

MUSICOTERAPIA DI GRUPPO

(OLTRE LA TERAPIA DIRETTA, LA TERAPIA INDIRETTA)

Nel mio ormai trentennale lavoro di psicologo – psicoterapeuta ho svolto e svolgo lavoro clinico diretto, sia in Consultori che a livello privato, ma ho privilegiato l'intervento sulle persone portatrici di handicap e la collaborazione libero-professionale con Enti (CSZ, USSL, ASL), Comuni e Cooperative Sociali.

Ho collaborato a far nascere una decina di CSE, una quindicina di SFA, cinque Comunità Alloggio, due Centri Residenziali, numerosi laboratori per l'integrazione nelle scuole, ecc.: nel complesso ho seguito più di mille persone con handicap conclamato, ricercando per ognuno servizi mirati ai loro bisogni, progettando (lentamente ma con determinazione), soprattutto nel Nord-est di Milano, una rete di servizi per l'handicap adulto invidiabile.

Ho sempre puntato a “strutture di servizio” di tipo comunitario, aperte al territorio sociale.

Nel dirigere e supervisionare queste comunità, pur non escludendo interventi individuali specifici, ho privilegiato interventi di gruppo: del gruppo degli operatori/educatori/animatori sul gruppo dei soggetti portatori di handicap.

Mi sono basato soprattutto sulla loro vera accettazione, sull'alleanza, sull'esperienza di vita “con loro” più che “per loro”, con la finalità di creare **un ambiente di benessere nella “speranza” che la buona qualità della vita si concretizzi in una generalizzazione del miglioramento psicologico e delle modalità comportamentali acquisite “nello spazio e nel tempo”**: ciò che fa passare il risultato positivo “in situazione”, in reale effetto terapeutico.

Tutti, o quasi, i nostri ospiti inseriti nei vari servizi per l'handicap adulto arrivano a noi dopo essere stati seguiti in vari Centri Riabilitativi: da neuropsichiatri, psicologi, fisiatristi, fisiochinesiterapisti, ortofonisti/logopedisti, psicomotricisti, ecc. A detta dei genitori, i risultati a volte sono stati significativi; a volte “l'impegno terapeutico”, anche specialistico e massivo, non ha sortito grandi risultati.

Dopo tanti anni, questo tipo di intervento diretto assume quasi sempre il significato di contenimento del degrado e/o mantenimento dei risultati acquisiti. La realtà è spesso frustrante, se si continua a persistere nell'intervenire solo con questa modalità. Difatti: quasi tutti non sono più seguiti in modo continuativo. Sono stati praticamente “dimessi”.

E' soprattutto a questo punto della vita che, ritengo, debba entrare in campo una modalità diversa di intervento: non più diretto (rapporto terapeuta - paziente), ma indiretto (rapporto gruppo operatori – gruppo giovani handicappati). Non tanto obiettivi specifici mirati, quanto effetti terapeutici provocati dalla relazione in ambiente positivo. E' almeno curioso come la situazione, l'ambiente di vita, la relazione, sia evidenziata soprattutto quando il suo portato è negativo: molti problemi vengono fatti risalire alla famiglia, al gruppo, alla società. E perché non valorizzare questo grande

valore della relazionalità del gruppo e dell'ambiente anche nel "positivo"!

Partendo da questa convinzione abbiamo avuto spesso risultati insperati, a volte straordinari, soprattutto con gli insufficienti mentali e con gli psicotici. Come mai?

Tutto ciò richiede un approfondimento ed una spiegazione clinica.

a) I punti cardine della terapia diretta

- Ogni terapia esige, innanzitutto, forte **motivazione**: coscienza del proprio disagio con richiesta esplicita di aiuto da parte del paziente (che può essere surrogata o in parte o in toto, dalla famiglia o da chi ha in carico il soggetto, nel caso di bambini molto piccoli e per l'handicappato grave, che, del disagio, non si rende conto o si rende conto solo in parte).

- La terapia si imposta con una corretta **diagnosi dinamica** che si fonda sull'anamnesi e sui continui dati che emergono dall'osservazione attenta e continuativa: dei sintomi, delle modalità di relazione; dell'età mentale e cronologica; delle capacità e preferenze. Esige un'attenta considerazione del suo nucleo familiare, della struttura e della comunità sociale dove la persona è inserita.

- La terapia richiede **chiarezza di progetto e di contratto** che stabilisca realisticamente obiettivi e limiti dell'intervento; modalità, spazi e strutture; tempi (durata della seduta, numero di sedute settimanali), previsione di massima della lunghezza della terapia; verifiche e restituzioni; costi; prospettiva di dimissioni.

- Ma soprattutto, ogni tipo di psicoterapia si fonda sulla capacità del terapeuta di **"gestire" il rapporto con il paziente**. L'essenza dell'intervento sta nel vivere correttamente il rapporto, in modo empatico, nel sostenere e nel controllare transfert e controtransfert. Più banalmente: sta nella capacità di non entrare in angoscia di impotenza, incompetenza, solitudine, del futuro; nella capacità di "alleanza", pur nel rispetto del proprio ruolo; nell'esprimersi, in questa esperienza privilegiata, con una comunicazione non verbale positiva e di accettare la comunicazione verbale e non verbale del paziente anche se, a volte, è aggressiva, confusa, implorante, dissociata, depressa. Questa gestione del rapporto terapeutico richiede **verifiche di équipe e supervisioni**, per non arrivare a scompensi confusivi anche per sé, e quindi a facile rifiuto dei problemi dell'altro.

- Infine: ogni terapia prevede una corretta **dimissione**.

Quanto detto vale per ogni terapia e anche, naturalmente, per l'intervento musicoterapeutico. La formazione del musicoterapeuta esige, perciò, continue riflessioni su questa "essenza terapeutica". Questo è quanto (e non è poco) distanzia lo psicologo dallo psicoterapeuta, lo studioso di musicoterapia dal musicoterapeuta.

L'impressione che si può avere da quanto detto è che il musicoterapeuta sembra identificabile solo in uno psicologo e/o psichiatra con notevoli competenze di pratica musicale: ma non è così. A certe condizioni, l'esperienza attiva con la musica può avere notevoli effetti terapeutici.

Alcuni persistono nel contrapporre nettamente la musicoterapia all'animazione musicale. E' una

“contrapposizione” mal posta. Far animazione musicale è una scelta metodologica: non esprime la finalità dell'intervento, ma la modalità. Si può far animazione per insegnare la musica, educare alla musica, educare con la musica. Ma anche, e molto, per far musicoterapia.

b) La terapia indiretta

Come ho già detto, nella ormai lunga esperienza professionale mi sono convinto che, spesso, si ottengono notevoli effetti terapeutici anche senza interventi portati avanti secondo la metodologia terapeutica individuale diretta.

Il vivere in un gruppo di "pari", l'ambiente favorevole, la stimolazione e la capacità di imitazione positiva, dà risultati inaspettati. Importante é che il conduttore si senta "persona che vive con", "animatore propositivo" che, dopo aver colto e valutato desideri e capacità dei singoli componenti del gruppo, li coinvolga in un progetto ludico, piacevole e, perciò, particolarmente ricco e motivante.

E tutto ciò è la base **dell'esperienza comunitaria**, rivalutata, così, nella sua notevole valenza terapeutica. Anche nel settore degli handicappati: anzi! particolarmente nel settore degli handicappati, anche gravi.

Nel lavoro di gruppo si sfumano gli obiettivi specifici individuali, ma si può intervenire efficacemente su aspetti fondamentali. La terapia, in fondo, è far raggiungere il benessere o almeno provarne momenti significativi. Certo: più il gruppo è grande ed eterogeneo, meno risultati sono raggiungibili.

Non sempre l'esperienza di gruppo porta a questi effetti terapeutici, ma solo quella che rispetta la "sostanza" dell'intervento terapeutico. Cioè: **motivazione** partecipativa (nel gruppo non si tratta quasi mai solo di richiesta di aiuto per presa di coscienza del proprio disagio, ma di motivazione basata anche, e molto! sul piacere); che sa essere attento a “progettualizzare l'evoluzione” attraverso **l'osservazione sistematica** del soggetto e l'attivazione conseguente della sua parte sana in proposta globale; la gestione del **rapporto di alleanza**, non in solitudine, ma in gruppo solidale. Senza illusioni (e perciò anche senza troppe angosce!), senza promesse contrattate, ma intrisa di fiduciosa speranza, nella modestia di chi chiede aiuto (**supervisione**) come norma di vita, ancor prima che modalità di lavoro.

Importante per tutti è evitare, accuratamente, di cadere nel delirio di onnipotenza. A volte, anche il terapeuta “serio”, con appoggi e sicurezze istituzionali e di metodo, cade in questo tranello ed imputa ad altri e/o ad altro, il non successo. Sembra quasi andar dicendo a se stesso (con convinzione che rimuove e razionalizza la difesa): “ma guarda un po', mi sembra strano; come mai, nonostante tutto, i risultati non si vedono?”

Più normale e corretto è l'essere estremamente felice e meravigliato quando (ma guarda un po'!) si è riusciti, in buona combinazione con tante altre variabili, magari dopo tante esperienze negative

anche su di sé, ad essere stati utili a “cambiare” gli altri.

L’esperienza di gruppo **non prevede per sé espressamente dimissioni** perché non ha come fine un miglioramento specifico (che pure spesso verificiamo come risultato indiretto), ma la solidarietà e la condivisione della vita, l’autostima, la miglior accettazione di sé, il benessere psicologico della persona integrata: qualità di vita anche procrastinabile anche per lungo tempo.

La musicoterapia che il CEMB propone è diversificata: da una parte utilizza il far musica per interventi specifici psicopedagogici e psicologici (musicoterapia riabilitativa), dall’altra punta su un far musica di gruppo con aspettative forse meno specifiche, ma certo molto efficaci per il benessere psicologico complessivo della singola persona (musicoterapia dinamica creativa). La prima lavora soprattutto a livello individuale; la seconda a livello di gruppo.

Il musicoterapista animatore si sente “facitore di benessere”: non pensa (non si illude!) di cambiare l’handicap ed i problemi psichici profondi, ma di offrire momenti di benessere che spera possano generalizzarsi nello spazio diversificato (anche al di fuori della seduta) e nel tempo.

Questa seconda proposta è particolarmente utile nelle piccole comunità di servizio per l’handicap, ma è molto utilizzata (con gli opportuni adattamenti e accomodamenti) con grande profitto anche nelle classi e nei “laboratori per l’integrazione” nelle scuole, nei reparti psichiatrici, nelle case di riposo per anziani, in reparti pediatrici ospedalieri, in comunità terapeutiche.

Romeo Della Bella -1984