:



**Fig. 1** Illustration of predicted trajectories of autism severity (ADOS, SRS) based on LMEs. *LMEs* Linear mixed effects, *AQR* Assessment of the Quality of Relationship, *ADOS* Autism Diagnos-  
tic Observation Schedule, *SRS* Social Responsiveness Scale, *LC* Language and Communication, *RSI* Reciprocal Social Interaction

**Figura 1:** illustra le traiettorie predette della gravità dell'autismo (valutata tramite ADOS e SRS) in base ai modelli misti a effetti lineari. Mostra come la gravità dell'autismo varia nel tempo a seconda del tasso di corrispondenza AQR, evidenziando l'effetto della relazione terapeutica sulla progressione dei sintomi nel tempo.

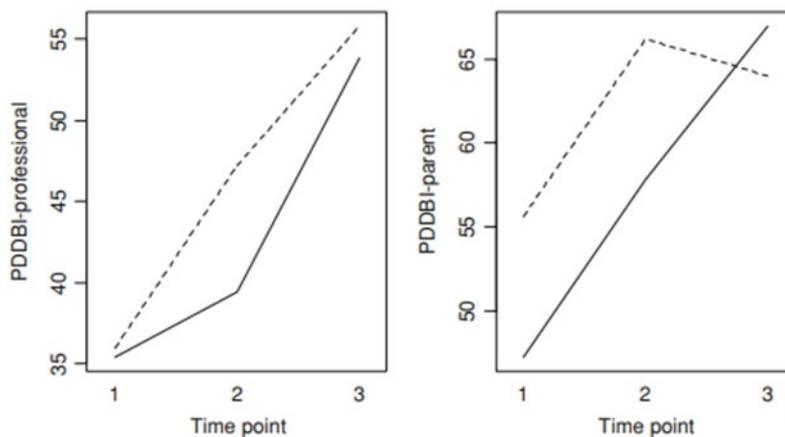
Tuttavia, la maggior parte degli studi, per verificare l'efficacia della musicoterapia improvvisata sui bambini con autismo, ha considerato le metodologie terapeutiche che venivano utilizzate all'interno del setting, piuttosto che la relazione che si instaurava

con il paziente, nonostante la particolare rilevanza di questo aspetto. Di seguito illustrerò altri risultati di alcuni studi empirici che hanno dimostrato i benefici dell'improvvisazione musicale attraverso l'utilizzo di modelli differenti e strumenti di questa pratica clinica.

Uno studio rilevante presente nella letteratura scientifica è quello di Jinah Kim, Tony Wigram e Christian Gold (2008) che hanno voluto indagare gli effetti dell'improvvisazione in musicoterapia sui comuni comportamenti attentivi nei bambini in età prescolare con disturbi dello spettro autistico (ASD). Si tratta di uno studio randomizzato e controllato within-subject, dove gli stessi partecipanti partecipano a due tipi di interventi diversi (sessioni di musicoterapia improvvisativa e sessioni di gioco con giocattoli). Lo studio ha reclutato 13 ragazzi e 2 ragazze di età compresa tra i 3 e i 5 anni con autismo, che non avevano precedenti esperienze di musicoterapia o giocoterapia. I partecipanti sono stati sottoposti a 12 sessioni settimanali di 30 minuti ciascuna di musicoterapia improvvisata e sessioni di gioco con i giocattoli. Inoltre, sono stati divisi in due gruppi: uno sottoposto prima a sessioni di terapia musicale e poi a sessioni di gioco, e l'altro con l'ordine inverso. Lo studio ha utilizzato strumenti standardizzati e analisi DVD delle sessioni per valutare i cambiamenti comportamentali nei bambini (Kim et. al, 2008). In particolare, è stato utilizzato il Profilo di Disturbo dello Sviluppo dell'Autismo (PDDDBI) per valutare i comportamenti sociali dei partecipanti. L'Early Social Communication Scales (ESCS) è un altro strumento standardizzato che è stato usato per fornire frequenze di punteggi per due tipi di comportamenti di attenzione congiunta: l'Iniziazione dell'Attenzione Congiunta (IJA) e la Risposta alle Richieste di Attenzione Congiunta (RJA). Per testare le differenze di gruppo tra la musica e il gioco, sono state eseguite adeguate analisi della varianza (ANOVA).

I risultati complessivi di entrambe le misure standardizzate e l'analisi della sessione per migliorare i comportamenti di attenzione congiunta dei partecipanti, erano generalmente a favore della musicoterapia rispetto alla terapia con i giocattoli.

Gli esiti del PDDBI-social approach behavior sub-scales presenti nel grafico lo dimostrano. I 72 punteggi dei professionisti hanno suggerito maggiori miglioramenti dopo la musicoterapia rispetto al gioco, i punteggi delle madri non erano sempre in quella direzione. Nel complesso le madri sembravano dare punteggi molto più alti dei punteggi dei professionisti. Pertanto, i livelli di accordo tra madri e professionisti sembravano essere molto bassi. La mancanza di equilibrio tra i punteggi e le opinioni di queste ultime era causata dal particolare coinvolgimento emotivo nei confronti dei figli.



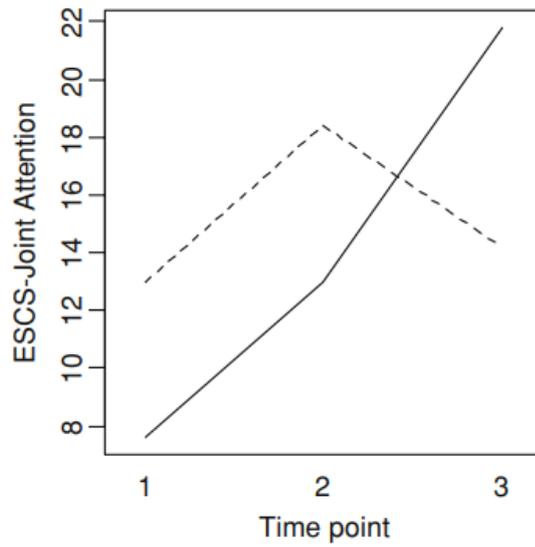
**Fig. 1** Pooled scores of social approach behaviors by professionals and parents—PDDBI

**Figura 1:** mostra un'analisi dei punteggi combinati fatti sia dai professionisti (a sinistra) che dalle madri (a destra) sul sottoscala di approccio sociale del PDDBI. Il grafico rappresenta due gruppi distinti: il Gruppo 1 è rappresentato da una linea tratteggiata e il Gruppo 2 da una linea continua. Si osserva che nel Gruppo 1, entrambi i grafici mostrano un miglioramento dopo la musicoterapia, sebbene in misura leggermente minore per i professionisti e leggermente peggiore per le madri dopo le sessioni di gioco. Per quanto riguarda il Gruppo 2, i punteggi dei professionisti indicano un lieve miglioramento dopo il

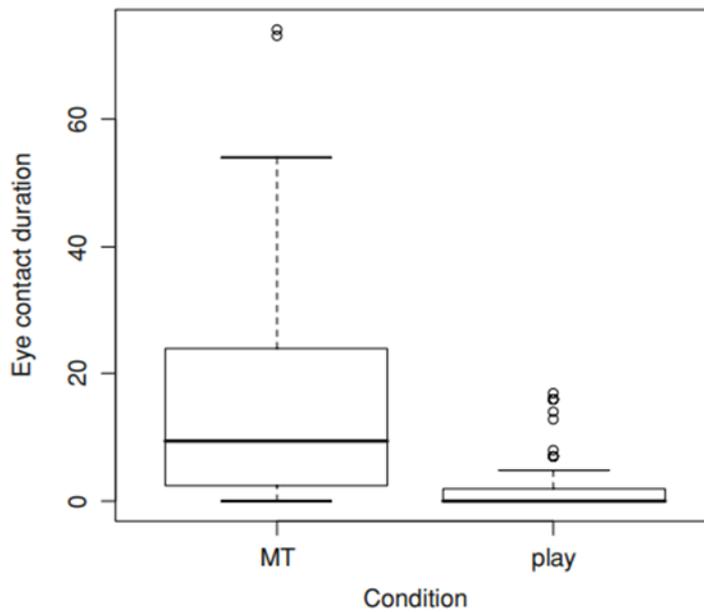
gioco e un miglioramento più significativo dopo la musicoterapia, mentre i punteggi delle madri non seguono una tendenza chiara.

A tal proposito, uno studio di Cohen et al. (2003) ha indicato che l'attendibilità dei genitori-professionisti non era così alta come l'attendibilità dei professionisti (insegnante-insegnante). Si è rivelato che i punteggi delle madri molte volte riflettevano il grado di aspettative e di comprensione che avevano (anche fraintendimento) nei confronti della condizione del proprio figlio e del suo livello di funzionamento, mentre i punteggi dei professionisti (che erano all'oscuro dell'ordine delle condizioni sperimentali) erano abbastanza coerenti con i risultati dell'ESCS e l'analisi della sessione, suggerendo che i punteggi dei professionisti erano più obiettivi. Tuttavia, tra il gruppo il punteggio di correlazione a metà e post-test è migliorato nel tempo. Ciò indica che il punteggio delle madri stava diventando più accurato e realistico. Le differenze nei punteggi di madri e professionisti possono dimostrare il fatto che i bambini adottano un comportamento diverso in base ai contesti, ma possono anche suggerire che le informazioni basate sulle scale di valutazione possono riflettere un certo livello di pregiudizi personali, relativi a chi sta interpretando la scala; quindi, l'interpretazione di tali risultati deve essere valutata attentamente. I risultati di misure ripetute ANOVA nei punteggi totali dell'attenzione congiunta della ESCS e della sessione di analisi hanno indicato che il miglioramento dopo la musicoterapia era decisamente maggiore rispetto al gioco in modo significativo ( $P < 0,05$ ). I risultati più importanti delle singole voci dell'ESCS erano "inizio della Bassa attenzione congiunta (IJAL)", che consisteva nel contatto oculare e nell'alternanza di contatto oculare. Entrambi l'ESCS e l'analisi della sessione hanno mostrato che la maggior parte dei partecipanti ha avuto un miglioramento marcato nella capacità di attenzione congiunta visiva durante e dopo la musicoterapia piuttosto che durante e dopo la condizione di

gioco per tutta la sperimentazione, come si può osservare nella Figura 3.



**Fig. 2** Pooled scores of joint attention—ESCS



**Fig. 3** Eye contact duration

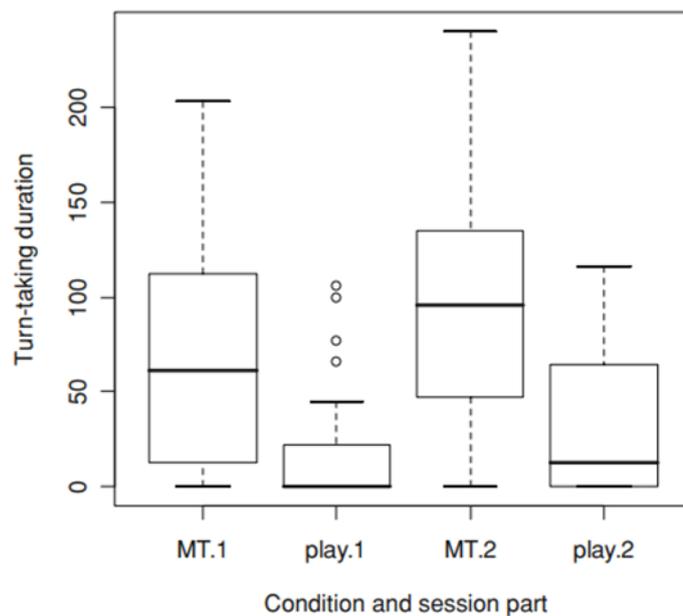
**Figura 2,3:** mostrano un aumento nel punteggio complessivo dei comportamenti di attenzione congiunta dei partecipanti nel corso del tempo, con un miglioramento più evidente dopo la musicoterapia rispetto al gioco con i giocattoli. Nello specifico, la figura 3 indica una maggiore durata di contatto visivo, componente dell'attenzione congiunta, nelle sessioni di musicoterapia rispetto alla giocoterapia.

Ci sono pochi studi scientifici controllati che descrivono come l'uso dell'improvvisazione musicale si traduce in un aumento spontaneo di contatto oculare tra gli altri miglioramenti comportamentali (Bunt, 1994; Plahl, 2000; Saperston, 1973; Robarts, 1996; Wigram, 2002). Gold et al. (2006) hanno sottolineato che la musicoterapia improvvisativa induce comportamenti comunicativi e di attenzione congiunta, compreso il contatto visivo. Tuttavia, la maggior parte dei partecipanti a questo studio non ha mostrato miglioramenti nell'attenzione congiunta gestuale (indicare e mostrare). Questo risultato era in linea con lo studio di Mundy et al. (1994). Su dieci partecipanti all'ESCS, solo due hanno mostrato pochi gesti di indicazione. Gli osservatori non erano d'accordo con i loro gesti ambivalenti. Dopo la musicoterapia, le risposte relative all'attenzione congiunta (RJA) erano migliori rispetto alle sessioni di gioco. È stato dimostrato in alcuni studi (Bono et al., 2004; Siller & Sigman, 2002) che i bambini che rispondono positivamente alle offerte di attenzione congiunta (RJA) rispetto agli altri possono mostrare un maggiore sviluppo linguistico. Le conclusioni di questi studi sembrano essere supportate dai resoconti dei terapisti e delle madri: tre su cinque partecipanti che non utilizzavano il linguaggio verbale hanno migliorato le loro abilità linguistiche iniziali sia durante che dopo la musicoterapia.

Rispetto alle attività di turn-taking nell'analisi della sessione condividono una caratteristica procedurale con il RJA della ESCS. Ad esempio, il terapeuta è stato incaricato di fare domande interpersonali in modo deciso ma gentile durante la seconda metà della sessione. I partecipanti hanno mostrato comportamenti di turn-taking molto più lunghi nella parte direttiva della musicoterapia, dove le attività erano introdotte dal terapeuta (seconda metà della sessione), rispetto alla parte non direttiva guidata dal bambino (prima metà della sessione). Questo suggerisce che le sessioni in cui veniva

utilizzata la musica come terapia, hanno favorito una maggiore interazione e partecipazione durante il turn-taking.

*J Autism Dev Disord* (2008) 38:1758–1766



**Fig. 4** Turn-taking duration

**Figura 4:** indica che la musicoterapia è stata più efficace nel facilitare una durata più lunga del turn-taking rispetto alla condizione di gioco.

Holck (2004b) ha sottolineato che i turn-taking musicali spesso includevano imitazioni e variazioni. In questo studio, il terapeuta aveva iniziato imitando le azioni del partecipante per costruire una relazione progressivamente empatica. Bisogna tenere in considerazione che i bambini con disturbi dello spettro autistico non solo mostrano scarsi risultati nell'imitazione, ma hanno anche difficoltà ad alternare rapidamente i ruoli di iniziazione e imitazione nel turn-taking (De Myer et al., 1972; Nadel et al., 1999). Nonostante ciò, i risultati mostrano che la musicoterapia improvvisativa può aiutare i bambini con autismo a sviluppare competenze sociali fondamentali, in particolare interazioni non verbali. Infatti, in questa ricerca scientifica, è stato dimostrato che la musicoterapia è stata particolarmente efficace nel migliorare i livelli

più bassi di iniziativa di attenzione congiunta (IJAL; contatto oculare e contatto visivo che si alterna tra un oggetto e una persona), rispondendo alle offerte di attenzione congiunta (RJA) e interazioni sociali. Gli esperti di musicoterapia hanno notato due qualità diverse del processo di improvvisazione musicale che sono clinicamente rilevanti quando lavorano con bambini con autismo: sia la stabilità (struttura prevedibile) che la flessibilità (spontaneità). L'interazione musicale improvvisativa può aiutare i bambini che sono difficili da adattare all'imprevedibilità della vita quotidiana a diventare più creativi e flessibili. Pertanto, la musica improvvisativa, sia nell'ambito dell'espressione musicale che non musicale, è il modo perfetto per affrontare i problemi di controllo e rigidità di questi bambini. Secondo Wigram (1995, p. 184), la musicoterapia consente di concentrarsi su ciò che i bambini possono fare piuttosto che sulle loro aree di vulnerabilità. In aggiunta, è interessante osservare come la musicoterapia improvvisata sia stata in grado di facilitare la coordinazione simultanea di "visione", "ascolto" e "risposta". I risultati indicano che questa disciplina ha aiutato i bambini con autismo ad apprendere alcune abilità sociali con spontaneità, ma soprattutto stabilisce una base per la motivazione sociale.

Un altro studio di ricerca che è stato effettuato da John A. Carpenter (2017) aveva come obiettivo l'analisi dell'efficacia della musicoterapia improvvisata, basata sul modello DIRFloortime, riguardante le abilità comunicative dei soggetti autistici. Sono stati utilizzati come campione quattro bambini di età compresa tra i 4 e gli 8 anni, ciascuno dei quali ha partecipato a ventiquattro sessioni individuali di musicoterapia da 30 minuti nell'arco di 13 settimane. La Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) è stata utilizzata per valutare i cambiamenti nelle capacità di comunicazione sociale. I risultati hanno mostrato miglioramenti nelle aree di regolazione emotiva,

coinvolgimento, organizzazione comportamentale e comunicazione mirata a due vie (Carpente, 2017).

Il metodo del terapeuta consisteva in tre fasi. La prima fase era denominata "seguendo la guida musicale-emotiva del bambino", e coinvolgeva il terapeuta nell'osservare il bambino mentre creava musica in base alle sue inclinazioni naturali, interessi emotivi e risposte musicali (ad esempio, strumenti, voce e/o movimento) e non musicali (ad esempio, gesti e/o espressioni facciali). Tecniche cliniche come riflessione, sincronizzazione e/o potenziamento (Bruscia, 1987) venivano implementate all'interno di strutture musicali per incontrare l'affetto del bambino e promuovere l'engagement e l'attenzione condivisa. La fase due invece, chiamata "gioco musicale intenzionale a due vie", comprendeva il passaggio del terapeuta da un'interazione guidata dal bambino a una guidata dal terapeuta, fornendo esperienze musicali volte a ricercare una responsività da parte del paziente. Questa fase includeva l'incorporazione da parte del terapeuta di tecniche di elicitazione e reindirizzamento (Bruscia, 1987) come mezzo per promuovere il gioco musicale reciproco. Le risposte del bambino potevano essere espresse tramite uno sguardo, e/o il suono di uno strumento, e/o la vocalizzazione, e/o il movimento, e/o l'espressione facciale. In qualsiasi momento, durante o dopo la transizione alla seconda fase, il terapeuta poteva tornare alla fase uno se il bambino mostrava difficoltà nel passaggio e/o si ritirava dall'interazione.

L'ultimo stadio, detto "sincronia affettiva", coinvolgeva il terapeuta nel fornire esperienze musicali che includevano una gamma di elementi, come il tempo e la dinamicità, all'interno di una struttura musicale coerente e prevedibile, incorporando una serie di tecniche cliniche come empatia, strutturazione, elicitazione, reindirizzamento e lasciando i giusti spazi al bambino (Bruscia, 1987). L'obiettivo era

creare un'opportunità per il paziente di iniziare e rispondere, scambiando la leadership e il followership nel gioco musicale.

Il terapeuta ha applicato questa metodologia su quattro bambini che all'inizio dell'esperimento presentavano problemi nelle aree analizzate nel FEAS test come: disregolazione emotiva, disinteresse verso il mondo esterno e nel relazionarsi con l'altro tramite un coinvolgimento, comunicazione intenzionale a due vie, organizzazione comportamentale, problem solving, capacità rappresentazionale e differenziazione rappresentazionale.

La maggior parte dei bambini utilizzati come campione nello studio di ricerca hanno ottenuto risultati significativi a seguito della musicoterapia improvvisata. Nel primo caso, Kyle, ha mostrato carenze in tutte le aree dello sviluppo nel pre-test e non ha fatto progressi funzionali significativi, tranne che nell'organizzazione comportamentale e nel problem solving, dove è passato a un livello "normale".

Table 4.  
Comparison of Kyle's Pre- and Post-FEAS Scores

Areas	Pre-test	Post-test	Change in functioning level
	Raw scores	Raw scores	
	Subscores	Subscores	
I. Self-regulation	8 (Deficient)	7 (Deficient)	0
Attentive to play with toys	2	2	
Explores objects/toys freely	2	2	
Remains calm during play	2	0	
Touching textured toys/caregiver	2	2	
Shows content affect	1	1	
Focused without distraction	0	1	
Appears over aroused	0	0	
II. Forming relationships and engagement	6 (Deficient)	7 (Deficient)	0
Emotional interest in caregiver	2	2	
Relaxed when near caregiver	0	1	
Anticipates with curiosity	0	1	
Uncomfortable with caregiver	2	2	
Initiates closeness to caregiver	0	0	
Avoids caregiver	2	0	
Socially references caregiver	0	1	
Communicates from across space	0	0	
III. Two-way purposeful communication	5 (Deficient)	6 (Deficient)	0
Opens circles of communication	1	1	
Initiates intentional actions	1	1	
Closes circles of communication	1	2	
Uses words, gestures, or sounds	2	2	
IV. Behavioral organization and problem-solving	0 (Deficient)	2 (Normal)	+2
Communicates in several modes	0	0	
Copies caregiver & incorporates	0	2	
V. Representational capacity	1 (Deficient)	0 (Deficient)	0
Engages in symbolic play	0	0	
Engages in pretend play	0	0	
Communicates intentions	0	0	
Expresses dependency	1	0	
Expresses pleasure/excitement	0	0	
Expresses assertiveness	0	0	
Creates 2 or more unrelated ideas	0	0	
VI. Representational differentiation	0 (Deficient)	0 (Deficient)	0
Bridges 2 unrealistic idea	0	0	
Bridges 2 realistic ideas	0	0	
Use pretend to express dependency	0	0	
Use pretend to express pleasure	0	0	
Expresses assertiveness in pretend	0	0	

Downloaded from https://academic.oup.com/mpj/article/35/2/160/2631821 by Universita di Pavia user on 24 April 2024

**Tabella 4:** fornisce un confronto tra i punteggi grezzi ottenuti prima e dopo il trattamento con la musicoterapia improvvisata all'interno del programma DIRFloortime per un partecipante di nome Kyle. Elaine, il secondo caso di studio, ha mostrato progressi significativi in diverse aree di sviluppo. All'inizio, aveva difficoltà nell'autoregolazione e nell'interazione, ma con il tempo ha sviluppato capacità di comunicazione intenzionale, problem solving e coinvolgimento musicale. Il trattamento ha migliorato notevolmente la sua capacità di autoregolazione e interazione sociale, portando i suoi punteggi FEAS a livelli normali in tutte le aree valutate.

Table 5.  
Comparison of Elaine's Pre- and Post-FEAS Scores

Areas	Pre-test	Post-test	Change in functioning level
	Raw scores	Raw scores	
	Subscores	Subscores	
I. Self-regulation	11 (At risk)	12 (Normal)	+1
Attentive to play with toys	2	2	
Explores objects/toys freely	2	2	
Remains calm during play	2	2	
Touching textured toys/caregiver	2	2	
Shows content affect	1	1	
Focused without distraction	1	2	
Appears over aroused	1	1	
II. Forming relationships and engagement	11 (Deficient)	16 (Normal)	+2
Emotional interest in caregiver	2	2	
Relaxed when near caregiver	1	2	
Anticipates with curiosity	1	2	
Uncomfortable with caregiver	2	2	
Initiates closeness to caregiver	2	2	
Avoids caregiver	1	2	
Socially references caregiver	2	2	
Communicates from across space	1	2	
III. Two-way purposeful communication	5 (Deficient)	7 (At risk)	+1
Opens circles of communication	0	2	
Initiates intentional actions	1	1	
Closes circles of communication	2	2	
Uses words, or sounds, or gestures	2	2	
IV. Behavioral organization and problem-solving	3 (Normal)	4 (Normal)	0
Communicates in several modes	1	2	
Copies caregiver & incorporates	2	2	
V. Representational capacity	3 (Deficient)	7 (At risk)	+1
Engages in symbolic play	0	1	
Engages in pretend play	2	2	
Communicates intentions	0	2	
Expresses dependency	0	1	
Expresses pleasure/excitement	0	1	
Expresses assertiveness	0	0	
Creates 2 or more unrelated ideas	1	0	
VI. Representational differentiation	1 (Deficient)	4 (Normal)	+2
Bridges 2 unrealistic ideas	1	2	
Bridges 2 realistic ideas	0	2	
Use pretend to express dependency	0	0	
Use pretend to express pleasure	0	0	
Expresses assertiveness in pretend	0	0	

Downloaded from https://academic.oup.com/mtpp/article/35/2/160/2631821 by Universita di Pisa user on 24 April 2024

**Tabella 5:** fornisce un confronto tra i punteggi grezzi ottenuti prima e dopo il trattamento con la musicoterapia improvvisata all'interno del programma DIRFloortime per un partecipante di nome Elaine.

Il quarto caso di studio, Anthony, ha mostrato progressi significativi. È passato da una posizione "carente" a "normale" in tutte le aree di sviluppo valutate dai punteggi FEAS post-test. Il trattamento ha migliorato le sue capacità di autoregolazione, coinvolgimento, comunicazione bidirezionale, capacità rappresentazionale e differenziazione rappresentazionale.

Table 6.  
Comparison of Anthony's Pre- and Post-FEAS Scores

Areas	Pre-test	Post-test	Change in functioning level
	Raw scores	Raw scores	
	Subscores	Subscores	
I. Self-regulation	10 (Deficient)	13 (Normal)	+2
Attentive to play with toys	2	2	
Explores objects/toys freely	2	2	
Remains calm during play	2	2	
Touching textured toys/caregiver	0	2	
Shows content affect	1	1	
Focused without distraction	2	2	
Appears withdrawn/sluggish	1	2	
II. Forming relationships and engagement	12 (Deficient)	16 (Normal)	+2
Emotional interest in caregiver	2	2	
Relaxed when near caregiver	2	2	
Anticipates with curiosity	0	2	
Uncomfortable with caregiver	2	2	
Initiates closeness to caregiver	2	2	
Avoids caregiver	1	2	
Socially references caregiver	1	2	
Communicates from across space	2	2	
III. Two-way purposeful Communication	5 (Deficient)	8 (Normal)	+2
Opens circles of communication	1	2	
Initiates intentional actions	1	2	
Closes circles of communication	1	2	
Uses sounds/words/gestures	2	2	
IV. Behavioral organization and problem-solving	3 (Normal)	4 (Normal)	0
Communicates in several modes	1	1	
Copies caregiver & incorporates	1	1	
V. Representational capacity	5 (Deficient)	14 (Normal)	+2
Engages in symbolic play	1	2	
Engages in pretend play	2	2	
Communicates intentions	0	2	
Expresses dependency	0	2	
Expresses pleasure/excitement	0	2	
Expresses assertiveness	2	2	
Creates 2 or more unrelated ideas	0	2	
VI. Representational differentiation	0 (Deficient)	7 (Normal)	+2
Bridges 2 unrealistic ideas	0	2	
Bridges 2 realistic ideas	0	2	
Use pretend to express dependency	0	2	
Use pretend to express pleasure	0	0	
Expresses assertiveness in pretend	0	1	

Downloaded from https://academic.oup.com/ijp/article/doi/10.1093/ijp/2024/04/001 by Universita di Pavia user on 24 April 2024

**Tabella 6:** fornisce un confronto tra i punteggi grezzi ottenuti prima e dopo il trattamento con la musicoterapia improvvisata all'interno del programma DIRFloortime per un partecipante di nome Anthony.

Infine, Michele ha mostrato significativi progressi nella musicoterapia, passando da un punteggio "carente" a "normale" nell'area dell'autoregolazione, del coinvolgimento e dell'organizzazione comportamentale. Tuttavia, ha mantenuto un punteggio "a rischio" nella comunicazione intenzionale bidirezionale e "carente" nelle capacità rappresentazionali e differenziazione rappresentazionale. Le tecniche utilizzate dal terapeuta, come l'improvvisazione musicale e la ripetizione di frasi melodiche semplici,

hanno aiutato Michele a migliorare la sua regolazione emotiva e a partecipare più attivamente al gioco musicale.

Table 7.  
Comparison of Michele's Pre- and Post-FEAS Scores

Areas	Pre-test	Post-test	Change in functioning level
	Raw scores	Raw scores	
	Subscores	Subscores	
I. Self-regulation	11 (At risk)	13 (Normal)	+1
Attentive to play with toys	2	2	
Explores objects/toys freely	2	2	
Remains calm during play	2	2	
Touching textured toys/caregiver	2	2	
Shows content affect	1	2	
Focused without distraction	1	2	
Appears over aroused	1	1	
II. Forming relationships and engagement	6 (Deficient)	16 (Normal)	+2
Emotional interest in caregiver	0	2	
Relaxed when near caregiver	2	2	
Anticipates with curiosity	0	2	
Uncomfortable with caregiver	2	2	
Initiates closeness to caregiver	2	2	
Avoids caregiver	0	2	
Socially references caregiver	0	2	
Communicates from across space	0	2	
III. 2-way purposeful communication	4 (Deficient)	7 (At risk)	+1
Opens circles of communication	0	2	
Initiates intentional actions	1	1	
Closes circles of communication	1	2	
Uses sounds/words/gestures	2	2	
IV. Behavioral organization and problem-solving	0 (Deficient)	4 (Normal)	+2
Communicates in several modes	0	2	
Copies caregiver & incorporates	0	2	
V. Representational capacity	0 (Deficient)	2 (Deficient)	0
Engages in symbolic play	0	0	
Engages in pretend play	0	2	
Communicates intentions	0	0	
Expresses dependency	0	0	
Expresses pleasure/excitement	0	0	
Expresses assertiveness	0	0	
Creates 2 or more unrelated ideas	0	0	
VI. Representational differentiation	0 (Deficient)	0 (Deficient)	0
Bridges 2 unrealistic ideas	0	0	
Bridges 2 realistic ideas	0	0	
Use pretend to express dependency	0	0	
Use pretend to express pleasure	0	0	
Expresses assertiveness in pretend	0	0	

Downloaded from https://academic.oup.com/infdis/advance-article-abstract/doi/10.1093/infdis/jiaa001 by Universita di Pavia user on 24 April 2024

**Tabella 7:** fornisce un confronto tra i punteggi grezzi ottenuti prima e dopo il trattamento con la musicoterapia improvvisata all'interno del programma DIRFloortime per un partecipante di nome Michele.

Al contrario dello studio di Carpenne (2017), quello di Maayan Salomon-Gimmon e Cochavit Elefant (2019) aveva lo scopo di esaminare la comunicazione vocale nei bambini con disturbo dello spettro autistico durante la musicoterapia improvvisata. Esso ha esplorato i modelli di sviluppo vocale dei bambini e ha identificato e

categorizzato gli interventi vocali dei musicoterapeuti durante le sessioni di terapia musicale che è stata effettuata nel corso di 5 mesi, prendendo come campione 4 bambini. Una sessione al mese è stata analizzata per ogni caso, ottenendo dati da un totale di 20 sessioni. Sono stati classificati 16 interventi vocali chiave utilizzati dai musicoterapeuti durante i trattamenti.

Alcune delle tecniche utilizzate comprendevano: la risonanza vocale, la creazione di nuove vocalizzazioni e la sincronizzazione vocale. L'intervento più utilizzato era la risonanza vocale, dove il terapeuta rispondeva alla vocalizzazione del paziente ripetendo le caratteristiche musicali e non musicali con alcune variazioni. Questo comportamento rispecchiava anche il processo di sintonizzazione affettiva descritto da Stern (1985/2000), dove il terapeuta espande e sviluppa tono, linea melodica, ritmo e intensità delle vocalizzazioni del bambino.

Tuttavia, è importante discutere anche un altro intervento ampiamente utilizzato: la risonanza vocale esatta. In questo intervento, il terapeuta ripete esattamente le caratteristiche musicali e non musicali della vocalizzazione del cliente, creando una sorta di imitazione della vocalizzazione del paziente. Anche questa tipologia di approccio rifletteva i dialoghi sociali che si formano tra genitore e infante nei primi mesi di vita (Papousek & Papousek, 1981).

Dai risultati dello studio è emerso che nella fase iniziale, i bambini con ASD producevano vocalizzazioni finalizzate all'autoregolazione, all'auto-stimolazione e all'investigazione personale delle loro voci. Queste vocalizzazioni erano tipicamente di bassa qualità comunicativa. Con il progredire della terapia, si notava una diminuzione delle vocalizzazioni di bassa qualità e un aumento di quelle di alta qualità, che includevano interattività, affettività e il piacere delle relazioni interpersonali. Lo

studio ha rilevato che varie categorie di vocalizzazioni coesistevano durante tutta la terapia. Le vocalizzazioni di alta qualità aumentavano, ma quelle di bassa qualità non scomparivano completamente. Inoltre, in tre casi su quattro, la quantità di vocalizzazioni è aumentata durante la terapia.

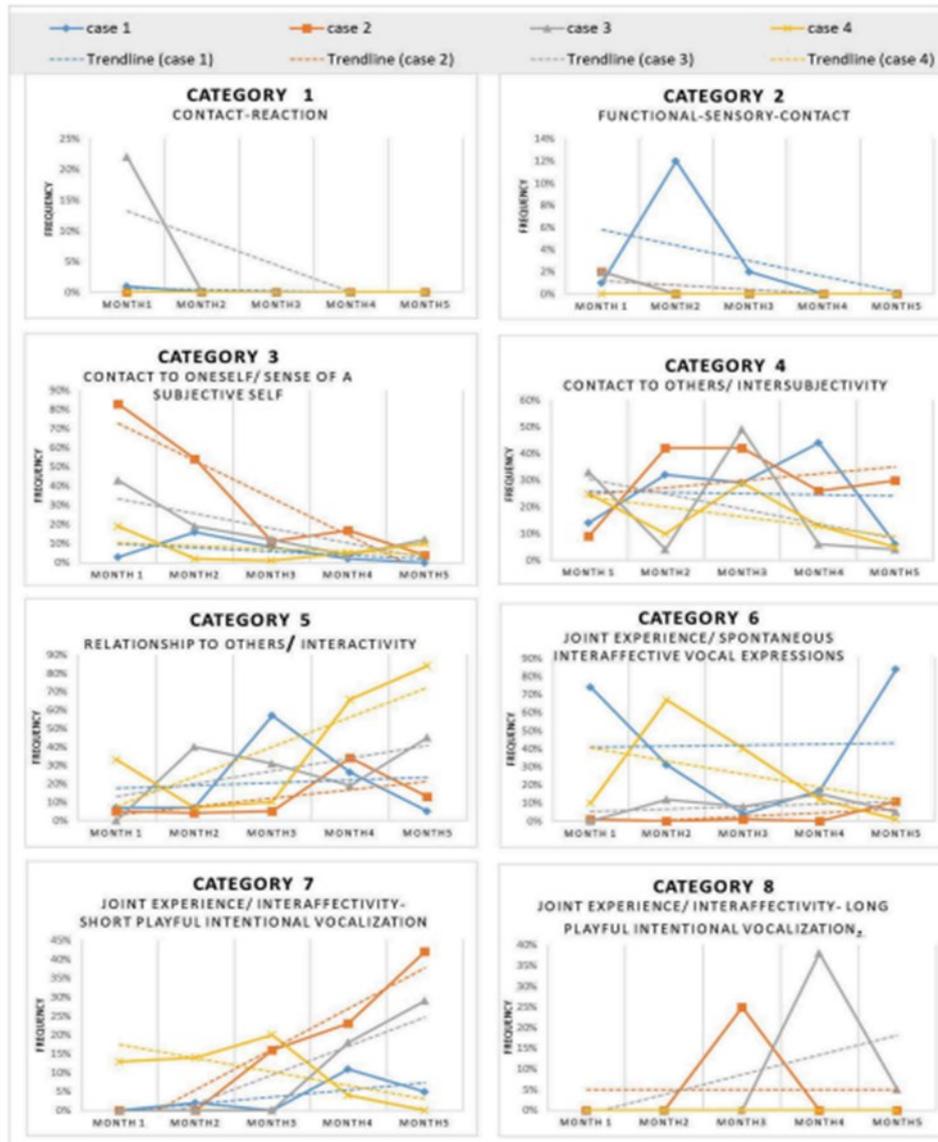


Figure 1. Trends in the development of various A-VQR categories for each case.

Note: The x-axis represents the treatment periods; the y-axis represents the relative frequency of the category. The dashed lines emphasize the overall trend of the category development throughout the therapy course. Cases with zero incidence of a certain category are not shown in the figures. Some categories have different clearances between the percentages on the y-axis.

**Figura 1:** Mostra come diverse categorie di comunicazione vocale possono comparire contemporaneamente durante una singola sessione di terapia ed evidenzia che ogni momento durante la

sessione offre potenzialità di cambiamento. Inoltre, la figura evidenzia che lo sviluppo e la progressione delle categorie non sono lineari, ma mostrano modelli di sviluppo variabili tra i casi studiati.

Questi ultimi risultano essere dei risultati significativi, anche se piccoli e graduali, in quanto hanno portato il bambino e la famiglia a condurre una miglior qualità di vita soprattutto per quanto concerne la sfera comunicativa e di intersoggettività.

È interessante osservare che lo sviluppo della comunicazione vocale nei bambini con ASD è parallelo alle fasi di sviluppo descritte da Stern, dove gli stadi iniziali sono presociali e preconsoci. Questi ultimi portano alla graduale formazione dell'organizzazione del sé e dell'identità personale, che più avanti permetteranno di sviluppare la capacità di condividere esperienze soggettive con gli altri (Stern, 1985/2000). Inoltre, come detto in precedenza, grazie alla variazione di metodologie vocali utilizzate dai terapeuti, si riusciva a portare il bambino ad uno stato regressivo risalente ai primi mesi di vita in cui avveniva l'interazione con il caregiver, facilitando l'esplorazione e la sua esperienza con il suo senso del "sé" e la consapevolezza delle proprie creazioni vocali (Trevorthen & Hubley, 1978; Stern, 1990). In conclusione, si può affermare che le competenze acquisite durante la terapia possono essere canalizzate più facilmente in situazioni di vita reale, poiché la voce è uno "strumento musicale" che accompagna i bambini ovunque vadano (Gimmon & Elefant, 2018).

Un altro studio che è stato condotto da Dezfoolian e colleghi (2013), ha voluto indagare l'efficacia della musicoterapia improvvisata basata sul metodo Orff per la cura di alcuni sintomi riguardanti il disturbo dello spettro autistico tra cui: l'interazione sociale, la comunicazione verbale e le stereotipie. I ricercatori hanno reclutato cinque bambini, senza alcuna esperienza precedente nella musica o nella ludoterapia con limitazioni significative nello sviluppo del linguaggio verbale e delle forme convenzionali di

comunicazione non verbale. La valutazione è stata effettuata utilizzando l'Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R) prima e dopo le sessioni di musicoterapia.

Il metodo Orff, un approccio di educazione musicale ideato da Carl Orff, combina musica, movimento, teatro e discorso in lezioni simili al mondo di gioco di un bambino. Questo studio è stato uno dei primi a valutare l'effetto della musicoterapia basata sul metodo Orff nei bambini con ASD.

Le sessioni di musicoterapia sono state condotte in tre fasi, ciascuna fase conteneva 20 sessioni. Ogni partecipante ha ricevuto sessioni separate di musicoterapia tre volte a settimana, 20 minuti per sessione. Nella prima fase, il terapeuta comunicava con i bambini concentrandosi sulla musica, il ritmo e anche sul loro movimento. La seconda fase mirava al miglioramento delle capacità comunicative e linguistiche dei bambini; quindi, il terapeuta ad esempio richiedeva di ripetere frasi inerenti ai riti del saluto presenti nelle canzoni che ascoltavano durante la sessione. Dopo aver preso familiarità con gli strumenti (xilofono e tamburo) nelle prime due fasi, nell'ultima veniva chiesto di suonarli, insieme ad una guida che era presente durante la sessione, per valutare le modalità di interazione con quest'ultima e la capacità di maneggiare uno strumento musicale.

Alla fine dello studio i bambini hanno dimostrato un maggiore coinvolgimento e interesse per la musica, migliori capacità comunicative e una diminuzione dei comportamenti ripetitivi. I risultati della ricerca, quindi, hanno rivelato che tutti i partecipanti hanno migliorato significativamente la loro interazione con l'altro e la loro comunicazione verbale basata sulla valutazione con l'ADI-R.

**Table 1.** Preinterventional and Postinterventional (Orff Music Therapy) ADI-R Scores of the Participants.

Participant	Before Orff Music Therapy			After Orff Music Therapy		
	Social Interaction	Verbal Communication	Repetitive Behavior	Social Interaction	Verbal Communication	Repetitive Behavior
1	20	16	10	13	12	7
2	20	14	10	12	10	5
3	21	12	7	13	9	6
4	22	12	10	18	8	8
5	20	22	11	14	13	9

Abbreviation: ADI-R, Autism Diagnostic Interview-Revised.

**Tabella 1:** mostra i punteggi pre-intervento e post-intervento (terapia musicale Orff) dell'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) per ciascun partecipante. Questi punteggi riflettono i livelli di interazione sociale, comunicazione verbale e comportamenti ripetitivi dei partecipanti prima e dopo aver ricevuto la terapia musicale Orff.

In aggiunta, i risultati del presente studio hanno illustrato gli effetti significativi della musicoterapia basata sul metodo Orff sul miglioramento dei sintomi degli individui con ASD, enfatizzando un approccio centrato sul bambino, creativo e attivo, che permette ai bambini di esprimersi. Inoltre, la semplicità di questo metodo e la disponibilità degli strumenti musicali necessari lo rendono uno dei metodi di musicoterapia più adatti per gli individui con ASD.

### ***2. Punti di forza e limiti delle ricerche***

Il risultato più significativo che è emerso dagli studi approfonditi nel paragrafo precedente è il miglioramento della comunicazione e dell'interazione sociale, ovvero le aree maggiormente deficitarie che caratterizzano il disturbo dello spettro autistico. I bambini a seguito di diverse sessioni di terapia si mostravano più coinvolti e interessati alle attività proposte. La reciprocità e l'iniziativa nel voler comunicare con il terapeuta, tramite un linguaggio verbale (vocalizzi) e non verbale (gesti, espressioni facciali, imitazioni) rappresenta il successo della costruzione di un legame empatico e di fiducia

che si è instaurato nel tempo. In alcuni studi, dei bambini presentavano delle vulnerabilità riguardanti l'area della regolazione emotiva. Anche il potenziamento di questo elemento è risultato essere fondamentale per mantenere un'attenzione condivisa nella relazione con il terapeuta nelle sessioni di musicoterapia, e concludere l'obiettivo prefissato. La musicoterapia improvvisata è risultata essere una pratica clinica particolarmente significativa nell'aiutare a ridurre i comportamenti negativi e / o auto-stimolatori, come ad esempio le stereotipie, e identificare ed esprimere in modo appropriato le emozioni, aumentare l'autostima e l'autoespressione, ed incrementare la partecipazione in modi appropriati e socialmente accettabili dei bambini con ASD, grazie alla messa in pratica di fattori come: attenzione, reciprocità, condivisione e rispetto del turno. Tutte queste componenti, conseguentemente, hanno promosso la capacità di comunicazione e di intersoggettività.

Le ricerche empiriche che sono state effettuate da una vasta comunità scientifica hanno apportato contributi significativi alla comprensione degli effetti della musicoterapia, ma presentano alcune limitazioni che è opportuno considerare. In primo luogo, la maggior parte degli studi analizzati hanno preso come campione gruppi limitati di partecipanti, rendendo difficoltosa la generalizzabilità delle conclusioni a una popolazione più ampia. Inoltre, non veniva specificato se i bambini avessero un disturbo dello spettro autistico ad alto o basso funzionamento. In aggiunta, le terapie che sono state svolte durante gli studi non erano individualizzate, ovvero non tenevano conto delle capacità o degli obiettivi di sviluppo specifici di ciascun bambino.

In secondo luogo, la mancanza di gruppi di controllo adeguati è un altro punto critico. Senza un gruppo di controllo con cui confrontare gli effetti dell'intervento, risulta difficile isolare l'impatto specifico della musicoterapia improvvisata. Questo è evidente negli studi di Kim e colleghi (2008) e di Gimmon & Elefant (2019), dove l'assenza di

un confronto diretto limita la robustezza delle conclusioni. Inoltre, in letteratura non è presente un confronto diretto tra i diversi approcci musicoterapici e pertanto è difficile comprendere se l'improvvisazione musicale è più efficace rispetto ad altri approcci di musicoterapia.

La breve durata degli studi costituisce un ulteriore limite. Molti degli interventi analizzati sono stati condotti in periodi relativamente brevi, il che potrebbe non essere sufficiente per catturare gli effetti a lungo termine della musicoterapia. Questo è particolarmente rilevante nello studio di Mossler et.al (2019) e Carpenente (2017), dove la durata limitata dell'intervento potrebbe non riflettere pienamente i benefici sostenuti nel tempo. Inoltre, molti risultati si basano su misure soggettive, come i rapporti instaurati tra caregiver e bambino o con i terapeuti. Questo può introdurre a dei bias nelle valutazioni e ridurre l'obiettività dei risultati. È importante considerare che le percezioni individuali possono variare significativamente e influenzare le conclusioni tratte dagli studi.

Un altro limite risiede nella variabilità dei protocolli di intervento. La mancanza di protocolli standardizzati porta a una notevole incertezza nel modo in cui la musicoterapia viene somministrata, rendendo difficile la replicabilità degli studi e la comparazione dei risultati tra diverse ricerche. Il contesto culturale può inoltre influenzare i risultati degli studi. Le differenze culturali possono avere un impatto significativo sui risultati della musicoterapia, e i risultati ottenuti in un contesto specifico potrebbero non essere applicabili in altre realtà culturali. Questo è un aspetto che richiede ulteriori approfondimenti per garantire l'universalità dei risultati. Infine, un altro aspetto limitante nelle ricerche è la mancanza di follow up a seguito dell'intervento. Questo non permette ai ricercatori e ai terapeuti di comprendere fino in fondo se l'efficacia della musicoterapia ha la potenzialità di durare nel tempo,

attenuando i sintomi, e mantenendo i progressi che sono stati sviluppati all'interno del setting terapeutico.

Alla luce di questi limiti, è evidente la necessità di ulteriori ricerche con campioni più ampi, protocolli standardizzati, mettendo enfasi sulla reportistica trasparente delle capacità, esigenze e obiettivi individuali piuttosto che solo dei sintomi dell'ASD. Tali studi potrebbero contribuire a confermare l'efficacia della musicoterapia improvvisata e a fornire indicazioni più solide per la sua applicazione clinica.

## **Conclusione**

La musicoterapia improvvisata si è rivelata uno strumento terapeutico efficace nel trattamento dei sintomi dell'autismo, offrendo un approccio flessibile e adattabile alle necessità individuali dei pazienti. L'utilizzo dell'improvvisazione musicale, basata sui modelli di Alvin, Nordoff-Robbins e Bruscia, permette di creare un ambiente terapeutico dinamico e interattivo, favorendo la comunicazione non verbale e la connessione emotiva tra terapeuta e paziente. È possibile entrare a far parte del loro mondo, percepito in maniera atipica, ordinandolo attraverso suoni, ritmi e musica e quindi grazie ad un processo di sintonizzazione sonoro-affettiva non verbale, con rispecchiamenti e imitazioni esatte e non esatte delle loro condotte sonoro-musicali; con arrangiamenti di combinazioni o riflettendo le loro produzioni con ancoraggi ritmici e tonali e infine con accompagnamento e dialogo sonoro fluttuante e a turno. Con la musicoterapia si utilizzano schemi e strategie per entrare in relazione con il paziente in maniera sincronica, reciproca ed empatica.

Le ricerche scientifiche hanno evidenziato come la musicoterapia improvvisata possa significativamente migliorare diverse aree critiche per gli individui con autismo. Tra queste, le abilità sociali sono notevolmente potenziate attraverso l'interazione musicale, che facilita la comprensione e la pratica del turn-taking e promuove l'attenzione condivisa. La regolazione emotiva, un'altra area cruciale, viene rafforzata attraverso l'esplorazione e l'espressione delle emozioni mediate dalla musica, permettendo ai bambini di identificare e modulare i propri stati emotivi in modo più efficace.

Nonostante questi risultati positivi, esistono ancora alcune limitazioni che devono essere affrontate. In primis la mancanza di un'elevata quantità di campione presa per condurre gli studi. Questo porta ad avere dei risultati insufficienti per comprendere l'efficacia della

musicoterapia su una popolazione più ampia. In aggiunta, le variazioni individuali nella risposta alla terapia possono rendere difficile standardizzare gli interventi e valutare in modo uniforme i progressi. Inoltre, la necessità di formazione specialistica per i musicoterapeuti e la variabilità nella qualità delle risorse disponibili rappresentano ulteriori sfide. La mancanza di studi longitudinali o di follow up che seguano i pazienti nel lungo termine limita la comprensione degli effetti duraturi della musicoterapia improvvisata.

Le prospettive future per gli studi sull'efficacia della musicoterapia improvvisata nel trattamento dell'autismo sono promettenti e variegata. In primo luogo, la conduzione di ricerche longitudinali rappresenta un passo fondamentale per comprendere gli effetti a lungo termine della terapia. Studi che seguono i pazienti per periodi prolungati permetterebbero di osservare come i benefici della musicoterapia possano mantenersi ed evolvere nel tempo, fornendo una visione completa del suo impatto a lungo termine. In secondo luogo, è cruciale sviluppare protocolli standardizzati in quanto migliorerebbero la replicabilità degli studi e la comparazione dei risultati, contribuendo alla creazione di linee guida chiare e coerenti per le applicazioni cliniche.

L'integrazione di tecnologie innovative, come software musicali interattivi, realtà virtuale e dispositivi di biofeedback, apre nuove possibilità terapeutiche. Queste tecnologie renderebbero gli interventi più accessibili e coinvolgenti, oltre a fornire strumenti innovativi per la valutazione oggettiva dei progressi dei pazienti. Anche un approccio interdisciplinare è essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi di musicoterapia. Collaborare con educatori, psicologi, neuropsichiatri e altri professionisti della salute permetterà di offrire un'assistenza più olistica e integrata ai pazienti autistici. Inoltre, è importante approfondire la comprensione dei tratti individuali che influenzano la risposta alla terapia. Identificare le caratteristiche personali, familiari o ambientali che

contribuiscono ai migliori esiti terapeutici consentirà di personalizzare ulteriormente gli interventi. Per giunta, la combinazione di metodi di valutazione quantitativi e qualitativi potrebbero fornire una visione più completa dell'efficacia della musicoterapia improvvisata. Le misurazioni quantitative offrono dati oggettivi sui progressi, mentre le valutazioni qualitative possono catturare le esperienze soggettive dei pazienti e delle loro famiglie.

Un altro elemento importante per le ricerche future riguarda l'estensione di queste ultime a diverse fasce di età e a popolazioni con vari livelli di gravità dell'autismo. Studi che includono adulti con autismo e bambini molto piccoli possono rivelare nuove informazioni e adattamenti necessari per queste popolazioni. Infine, esplorare l'impatto economico e sociale della musicoterapia improvvisata potrebbe essere un'iniziativa rilevante. Ricerche empiriche su come la terapia possa influenzare la qualità della vita, l'integrazione sociale e l'occupabilità delle persone con autismo permetterebbero di evidenziare i benefici a livello comunitario e il potenziale risparmio sui costi sanitari a lungo termine.

## BIBLIOGRAFIA

Alvin, J. (1975a), *Music Therapy* (Revised Paperback Edition), London, John Clare Books.

Alvin, J. (1975b), *The Identity of a music therapy group: A developmental process*, British Journal of Music Therapy, p.9-17.

Alvin, J. (1976), *Music For the Handicapped Child*, London, Oxford University Press.

Alvin, J. (1977), *The musical instruments as an intermediary object*, British Journal of Music Therapy, p. 7-12.

Alvin, J., (1978). *Music therapy for the autistic child*. London, UK: Oxford University Press.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American psychiatric Publishing. (Trad.it., Criteri Diagnostici MINI DSM-V. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).

Ayres A.J. (2012), *il bambino e l'integrazione sensoriale*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.

Beauchemin, M., González-Frankenberger, B., Tremblay, J., Vannasing, P., Martínez-Montes, E., Belin, P., Béland, R., Francoeur, D., Carceller, A. M., Wallois, F., & Lassonde, M. (2011). Mother and stranger: an electrophysiological study of voice processing in newborns. *Cerebral cortex (New York, N.Y.: 1991)*, 21(8), 1705–1711. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhq242>.

Bieleninik, Ł., Geretsegger, M., Mössler, K., Assmus, J., Thompson, G., Gattino, G., & Time-A Study Team. (2017). Effects of improvisational music therapy vs enhanced standard care on symptom severity among children with autism spectrum disorder: The TIME-A randomized clinical trial. *Jama*, 318(6), 525-535.

- Brown, S. (1994). Autism and music therapy; is change possible and why music? *British Journal of Music Therapy*, 8(1), 15–25.
- Bruscia, K. E. *Defining music therapy*, Gilsum (NH), Barcelona Publishers, (1998 [1988]), p.184 (cit. in Tony Wigram, Inge Nygaard Pedersen, Lars Ole Bonde 2002).
- Bruscia, K. E., (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: C. Thomas.
- Bruscia, K. E., (2014). *A Working definition of Music Therapy*. In *Bruscia. Defining music therapy*, Barcelona Publisher, terza edizione, pp. 35-53.
- Bruscia.K.E., (2001), *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Roma, Ismez.
- Bunt, L. (1994). *Music therapy, an art beyond words*. London: Routledge.
- Cainelli.S (2023), *Musicoterapia nell'autismo: Un metodo di intervento con bambini e adolescenti per lo sviluppo delle abilità sociali*, Trento, Erickson.
- Cottini, L., (2002 [2013]). *Che cos'è l'autismo infantile*. Roma: Carrocci editore.
- Cremschi, G. & Scardovelli, M. (1993) Corporeal resonance and sound dialogue in the treatment of infantile autism, VII World Kongress of Music Therapy, pp.37-38.
- DeMyer, M. K., Alpern, G. D., Barton, S., DeMyer, W. E., Churchil, D. W., & Hingtgen, J. N. (1972). Imitation in autistic, early schizophrenic, and non psychotic subnormal children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 264–87.
- Dezfoolian, L., Zarei, M., Ashayeri, H., & Looyeh, M. Y. (2013). A pilot study on the effects of Orff-based therapeutic music in children with autism spectrum disorder. *Music and Medicine*, 5(3), 162-168.

Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(6), CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3>.

Geretsegger, M., Holck, U., Carpenente, J. A., Elefant, C., Kim, J., & Gold, C. (2015). Common characteristics of improvisational approaches in music therapy for children with autism spectrum disorder: Developing treatment guidelines. *Journal of Music Therapy*, 52(2), 258–281.

Geuter, Herbert, *Consultants with Paul Nordoff, Clive Robbins and Betram Ruttenberg, in Music Therapy Project for Psychotic Children Under Seven*, NIMH Grant MHPG 982, 1962-1967, unpublished manuscript, 1962.

Gold, C., Wigram, T., & Elefant, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Holck, U. (2004b). Turn-taking in music therapy with children with communication disorders. *British Journal of Music Therapy*, 18(2), 45–54.

J. Alvin (1981) *La terapia musicale per il ragazzo autistico*, Armando.

Katagiri J. (2009). The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism. *Journal of music therapy*, 46(1), 15–31. <https://doi.org/10.1093/jmt/46.1.15>.

Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2008). The effects of improvisational music therapy on joint attention behaviors in autistic children: a randomized controlled study. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1758-1766.

Kurkjian, A., Skinner, K., & Ahonen, H. (2021). *Using music-adapted technology to explore Bruscia's clinical techniques introduced in autism research: Pilot study. Approaches*, 13, 178-204.

Levin, H. (1984), *Methodological procedures in creative music therapy*, unpublished interview with Kenneth Bruscia.

Maayan Salomon-Gimmon & Cochavit Elefant (2019) Development of vocal communication in children with autism spectrum disorder during improvisational music therapy, *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(3), 174-192.

Manarolo G., (2007). *Musica et Terapia n. 16. Le tecniche musicoterapiche*, pp.46-54.

Manarolo, G., (2006). *Manuale di musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della musicoterapia*. Torino: edizioni Cosmopolis.

Marconcini, G. (2017). Musicoterapia e Autismo. Seguendo le tracce dell'intersoggettività. *Musica e Terapia*, 2017, 35, 44-56.

Maslow, A.H. (1968), *Toward a Psychology of Being*, New York, Van Nostrand Reinhold Company.

Mössler, K., Gold, C., Aßmus, J., Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S., ... & Schmid, W. (2019). The therapeutic relationship as predictor of change in music therapy with young children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 2795-2809.

Moutsopoulos.E (2002), *La musica nell'opera di platone*, Milano, Vita e pensiero.

Nadel, J., Gue' rini, C., Peze', A., & Rivet, C. (1999). The evolving nature of imitation as a format for communication. In J. Nadel, & G. Butterworth (Eds.), *Imitation in Infancy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nordoff, P. (1964), *Music therapy and personality change in autistic children*, Journal of the American Institute of Homeopathy, 57 (Nov.), pp. 305-310.

Nordoff, P., Robbins, C. (1965) *Music therapy for Handicapped Children*, Bluvelt, NY, Rudolf Steiner Publications (out of print).

Nordoff, P., Robbins, C. (1965), *Improvised music for autistic children*, "Music Journal", 23 (Nov.), p.39.

Nordoff, P., Robbins, C., *Music Therapy in Special Education*, St. Louis, Magnamusic-Baton, 1983 (rev.ed).

Nordoff, P., Robbins, C., *Neil-Clinical Study: Music Therapy Project for Psychotic Children Under Seven*, (NIMH Grant MHPG 982, 1962-1967).

Oldfield, A. (2006). *Interactive music therapy in child and family psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Papousek, M., & Papousek, H. (1981). Musical elements in the infant's vocalization: Their significance for communication, cognition and creativity. In L. P. Lipsitt & C. K. Rovee-Collier (Eds.), *Advances in infancy research* (Vol. 1, pp. 163–224). Norwood, NJ: Ablex.

Plahl, C. (2000). *Entwicklung Fördern durch Musik. Evaluation Musiktherapeutischer Behandlung* (Development through Music. Assessment of Music Therapy Treatment) Unpublished. PhD thesis, 1999. Münster: Waxman.

Raglio, A. (2008 [2000]) *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*. Milano: FrancoAngeli.

Robarts, J. Z. (1996). Music therapy for autistic children. In C. Trevarthen, et al. *Children with Autism: Diagnosis and interventions to meet their needs* (pp. 132–160). London: Jessica Kingsley Publishers.

Robbins, C., *Music for Hearing-impaired and Other Special Groups*, St. Louis, Magnamusic-Baton, 1980.

Ruud, E., *Music Therapy and its Relationship to Current Treatment Theories*, St. Louis, Magnamusic-Baton, 1978.

Saperston, B. (1973). The use of music in establishing communication with an autistic mentally retarded child. *Journal of Music Therapy*, 10(4), 184–188.

Schmid, W. (2014). A penguin on the moon: Self-organizational processes in improvisational music therapy in neurological rehabilitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 152–172.

Steiner, R., *The Essential Steiner: Basic Writings of Rudolf Steiner*, Edited and Introduced by Robert McDermott, San Francisco, Harper & Row, 1984.

Steiner, R., *The Nature of Anthroposophy*, Blauvelt- NY, Rudolf Steiner Publications, 1964.

Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, B. Borighieri, Torino.

Stern, D. N. (1985/2000). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1990). Joy and satisfaction in infancy. In R. A. Glick & S. Bone (Eds.), *Pleasure beyond the pleasure principle* (pp. 13–25). New Haven, CT: Yale University Press.

Sucksmith, E., Allison, C., Baron-Cohen, S., Chakrabarti, B., & Hoekstra, R. A. (2013). Empathy and emotion recognition in people with autism, first-degree relatives, and controls. *Neuropsychologia*, *51*(1), 98-105.

Trevarthen, C., & Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiders and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Ed.), *Action, gesture and symbol: The emergence of language* (pp. 183–229). New York: Academic Press.

Wigram, T. (2002). Indications in music therapy. Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD): Meeting the challenge of evidence-based practice. *British Journal of Music Therapy*, *16*(1), 11–28.

Wigram, T. (2002). Indications in music therapy: Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD); meeting the challenge of evidence-based practice. *British Journal of Music Therapy*, *16*(1), 11–28.

Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T., & Elefant, C. (2009). *Therapeutic dialogues in music: Nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome*. In S. Malloch & C. Trevarthen (Eds), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 423–446). Oxford, UK: Oxford University Press.

Zanobini, M., & Usai, M.C. (2019). *Psicologia della disabilità e dei disturbi dello sviluppo. Elementi di riabilitazione e di intervento*. Franco Angeli.

## **SITOGRAFIA**

Wigram, T., Gold, ., (2005) Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence, Review Article, Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development, 32. pp.535-542:  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.5546&rep=rep1&type=pdf>.

World Federation of Music Therapy, definizione di Musicoterapia:  
<https://www.wfmt.info/>