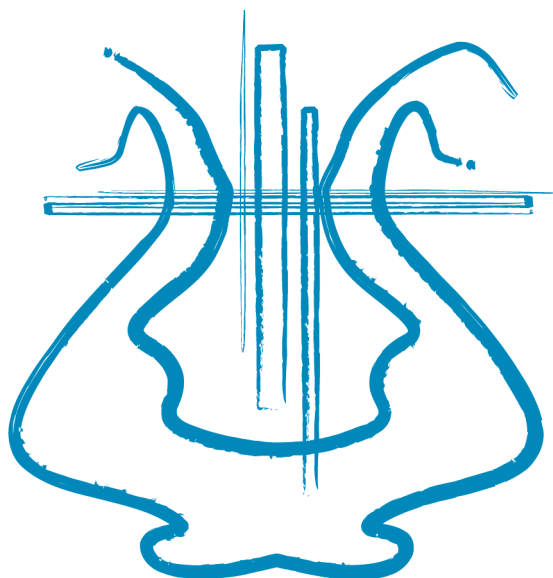


GASPARE PALMIERI - CRISTIAN GRASSILLI

LA PSICANTRIA

Manuale di psicopatologia cantata



edizioni la meridiana

p r e m e s s e
per il cambiamento sociale

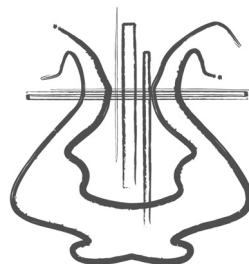
**A cura di
Gaspare Palmieri
Cristian Grassilli**

LA PSICANTRIA

Manuale di psicopatologia cantata

Introduzione di Francesco Guccini

Con i contributi di:
Carmagnini, Caselli, De Clercq, De Rosa, Del Vecchio, Didonna,
Fiorillo, Giacco, Guaraldi, Lambruschi, Luciano, Marsigli, Pace,
Pompili, Porcelli, Prestano, Ravera, Rebecchi, Serafini



Indice

Prefazioni

“La Psicantria”? Ma che razza di titolo ha questo CD? E chi sono, questi due? <i>di F. Guccini</i>	9
Questo davvero non si era ancora visto! <i>di L. Lo Russo</i>	13
“Amavo i Beatles e i Rolling Stones” <i>di M. Rigatelli</i>	17
1. La Psicantria: istruzioni per l’uso	21
2. La Psicantria: psichiatra, psicologo o psicoterapeuta?	29
3. Jessica l’anoressica: i disturbi del comportamento alimentare	35
4. Cara depressione: dal mal di vivere ai disturbi dell’umore	47
5. Il cowboy bipolare (per un pugno di litio): il disturbo maniaco-depressivo oggi	57
6. L’inno del malato immaginario: dall’ipocondria ai disturbi psicosomatici	65
7. Funky fobico: dalle paure al panico	75
8. Un tipo D.O.C.: il disturbo ossessivo-compulsivo	83
9. Un dipendente: non solo sostanze	93
10. Lo schizofonico: le voci della psicosi	101
11. Tarzan e (border)Jane: la personalità <i>borderline</i> ... ai limiti del carattere	111

12. L'ultima ninna nanna: il suicidio, quando il dolore diventa insopportabile.....	121
13. Mio fratello: un matto in famiglia	129
14. Abbi cura di te: la parola allo psicoterapeuta.....	139
15. La canzone come strumento terapeutico <i>di P. Postacchini</i>	153
16. Postfazione: la Psicantria, ovvero della composizione delle antinomie <i>di S. Lenzi</i>	165
Gli autori	171
Bibliografia	175

“La Psicantria”?

Ma che razza di titolo ha questo CD?

E chi sono, questi due?

Sono appena salito in macchina e, come al solito, la mia compagna ha subito acceso l'autoradio.

È lei che guida, io non ho la patente, e questo le conferisce l'autorità di scegliersi che cosa ascoltare. A volte i gusti coincidono, poche volte in verità. Dicevo, non ho fatto in tempo ad accomodarmi sul sedile e ad allacciare la cintura di sicurezza che lei ha già selezionato – e imposto – un CD: “Francesco, per favore, abbi pazienza e dammi retta! Sono forti, vedrai!”.

Al giorno d'oggi è quasi un'impresa ascoltare un disco senza essersi procurati alcune informazioni preliminari, quindi senza pregiudizi: bastano un PC o l'“iPhone”, ci si collega a Internet, si digita “Google” o “MySpace”, e qualunque cantante o cantautore non ha più segreti.

Invece un primo impatto senza bisogno di curriculum conta, eccome. Perché sono il timbro della voce, la specifica varietà della musica e la capacità emozionale delle parole che devono restare impresse, che devono colpire.

E questo disco impressiona.

La prima canzone si intitola “La Psicantria”, ed è un vero e proprio manifesto: essa spiega (cantando!) la differenza che passa fra uno psichiatra, uno psicologo e uno psicoterapeuta. Due voci maschili si alternano – una più bassa e corposa, verrebbe da dire più adulta, l'altra sorprendentemente limpida, perfettamente a suo agio con gli acuti – a un coro di voci bianche. Le altre canzoni, mentre si susseguono l'una dopo l'altra, raccontano storie che non ti aspetti, esperienze e ricordi di anoressia, di depressione, di ansia e attacchi di panico, di ipocondria. I personaggi, che



spesso narrano di sé in prima persona, non solo sanno esordire e presentarsi con la sicurezza e la padronanza di attori consumati ma possiedono una presenza scenica raramente riscontrabile perfino nei testi di chi, come i cantautori, scrive abitualmente per mestiere. Ecco allora lo schizofrenico, l'individuo affetto da disturbo ossessivo-compulsivo, la personalità bipolare, quella *borderline*: pazienti nel significato etimologico del termine, persone che sentono nel profondo, che subiscono il peso dell'esistenza, che sono troppo sensibili. Non si pensi, però, ad una carrellata da Circo Barnum, a uno *show* di casi umani: gli autori, Palmieri e Grassilli, se da un lato si schermano abilmente dietro la figura retorica dell'ironia, dall'altro mostrano una professionalità competente, da veri esperti dell'argomento, e queste imprevedibili canzoni sono lo spiazzante e provocatorio risultato di uno studio molto serio e autenticamente appassionato. D'accordo, quella trattata è materia delicatissima, ma non aspettatevi bozzetti, stramberie, favolette dai contenuti morbosi. Ogni ascolto lascia un'impressione netta, indelebile, e la consapevolezza di incontri memorabili con uomini e donne che, pur con tutte le loro debolezze, le loro mancanze, le loro sofferenze, ci fanno affezionare; di più, ci fanno cantare a squarciagola, con entusiasmo e coinvolgimento, la loro Storia, le loro insindacabili vicende. Se ciò accade è perché si percepisce, in chi scrive e compone, oltre a una indiscutibile preparazione intellettuale, un altro ingrediente: l'abitudine alla cura, al rispetto, alla volontà di fare bene. Questi due giovani autori sono riusciti nell'impresa – tanto più importante e preziosa di questi tempi – di cantare la fiducia nelle qualità spirituali dell'uomo, e la speranza nelle potenzialità espressive e nelle risorse morali degli esseri umani. La felicità dell'anima e la "guarigione", sono a portata di mano, se si ha vicino la guida giusta: basta solo un piccolo sforzo, basta imparare a prendersi cura di sé.

Adesso possiamo rivelarlo: Gaspere Palmieri è psichiatra, e Cristian Grassilli psicoterapeuta. Lavori misteriosi. Professioni che, come la mia, mettono addosso un bel po' di ansia da prestazione, di responsabilità.

Riflettendo sulle parole di certe canzoni tornano alla memoria gli esempi e gli insegnamenti degli Italiani migliori, di Maria Montessori e di Franco Basaglia. Alcune frasi possiedono la forza stilistica degli epigrammi e il tono autorevole delle sentenze e



c'è una poetica ben riconoscibile dentro a questi brani in musica, quella che sa rintracciare nel dolore un'ipnotica, peculiare bellezza, meno convenzionale ma altrettanto seducente. Chi non ha in mente l'estetica, che è prima di tutto un'etica, dei "mostri" infelicissimi portati sullo schermo da Tim Burton? La fragilità, l'instabilità emotiva, ogni condizione di autoemarginazione o disadattamento, diventano occasione e pretesto per valori alternativi, segnati da un alto tasso di originalità e anticonformismo. Ma la vera intuizione, da parte di Palmieri e di Grassilli, è che la musica, meglio, la canzone, sia un mezzo fantastico, a poco prezzo, per creare empatia, per suscitare partecipazione: sono pronto a scommettere che queste canzoni, orecchiabili, a volte persino ballabili, riuscirebbero a muovere emozioni anche in chi non fosse particolarmente interessato a indagare la condizione esistenziale propria e altrui e che "Mio fratello" e "Abbi cura di te" non sfigurerebbero in nessuna *hit parade*.

La malattia mentale è ancora oggi, purtroppo, un tabù, e alcune patologie sanno suscitare nient'altro che sospetto, diffidenza, paura, anche se certi vissuti sono solo apparentemente distanti e lontani da quelli dei cosiddetti "normali". E pensare che basterebbe sentir suonare una canzone per ritrovarsi a cantare insieme, a sdrammatizzare, a condividere.

Francesco Guccini



1.

La Psicantria: istruzioni per l'uso

di G. Palmieri e C. Grassilli

LA STORIA E LE FINALITÀ DEL PROGETTO

1.1

Dobbiamo alla Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva l'origine del nostro incontro, caratterizzato, all'inizio, dai ruoli assegnati d'ufficio (uno tutor e l'altro psicoterapeuta in formazione) e, più tardi, dalla passione per lo scrivere canzoni. Entrambi coltivavamo un piccolo sogno cantautorale, ovvero ciò che si può chiamare "raccontare se stessi e il mondo attraverso la musica", e avevamo avviato progetti musicali indipendenti, con percorsi distinti.

Fu così che tra seminari, simulate, trascritti, lezioni teoriche si insinuò una chitarra e contemporaneamente la voglia di "ascoltare" l'uno il mondo sonoro dell'altro. Complice lo stile e la matrice cantautorale comune dalla quale traeva origine la nostra storia musicale, la sintonia creatasi ha fatto sì che spesso, dopo le lezioni, i momenti dedicati alla musica aumentassero, fino a condividere, più di una volta, uno stesso palco con in braccio una chitarra.

La musica ha ampliato così il rapporto "tutor-allievo" e si è trasformata in una "base sicura"¹, trainante la relazione, che ha arricchito lo scambio verbale con la propria estetica e il proprio linguaggio.

L'idea di realizzare un "Manuale di psicopatologia cantata" è nata dall'intenzione di "trasformare" la nostra professionalità e le nostre conoscenze in canzoni, nel tentativo d'integrare il mondo musicale con la complessità del sistema psichiatria/sofferenza mentale, a cui diamo il nome di "psicomondo".

Il grande psicoterapeuta americano Albert Ellis (1977) fu il primo a creare canzoni psicoterapeutiche, adattando testi scritti *ad*



hoc a melodie conosciute, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza e la presa di distanza dai problemi psicopatologici dei propri pazienti. Questa interessante esperienza è stata poi ripresa dallo psicoterapeuta italiano Aquilar (2000), che ha proposto versioni italiane di alcuni brani di Ellis, oltre a comporne di nuovi. L'utilizzo della canzone per parlare di psicopatologia ci è sembrato interessante e stimolante, perché può dare la possibilità di rappresentare contenuti scientifici, tradizionalmente presentati solo attraverso la parola orale o scritta, con melodia, ritmo e armonia. La canzone, attraverso il testo, la musica e l'interpretazione, ha il pregio dell'immediatezza, della sintesi estrema, e del forte potere comunicativo. Per questo il messaggio in essa contenuto può raggiungere un pubblico più vasto di uno scritto, potendo essere assimilato anche da non esperti. Difficilmente in quattro minuti si riesce a spiegare la complessità di certe situazioni esistenziali, ma riteniamo che la canzone possa rappresentare una piccola provocazione, stimolare discussioni sull'argomento, arrivare nelle orecchie di giovani e anziani che non hanno accesso ad altre forme d'informazione e soprattutto infrangere quel muro d'indifferenza e talvolta di ostilità (il cosiddetto stigma) che si erge intorno alla malattia mentale.

Il motivo per cui la maggior parte di noi prende parte ad attività musicali, componendo, eseguendo, o semplicemente ascoltando, sta nel fatto che la musica è capace di suscitare in noi stessi delle emozioni profonde e significative, dal puro godimento estetico per un costrutto sonoro, alla gioia o alla disperazione, al semplice sollievo dalla monotonia, dalla noia, dalla tristezza.

Durante l'ascolto di un brano musicale, la mente umana attribuisce a questi suoni un significato. Essi diventano simboli per qualcos'altro che va al di là del puro suono, qualcosa che induce a piangere o a ridere, che piace o dispiace, che commuove o lascia indifferenti². Le uniche informazioni che viaggiano con il suono sono quelle acustiche, ma in esse la maggior parte degli esseri umani tende a riconoscerne altre, sotto forma di emozioni, pensieri, sensazioni diverse, movimenti³. Diversi studi di *neuroimaging* mostrano infatti come l'ascolto della musica attivi circuiti neurali a livello dell'amigdala, struttura cerebrale coinvolta nell'attivazione emotiva e dell'ippocampo, dove hanno sede i circuiti della memoria, con conseguente effetto rievocativo su ricordi, emozioni, sensazioni fisiche⁴.



K.H. Pribram (1982) ha indicato quali siano le funzioni musicali e il loro rapporto con la specializzazione emisferica; dai suoi studi emerge che: i processi semantici (o referenziali tipici del linguaggio) sono correlati alla parte posteriore della corteccia parietale, a cui giungono informazioni dalla aree di proiezione sensoriale primaria; i processi pragmatici (o evocativi, tipici della musica) sono correlabili alle formazioni fronto- limbiche corticali a cui proiettano informazioni la sostanza reticolare mesencefalica e l'ipotalamo; i processi sintattici (che regolano la comunicazione in genere) sono correlabili al sistema delle vie motorie che riceve informazioni dalla corteccia anteriore e posteriore. Il prodotto terminale dell'attività di ascolto di un brano è dunque una risposta complessa che comprende la produzione di immagini mentali, di sentimenti, ricordi, spesso associati a specifiche attività comportamentali, perlopiù inconsce, come battere le mani o il piede, per tenere il ritmo.

Per questi motivi riteniamo che la canzone possa contribuire a fornire una rappresentazione più completa del mondo del disagio psichico, anche a coloro che si avvicinano per la prima volta a questo ambito. Per la realizzazione del libro/CD sono state inoltre coinvolte diverse figure professionali: psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, musicoterapeuti, una corale nata nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, musicisti, pazienti, associazioni di familiari di pazienti psichiatrici, ecc.

Tutte queste voci hanno contribuito alla realizzazione "corale" di questo scritto, caratterizzato da una poliedrica gamma di interventi, che crediamo possa rappresentare metaforicamente la complessità dello "psicomondo". Crediamo che ogni contributo, dalle canzoni agli scritti, sia prezioso per capire di più, dalle analisi scientifiche degli esperti, alle testimonianze vive di coloro che hanno sperimentato la malattia, lunghi percorsi di cure e spesso il superamento del problema o la guarigione.

LE CANZONI DEL CD

Il CD "La Psicantria" contiene tredici canzoni ispirate al mondo della psichiatria e della sofferenza psichica. Il primo brano "La psicantria" descrive le differenze e gli ambiti di pertinenza delle tre figure principali dello "psicomondo": psichiatra, psicologo e

1.2



psicoterapeuta. Seguono dieci canzoni che illustrano i principali disturbi psichiatrici, attraverso la voce di personaggi caricaturali, che raccontano la propria storia e il proprio disagio. Il dodicesimo brano “Mio fratello” tratta il tema dello stigma della malattia mentale e sottolinea le difficoltà di vivere una sofferenza psichica grave nel mondo di oggi. Nell’ultima canzone “Abbi cura di te” prende la parola lo psicoterapeuta, rivolgendosi al paziente alla fine di un percorso di cura, incoraggiandolo a proseguire il viaggio con le proprie gambe.

Quando abbiamo iniziato il lavoro compositivo per questo progetto, facendo un’analisi stilistica su quanto avevamo prodotto fino ad allora, abbiamo notato come nei nostri diversi e personali modi di scrivere canzoni, l’ironia e l’autoironia giocassero un ruolo centrale. Proprio per questo uno dei dubbi nati all’inizio della composizione di questi brani è stato in che misura utilizzarle all’interno di un contesto così delicato e spesso drammatico, con il timore di risultare *politically incorrect*. Una modalità di descrivere la malattia mentale in tono patetico e commiserevole non ci appartiene, come del resto abbiamo voluto tenerci a distanza da un mero approccio scientifico e nosografico, di cui già esiste un’ampia letteratura. Il nostro intento, nell’utilizzare l’ingrediente ironico, non ha l’obiettivo di suscitare il riso fine a se stesso, ma piuttosto di sensibilizzare gli ascoltatori alle problematiche connesse alla psiche, alla sua normalità e alla sua anormalità, con la speranza di promuovere un incremento della consapevolezza tra chi quotidianamente vive queste situazioni (pazienti, familiari e operatori) e stimolare la curiosità sull’argomento nelle persone estranee al mondo delle “psicocose”.

Non possiamo poi dimenticare anche l’aspetto liberatorio dell’uso dell’ironia e della comicità, che già Freud (1975) definì come uno dei meccanismi comunicativi che ci permettono di esprimere pubblicamente fantasie inconscie, attenuandole e mascherandole attraverso il complesso codice dei processi primari.

Più recentemente l’ironia è stata studiata anche nel contesto clinico dove è stato osservato che persone più inclini a una lettura della propria realtà esperenziale ed emotiva in chiave ironica e umoristica, posseggano maggiori potenzialità evolutive e siano quindi prognosticamente più ricettive e maggiormente in grado di mobilitare le proprie capacità di cambiamento, anche grazie a una maggiore capacità di autocritica.



Dietro i testi c'è stata una naturale tendenza a empatizzare con i protagonisti delle canzoni, spesso descritti in modo caricaturale, anche per fare emergere la simpatia di questi personaggi, che molto spesso risulta elemento fondamentale anche nel processo terapeutico.

La composizione musicale dei brani (per lo più effettuata a quattro mani e che è durata circa un anno) è stato un processo che si è svolto contemporaneamente alla stesura del testo della canzone: è stato proprio grazie al tema trattato (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, ecc.) che ci siamo orientati nell'utilizzo di un genere musicale piuttosto che un altro, di certe timbriche, melodie, armonie rispetto ad altre. Il nostro intento, esplicito fin dall'inizio, era quello di impegnarci a sperimentare la creazione di ambienti musicali adatti e fedeli ai temi trattati.

I personaggi delle canzoni e i loro vissuti ci hanno così stimolato a cercare forme musicali che potessero arricchire la complessità della loro storia individuale, e ci hanno portato durante la composizione a creare una sorta di "musicognomica", tipica di ogni brano. Così come la fisiognomica, disciplina pseudoscientifica, pretende di dedurre i caratteri psicologici di una persona dal suo aspetto fisico, così nella *musicognomica*, l'utilizzo di certe forme musicali può rimandare a precisi tratti psicologici caratterizzanti i personaggi dei brani.

Nella canzone di apertura "La Psicantria" il coinvolgimento della Corale Cavallini di Modena (un coro di utenti e di operatori nato nell'ambito della riabilitazione psichiatrica diretto dalla insegnante di canto Silvia Testoni e coordinato dal musicoterapeuta Fabio Albano) ha contribuito a dare una maggiore autenticità al brano. L'esperienza vissuta con il gruppo, sia durante le prove che nella fase di registrazione, resta uno dei ricordi a cui siamo più legati. Qui il ritornello, senza parole per "fare parlare di più le voci", è sostenuto da un arrangiamento *ska* che rimanda al piacere di stare insieme cantando e condividendo un'esperienza comune, come quella del coro.

In "Jessica l'anoressica" la drammaticità del tema, affrontato in tonalità minore nelle strofe e nel ponte, si trasforma nel ritornello in un invito a uscire ("dai vieni fuori, rompi lo specchio"), in cui la descrizione del sintomo cessa e le voci si rivolgono direttamente alla protagonista. Qui la tonalità diventa maggiore e il giro armonico scanzonato e velatamente blues, attinge ad atmo-



sfere di New Orleans lasciando poi spazio, nel finale, a un solo di tromba che invita alla leggerezza.

Il brano “Cara depressione” è una bossa nova di gusto malinconico, in cui fraseggia un sax alla Stan Getz e nella quale la componente melodica e armonica, vicina alla *saudade* brasiliana di Carlos Jobim o Vinicius de Moraes, diventano complici nel tradurre in suono le emozioni negative provate dal protagonista durante il dialogo con la malattia, con un tentativo di normalizzarle in una più accettabile tristezza.

La canzone “Il cowboy bipolare (per un pugno di litio)” si apre con la citazione pianistica del tema di “Blue Moon”, che ci immerge in un’atmosfera blues malinconica. Il viraggio dalla posizione depressiva a quella maniacale è trasformato in musica con il raddoppio del tempo durante il ritornello, con l’entrata di un saltellante violino e di un guizzoso banjio, inserito in un ricco contesto timbrico (armonica, pianoforte, contrabbasso, trombe *mariachi*, banjio, violino, contrabbasso) che ci riporta a un “old west saloon”.

“L’inno del malato immaginario” è realizzata con un arrangiamento *manouche* che accompagna con ritmo frenetico e sostenuto le ansie ipocondriache e le preoccupazioni incalzanti del protagonista riguardo la propria salute. Alla fine del ritornello, dove il tempo rallenta molto, la voce del terapeuta tenta di contenere l’angoscia del protagonista, attraverso semplici tecniche di rilassamento, con la complicità di un sax soprano, dai suoni lunghi e tenuti, a sostegno del respiro del paziente.

Il “Funky fobico” si presenta con un arrangiamento funky. Qui la ritmica, affidata soprattutto a obbligati di basso e batteria durante le strofe, lascia spazio a un giro armonico di più ampio respiro nel ritornello, volendo rappresentare il perenne dilemma tra il desiderio di libertà e il bisogno di accudimento, vissuto dal protagonista come costrittivo. In questo brano il protagonista è la canzone stessa, che si “umanizza” nel ritornello, giocando sulla possibilità di “liberarsi dalla musica”, da cui si sente imprigionata.

I tratti ossessivi e la rigidità di pensiero tipici di chi soffre di un disturbo ossessivo, sono affidati nel brano “Un tipo D.O.C.” al ricorrere in modo ripetitivo di una melodia di pianoforte, che ricorda i rituali tipici di questo disturbo. Al cambiamento dell’atteggiamento del paziente di fronte al sintomo, in cui si rende maggiormente consapevole del proprio vissuto emotivo (“e se



sono triste piango un po'”) coincide successivamente un accompagnamento di pianoforte più ricco di variazioni interne, più sciolto, meno imprigionato nello stile delle prime due strofe.

In “Un dipendente” il motivetto di apertura si ripete durante i ritornelli e chiude *ad libitum* la canzone. La struttura “circolare” di questa breve frase melodica, caratterizzante il brano, proprio per il fatto che non ha confini e gira su uno stesso accordo, può suggerire la coazione a ripetere tipica dei pazienti affetti da un disturbo di dipendenza, in cui il senso del limite rimane uno dei punti di vulnerabilità.

“Lo schizofonico”, che vuole descrivere l’esperienza interna di un soggetto affetto da schizofrenia, è un brano caratterizzato da atmosfere gitane. Si distingue per tutta la durata della canzone l’intervento “intrusivo” della melodia del *bouzouki*, a ricordare l’invadenza delle dispercezioni uditive nella vita mentale del protagonista. Il finale ha un crescendo di energia sonora, resa attraverso l’intervento di ottoni balcanici.

In “Tarzan e BorderJane” l’ambientazione sonora si svela fin dall’inizio: i suoni della foresta aprono il brano e il successivo “urlo di Tarzan”, simbolo della virilità e della forza dell’uomo della giungla, qui ha un significato paradossale. Si tratta infatti di un grido di disperazione per la situazione insostenibile che sta vivendo al fianco di una Jane *borderline*. I suoni rock e afro del brano suggeriscono atmosfere legate alla corporeità e al gesto, all’impulso, all’azione, prive di spunti riflessivi e soluzioni armoniche complesse, nelle quali si possono trovare associazioni con le modalità di funzionamento carenti di capacità di mentalizzazione tipiche di questo disturbo.

Ne “L’ultima ninna nanna”, brano che tratta il tema del suicidio, l’atmosfera musicale è invece particolarmente intensa e cupa, volendo rappresentare le circostanze drammatiche di questo tipo di evento. L’uso del suono del *Glockenspiel*, simile al carillon, “culla” il protagonista, riportandolo a una sorta di regressione infantile, mentre le note dell’addio sono affidate al suono pieno di un ottone, come in un silenzio militare.

“Abbi cura di te” è un brano in cui il pianoforte e la voce creano un’atmosfera d’intimità, che spesso si sviluppa nel *setting* psicoterapeutico.



4.

Cara depressione: dal mal di vivere ai disturbi dell'umore

Cara depressione

Oggi che non ho un soffitto come cielo, l'orizzonte non è nero,
ti scrivo, cara depressione, questa notte ti ho sognato che mordevi
denti lunghi conficcati nei miei giorni infiniti e grevi.
Ti ricordi quando mi incolpavi sempre,
il tuo indice puntato sul passato e sul presente,
cara oggi ti concedo il mio perdono
e alla porta ti accompagno come un vecchio maggiordomo.
Ciao cara depressao... Ti saluto da lontano
e vado a Rio, facendoti marameo.
Ciao cara depressao al tuo posto c'è tristezza,
non mi pesa, di te non ho nostalgia.
Oggi che il desiderio è rifiorito, tocco il dito con il cielo,
mi credi, cara depressione
assaporo, tocco, ascolto, guardo, annuso finalmente il caso è chiuso,
e oggi non porto più quel peso.
Sulle spalle non indosso il tuo mantello,
ma una giacca su misura e mi sento quasi bello.
Proprio ieri ho fatto pace con la rabbia
al processo ero innocente hanno aperto la mia gabbia.
Ciao cara depressao... e saluto quel divano
qui da Rio, morenas e birimbao.
Ciao cara depressao... al tuo posto c'è tristezza,
non mi pesa, di te non ho nostalgia.
E di notte non mi abbuffo di cacao e se dormo sull'amaca sto da dio
che benedizione, vivo con passione.
Ciao cara depressao... tu salutami Milano,
vado a Rio, facendoti marameo.
Ciao cara depressao, al tuo posto c'è tristezza,
non mi pesa, di te non ho nostalgia.



4.1

SCHEDA INFORMATIVA: LA DEPRESSIONE

Cos'è?

La depressione è un disturbo dell'umore, caratterizzato da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali e somatici che possono compromettere gravemente il "funzionamento" di una persona. Oltre all'umore deflesso può presentarsi con anedonia (perdita di interesse e piacere per le attività normalmente gradite), disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), dell'appetito (inappetenza o iperfagia), rallentamento psicomotorio e affaticabilità, sentimenti di autosvalutazione e di colpa, difficoltà di concentrazione, forte indecisione, idee autolesive o suicidiarie. Nell'episodio depressivo, secondo il DSM-IV tali sintomi devono perdurare per almeno due settimane. Un'altra forma di disturbo depressivo è la *distimia*, caratterizzata dalla presenza di umore cronicamente abbassato e altri sintomi precedentemente citati (ma in forma più lieve che nell'episodio depressivo), per un periodo di almeno due anni.

Cause

Sembra che alla base della depressione ci sia una combinazione di fattori genetici-biologici, ambientali e psicosociali. Gli studi sui gemelli monozigoti e dizigoti e sui soggetti adottati hanno dimostrato una certa ereditabilità dei disturbi depressivi, anche se in modo meno consistente rispetto al disturbo bipolare. A livello biologico è stato accertato come nell'individuo depresso ci sia uno squilibrio neurotrasmettitoriale del sistema serotoninergico, noradrenergico e dopaminergico (su cui vanno ad agire i principali antidepressivi). Alcuni sottolineano anche l'importanza nell'insorgenza dei disturbi dell'umore di alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che regola la risposta allo stress. I fattori psicosociali e gli eventi di vita negativi (l'abuso e l'abbandono durante l'infanzia, lutti, licenziamenti, grandi dispiaceri, separazioni, ecc.) e in generale qualsiasi cambiamento rilevante, possono indurre la manifestazione del disturbo in soggetti predisposti alla malattia stessa.

Epidemiologia

La depressione può interessare tutte le fasce di età (descritte forme nell'infanzia e nell'anziano). La prevalenza del disturbo depressivo



maggiore in età adulta è del 10-25% nelle donne e del 5-12% negli uomini, mentre quella del disturbo distimico è nel complesso del 6%. La probabilità di avere un episodio depressivo maggiore entro i 70 anni è del 27% negli uomini e del 45% nelle donne. Le donne sono colpite in misura doppia rispetto agli uomini. Non ci sono differenze di prevalenza per quanto riguarda la classe sociale e l'origine etnica. Dopo la risoluzione dell'episodio, il rischio di recidive è piuttosto alto poiché tra il 50 e l'85% e oltre dei pazienti andrà incontro, spesso entro un anno, a una nuova depressione nel corso della vita. Dal 1940, nei paesi industrializzati, tende costantemente ad aumentare la prevalenza di tale disturbo e ad abbassarsi l'età media d'insorgenza. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità rappresenta la quarta causa di disabilità nel mondo ed entro il 2020, potrebbe salire al secondo posto.

Trattamento

Alcuni studi riportano come in media sia solo il 25% dei pazienti depressi a essere curato adeguatamente. Il trattamento farmacologico comprende i farmaci antidepressivi di vecchia (antidepressivi triciclici) e nuova generazione (SSRI, SNRI, NARI, Nassa), che determinano una remissione sintomatologica in circa il 70% dei casi. L'OMS raccomanda di continuare una terapia di mantenimento per 6/9 mesi dopo la scomparsa dei sintomi depressivi, se la persona ha avuto tre episodi depressivi di cui almeno due negli ultimi cinque anni. In casi di depressione resistente vengono utilizzate associazioni di antidepressivi, o aggiunte di stabilizzatori dell'umore o basse dosi di neurolettici. Molto spesso i risultati migliori vengono ottenuti dall'integrazione del trattamento farmacologico e della psicoterapia.

Lettere consigliate

CASSANO G.B., ZOLI S., *E liberaci dal male oscuro*, TEA, Milano, 2002.

Associazioni, gruppi di auto aiuto

Fondazione Idea, istituto per la ricerca e la prevenzione della depressione e dell'ansia, www.fondazioneidea.it



LA VOCE DEI PROTAGONISTI

Intervista a M., 36 anni

Ci racconti la storia del tuo disturbo?

Credo che non si possa scindere la storia del “mio disturbo” dalla “storia della mia vita”. Secondo il parere del medico che, nel dicembre 2007, mi ha preso in cura e mi ha dato i farmaci che mi hanno portato alla guarigione io sono ciclotimica e ho una forma di depressione cronica.

Effettivamente, già nell’adolescenza avevo la tendenza ad alternare momenti di benessere a momenti in cui “andavo giù” di umore. Il tutto era sempre influenzato dagli avvenimenti esterni e dalla forte disistima e insicurezza che avevo dentro. Ma questo alternarsi di fasi non mi ha mai impedito di condurre una vita sociale al pari dei miei coetanei perché nei giorni in cui ero giù diventavo più taciturna e triste ma non mi isolavo, bastava poco per farmi tornare allegra. Si trattava di una allegria senza eccessi particolari. Con il passare degli anni i momenti di buon umore sono rimasti invariati mentre quelli di “depressione” aumentavano, sia d’intensità che di durata. Ma quello che mi ha portata per la prima volta di fronte, prima a uno psicologo, poi a un medico psichiatra e infine a un medico psicoterapeuta, è stata una fase di depressione di durata ed intensità tale da portarmi a un tentativo di suicidio.

Quali sintomi avevi?

Il sintomo principale è stato, all’inizio, quello della stanchezza. Dovevo fermarmi durante la giornata e mettermi a letto per un po’ e poi ricominciare a lavorare per poi tornare a interrompermi per riposare. Fortunatamente lavoravo a casa, in proprio, e potevo gestirmi la giornata in questo modo. Poi c’era un’emotività eccessiva e drammatica a tutto ciò che mi succedeva. Era anche un brutto periodo perché avevo grossi problemi economici. Mi sentivo sempre più demotivata e avevo forti sensi di colpa per ogni errore che facevo sul lavoro con mio marito. Il rapporto con lui cominciò a deteriorarsi perché io vedevo tutto in maniera negativa e stavo sempre male fisicamente. Un altro sintomo molto forte fu quello di iniziare a dormire poco e ad alzarmi stanca. Io sono sempre stata una persona dal sonno profondo e senza problemi. In quel periodo iniziai a svegliarmi la notte, sempre alla stessa ora (3.30), con difficoltà a riaddormentarmi. Il sonno divenne sempre più difficoltoso e iniziarono ad aumentare i sogni angosciosi, a volte veri incubi. Cominciai ad avere difficoltà a uscire e quando parlavo, ad esempio con le commesse, mi sentivo una povera stupida perché faticavo a trovare le parole. Non ce la facevo più, ma davo la colpa a me e non associavo la cosa a un problema che poteva essere di competenza medica. Un giorno, mentre lavoravo in ufficio da sola, lo ricordo come se fosse ieri, ebbi la sensazione come se un’onda mi avesse sommersa. Un’onda di angoscia terribile. Ricordo che feci per prendere il telefono e chiamare il mio medico di base, stavo malissimo. Mi accorsi nettamente che era successo qualcosa in me. Da quel momento tutto perse significato. Non chiamai più il mio medico di base. Nei giorni che seguirono cominciai a desiderare di addormentarmi e non svegliarmi più. Avevo crisi di pianto, nelle quali mi accasciavo sul pavimento, con una sofferenza interiore che non sopportavo, senza una spiegazione. Il dolore non veniva più dall’esterno, da un litigio o da altri eventi. Era dentro di me, mi sentivo un involucro vuoto al cui interno c’era solo sofferenza. Vedevo solo la morte come via di uscita a questo tormento interiore.

Cosa hai fatto per risolverlo?

Dopo due anni di cure farmacologiche senza successi, nei quali le mie condizioni peggioravano invece che migliorare decisi che non potevo andare avanti così e cominciai a cercare un medico privato.

Fu un puro caso trovare il medico che riuscì a curarmi. La prima cosa che mi disse fu: io non etichetto le persone; poi mi diede la cura farmacologica che si rivelò quella giusta: un antidepressivo a dosi terapeutiche. Anzi due tipi di antidepressivo, inizialmente associati a uno stabilizzatore.

Quali difficoltà hai incontrato nel percorso di cura?

La prima fra tutte fu una diagnosi nella quale non mi riconoscevo.

Ero infatti seguita dal Servizio di Salute Mentale che definiva la mia situazione come fosse parte del mio modo di essere. Mi dissero che i miei tentativi di suicidio erano “una modalità che avevo di reagire” alle cose che mi succedevano. Fu questo che fece scattare in me una grande rabbia che, forse, andò solo a peggiorare l’idea che i servizi si erano fatti di me. Non riuscivo a fargli capire che stavo male a tal punto da voler morire e non che volevo morire per “far vedere” che stavo male. Quindi ci fu una grossa difficoltà di dialogo con gli operatori che mi presero in cura.

Le difficoltà furono evidenti anche nella scelta della terapia farmacologica. Tutte le quattro volte che fui ricoverata in clinica mi veniva cambiata la terapia e quando uscivo dalla clinica, il medico del Servizio dopo un po’ mi modificava ancora la terapia. In due anni ho assunto diversi tipi di farmaci, tra i quali: stabilizzatori dell’umore, neurolettici, antipsicotici, tranquillanti.

Cosa vuol dire per te essere guarita?

Essere guarita significa non desiderare più la morte.

Essere guarita per me significa riuscire a vivere le mie giornate senza ritrovarmi sempre talmente stanca da non riuscire a portare avanti nemmeno un lavoro. Significa essere uscita da uno stato mentale che deformava in senso negativo tutto ciò che mi circondava, anche gli affetti. È come se mi fossi svegliata da un brutto sogno il cui ricordo si dissolve sempre più con il passare del tempo.

Che consigli potresti dare alle persone che soffrono di questo disturbo?

Il primo consiglio che vorrei dare è quello di non rassegnarsi alla propria malattia o disturbo. Perché anche se non si può guarire totalmente si può stare meglio, molto meglio!

Poi, è un errore farsi seguire da un medico del quale non si è convinti fino in fondo. Può tardare di molto la guarigione, a me è successo.

Bisogna cominciare a vedere il passato per quello che è: passato. Bisogna aumentare la propria autostima, e quindi la nostra forza interiore. È importantissimo darsi un progetto per il futuro, iniziare a credere in qualcosa e portarlo avanti (che sia un lavoro, un dipinto, una causa).

Una cosa difficile ma importante è riuscire a capire e portare allo scoperto i problemi attuali, quelli del presente non del passato che creano disagio (in famiglia, al lavoro, ecc.). Se non si riesce a risolverli, bisogna almeno allontanarsene, prenderne la giusta distanza. Questo anche con l’aiuto di uno psicoterapeuta, se non si riesce da soli.

Considerare il disturbo che abbiamo come parte di noi, non come qualcosa di negativo da cacciare o di cui vergognarsi. Bisogna accettare anche la parte “brutta” di noi. Non voler essere così è una lotta persa in partenza, perché lottiamo contro noi stessi. Nel momento in cui riusciamo a far pace,



ad accettare il nostro Mr Hyde tutto diventa più semplice. Ci sono cose che mi ha dato la malattia che conservo nel cuore come fondamentali per essere arrivata dove e come sono ora.

Riesco a guardare ai miei momenti di tristezza come a una fonte d'ispirazione per le mie poesie (che non mi vengono quando sono allegra).

Li guardo come momenti d'introspezione, nei quali mi metto in discussione rispetto al mondo che mi circonda.

Infine, accettare i farmaci (quando funzionano) perché non c'è nessun motivo, se non la vergogna per la nostra malattia, di non prendere un farmaco che ci può far star meglio.

La musica ti è stata di aiuto in qualche modo nel percorso?

La musica è una cosa che mi ha sempre aiutato a sentirmi meglio. Ascoltare delle canzoni che mi piacciono ha un effetto rilassante, tanto che quando faticavo a dormire ascoltavo della musica piacevole fino ad addormentarmi. Credo che il mio umore sia sempre stato molto influenzabile dalla musica. Ad esempio, nei momenti in cui ero giù non avrei mai potuto ascoltare la "Canzone di Marinella" senza rischiare di peggiorare la situazione. Viceversa, ascoltare canzoni "energetiche" mi aiuta molto a "ricaricarmi".

NOTE

1. Beck, 1976.
2. Clark, Beck, Alford, 1999.
3. Nolen-Hoeksema, 1991.
4. Papageorgiou, Wells, 2004.
5. Ottenbreit, Dobson, 2004.
6. Beck, *op. cit.*
7. DeRubeis, Crits-Christoph, 1998; Clark, Beck, Alford, *op.cit.*
8. Martell, Dimidjian, Herman-Dunn, 2010.
9. Wells, 2009.
10. Watkins, Moberly, 2009.

8.

Un tipo D.O.C.: il disturbo ossessivo-compulsivo

Un tipo D.O.C.

Torno in casa diciassette volte, non ricordo mai se ho chiuso il gas
mi sciacquo le mani se tocco la ringhiera e mi lavo i denti col Viacal.
Ogni sbaglio e ogni imprecisione, qualche cambiamento di routine
mi mettono a disagio, mi trovo imbalsamato
immaginatevi se perdo il pin!
Cerco solo un po' d'ordine, una fila in questo caos
un confine, un argine, la regola di un dio.
È importante la morale, magistrato o generale che dica no!
Che distingua il bene e il male,
dia un giudizio universale
Non dica boh...
e che sappia punire e premiare
i distinti per meriti e chi infrange le regole
e chi è bravo coi numeri, chi non cambia mai idea.
Se non mi pulissi dieci volte, cosa mi potrebbe capitar
oggi arrivo a nove, e domani a sette, l'ansia con il tempo può passar.
E se poi non uso precauzioni, no all'inferno io non finirò
proverò paura, in fondo è un'emozione e se sono triste piango un po'.
E pensando al disordine, non mi spaventerò
e se vedo la polvere, la lascio sul comò.
Costruirò una mia morale,
una bilancia personale, adatta a me
e se vado in contromano,
o se macchio il tuo divano, mi assolverò.
E mi lascerò andare in amore
sarò un tipo romantico
più spontaneo che rigido
qualche volta autoironico
saprò cambiare idea.



8.1

SCHEDA RIASSUNTIVA: IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO (D.O.C.)

Cos'è?

Disturbo caratterizzato da pensieri, immagini ricorrenti (ossessioni) che creano allarme o paura e che costringono la persona a mettere in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali (compulsioni). Almeno l'80% dei pazienti con D.O.C. ha sia ossessioni che compulsioni, meno del 20% ha solo ossessioni o solo compulsioni.

Cause

Non si può parlare di un disturbo ereditario, anche se la componente genetica, potrebbe influire nella comparsa del disturbo, insieme all'esposizione a un ambiente familiare dove il disturbo è già presente.

Epidemiologia

Colpisce, indistintamente per età e sesso, dal 2 al 3% della popolazione. Può esordire nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta. L'età tipica in cui compare più frequentemente è tra i 6 e i 15 anni nei maschi e tra i 20 e i 29 nelle donne. I primi sintomi si manifestano nella maggior parte dei casi prima dei 25 anni (il 15% ha esordio intorno ai 10 anni) e in bassissima percentuale dopo i 40 anni.

Trattamento

La psicoterapia cognitivo-comportamentale costituisce il trattamento psicoterapeutico di elezione per bambini, adolescenti e adulti con D.O.C. Aiuta i pazienti a internalizzare una strategia per resistere al D.O.C., che avrà effetti benefici a breve e a lungo termine. La terapia farmacologica si basa sull'utilizzo di antidepressivi serotoninergici (SSRI) e triciclici (in particolare clomipramina). L'efficacia dei farmaci antidepressivi SSRI e della clomipramina in questo disturbo è ben documentata, ma una percentuale di pazienti che può variare dal 30 al 40% non risponde ai farmaci. In certi casi resistenti può essere efficace l'introduzione di basse dosi di neurolettici (aloperidolo, risperidone, olanzapina).

Lectture consigliate

MELLI G., *Vincere le ossessioni. Capire e affrontare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo*, Ecomind, Salerno 2006.

BAER L., *Come raggiungere la padronanza e il controllo di sé. Conoscere e dominare ansie e fobie della vita quotidiana*, Bompiani, Milano 2002.

Associazioni, gruppi di auto-aiuto

Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo, www.aidoc.it

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: MEGLIO AGITARSI NEL DUBBIO, CHE RIPOSARSI NELL'ERRORE

di F. Didonna

*Il folle è colui che cerca di scacciare la
propria ombra e ci si perde dentro.*

W. Shakespeare

La canzone di Gaspare Palmieri e Cristian Grassilli ci mette a contatto in modo chiaro ed efficace con le caratteristiche fenomenologiche e cliniche essenziali del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (D.O.C.), una sindrome psichiatrica che spesso assume caratteristiche di gravità e cronicità importanti e invalidanti e la cui sintomatologia clinica può generalizzarsi a gran parte, se non a tutte, le aree principali della vita di chi ne soffre.

Arbeit macht frei, Il lavoro rende liberi, recitava un'insegna tristemente celebre affissa all'ingresso del campo di sterminio di Auschwitz e di altri lager nazisti. Quella frase rappresenta certamente uno dei più iniqui e infimi inganni che gli esseri umani abbiano mai subito da parte di altri esseri umani. Si sa infatti che ad Auschwitz-Birkenau nessun lavoro poteva salvare dalla camera a gas coloro che vi entravano, eppure quell'idea si manteneva quasi sempre viva negli internati che si aggrappavano alla minima speranza di sopravvivenza. Ebbene, quando un'estate di qualche anno fa, durante un viaggio in Polonia, mi trovai a osservare quella scritta, tra le innumerevoli idee, riflessioni e immagini che affollarono la mia mente non potei evitare il confronto tra

8.2



quella scritta e quello che in fondo è il grande *auto-inganno* delle persone affette da Disturbo Ossessivo-Compulsivo: *il rituale rende liberi*. Liberi dall'ansia, dalle ossessioni, dalla colpa. È proprio questa una delle idee che portano le persone con D.O.C. a mantenere e auto-alimentare il loro invalidante problema.

La comprensione insieme al paziente del modo in cui si creano e si sviluppano in lui queste forme di *auto-inganno* e i vari circoli viziosi che determinano l'attivazione e il mantenimento del disturbo è certamente uno degli scopi precipui della terapia cognitiva del D.O.C., uno dei trattamenti validati di dimostrata efficacia nei confronti di questa difficile patologia.

Non meno importante appare il fatto che per comprendere l'essenza della problematica ossessiva è necessario tenere presente che questa deriva in modo piuttosto diretto dalla fenomenologia e dall'esperienza normale degli esseri umani. Sappiamo infatti che pensieri intrusivi e rituali sono fenomeni esperiti dalla maggior parte delle persone perché forniscono organizzazione e struttura alla vita quotidiana: facciamo colazione con il caffè e la brioche tutte le mattine, pranziamo e ceniamo sempre alla stessa ora, molti non possono rinunciare a fumare la sigaretta dopo i pasti o dopo un rapporto sessuale, ecc. Sebbene i rituali possano contribuire a dare ordine e stabilità al nostro comportamento, è necessario che essi si adeguino di volta in volta alla nostra realtà e agli scopi interni ed esterni affinché possano essere funzionali e adattivi. Nel D.O.C. l'attivazione graduale, o più raramente improvvisa, di particolari meccanismi psicopatologici, determina uno stravolgimento, spesso gravissimo, nella durata, frequenza e intensità di quei comportamenti inizialmente normali, determinando lo sviluppo di una sindrome complessa e invalidante.

I dati epidemiologici attuali rivelano come, negli ultimi dieci anni, vi sia stato nei paesi occidentali un aumento nella diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (D.O.C.).

La prima descrizione del disturbo viene attribuita a Esquirol, che nel 1838 definì il disturbo come una forma di monomania, un delirio parziale, *délire partiel*, nel quale un'attività involontaria, irresistibile e istintiva spingeva il paziente a compiere azioni che la coscienza respingeva ma che la volontà non riusciva a sopprimere; l'autore giunse alla conclusione che a determinare il disturbo fosse un deficit della volontà e solo secondariamente un disturbo intellettuale.



Negli anni recenti i manuali di classificazione dei disturbi psichiatrici (DSM IV-R, ICD-10) hanno illustrato in modo chiaro e statisticamente aggiornato le caratteristiche cliniche e fenomenologiche del Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Il D.O.C. è caratterizzato fundamentalmente dalla presenza di *ossessioni* e compulsioni ricorrenti.

Se non mi pulissi dieci volte cosa mi potrebbe capitar...

Un tipo D.O.C.

Le ossessioni cliniche normalmente sono rappresentate da pensieri esprimanti un dubbio, un'ipotesi, un'inferenza (ad esempio: "Potrei non aver chiuso la porta"; "Forse non ho spento la luce"; "Potrei essere sporco"; "Potrei aver causato un incidente", ecc.), ovvero da immagini di contenuto soggettivamente negativo.

Generalmente il soggetto ha un atteggiamento *egodistonico* nei confronti dei sintomi, cioè ha la sensazione che il contenuto delle ossessioni sia estraneo, inaspettato e al di fuori del proprio controllo. In termini di frequenza le ossessioni più ricorrenti sono relative al *rischio di contaminazione* (ad esempio timore di contrarre malattie attraverso il contatto con oggetti), *bisogno di ordine* (ad esempio insopportabile disagio verso il disordine o l'asimmetria di oggetti personali), *dubbi ripetitivi* (ad esempio incertezza sull'aver lasciato acceso il gas o aperta una finestra o sull'aver causato grave danno a qualcuno senza accorgersene), *impulsi aggressivi o antireligiosi* (ad esempio timore di uccidere un familiare o di mettere in atto comportamenti blasfemi) e *fantasie sessuali* (immagini incestuose o perverse). L'individuo con ossessioni normalmente tenta di ignorare o sopprimere tali pensieri o impulsi, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (rituali e compulsioni)¹. Ad esempio, un individuo afflitto dal dubbio di non aver spento la luce cerca di neutralizzarlo controllando ripetutamente per assicurarsi di averla spenta.

Torno in casa diciassette volte
non ricordo mai se ho chiuso il gas
mi sciacquo le mani se tocco la ringhiera
e mi lavo i denti col Viacal...

Un tipo D.O.C.



Nella maggior parte dei casi, la persona si sente spinta a mettere in atto la compulsione per ridurre il disagio che accompagna un'ossessione o per prevenire qualche evento o situazione temuta. Ad esempio, gli individui con ossessioni di contaminazione possono ridurre il proprio disagio mentale lavandosi le mani finché la pelle non diventa ruvida; le persone afflitte dall'ossessione di avere lasciato una porta aperta possono essere spinte a controllare la porta a intervalli di pochi minuti; gli individui afflitti da pensieri blasfemi involontari possono trovare sollievo contando 10 volte indietro e 100 volte in avanti per ogni pensiero. In alcuni casi gli individui mettono in atto azioni rigide o stereotipate secondo regole elaborate in modo idiosincratico senza riuscire a spiegare perché lo stanno facendo. Per definizione le compulsioni sono chiaramente eccessive e spesso non connesse in un modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o prevenire. Le compulsioni più comuni comprendono lavarsi e pulire, contare, controllare, richiedere o pretendere rassicurazioni, ripetere azioni, e mettere in ordine².

Per definizione gli adulti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo hanno in qualche momento riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli. Questi requisiti non si applicano ai bambini, poiché può mancare una consapevolezza cognitiva sufficiente per formulare questo giudizio. Comunque, anche negli adulti vi è un'ampia variabilità di *insight* sulla ragionevolezza delle proprie ossessioni o compulsioni. Alcuni individui sono incerti della ragionevolezza delle loro ossessioni o compulsioni, e l'*insight* di ogni individuo può variare in diversi periodi o situazioni. Quando tenta di resistere a una compulsione, l'individuo può avere la sensazione di aumento dell'ansia o della tensione, che possono essere alleviate cedendo alla compulsione. Nel corso del disturbo, dopo insuccessi ripetuti nel cercare di resistere a ossessioni o compulsioni, l'individuo può cedere, non provare più il desiderio di resistervi, e incorporare le compulsioni nelle proprie abitudini quotidiane³.

In generale comunque sia le ossessioni che le compulsioni sono causa di disagio e sofferenza, determinano notevoli perdite di tempo nell'arco della giornata e interferiscono in varia misura con le normali attività sociali, lavorative e affettive.



... e se vado in contromano o se macchio il tuo divano,
mi assolverò... e pensando al disordine non mi spaventerò
e se vedo la polvere la lascio sul comò.

Un tipo D.O.C.

Per quanto concerne il *trattamento* del Disturbo Ossessivo-Compulsivo possiamo rilevare che negli ultimi anni è emersa nell'ambito della psicoterapia la tendenza a dare alla pratica clinica un'impronta sempre più scientifica, in cui i protocolli di intervento, le strategie e le tecniche terapeutiche utilizzate derivano il più possibile da ipotesi e modelli teorici forti, chiari ed efficaci da un punto di vista esplicativo, fondati sui dati della ricerca e i cui esiti possono essere misurabili, riproducibili e comparabili. In linea con tale tendenza e con tali obiettivi, fin dagli anni Settanta, nell'ambito della *terapia comportamentale* sono state sviluppate diverse procedure terapeutiche che hanno mostrato una sorprendente efficacia nel trattamento del D.O.C. con compulsioni manifeste o *overt* (lavaggio, controllo, ordinamento, ecc.), con percentuali di successo che arrivavano fino all'80-90% dei casi trattati⁴. Decine di studi hanno dimostrato fino ad oggi che la *Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale* è un trattamento efficace per il D.O.C., sia nei confronti di soggetti in età evolutiva che negli adulti. In particolare *l'esposizione e la prevenzione della risposta* (EPR) rappresenta l'intervento psicologico più ampiamente validato ed efficace per questa patologia; intorno al 75% dei pazienti trattati con tale metodo infatti migliora significativamente e mantiene i risultati al *follow-up*⁵.

Tali procedure però non hanno fornito risultati apprezzabili nei confronti di pazienti con comorbilità di depressione maggiore⁶ e altri tipi di patologia e in quei casi (peraltro non rari) di disturbo ossessivo con assenza di compulsioni manifeste, i cosiddetti *ruminatori*, nei quali le neutralizzazioni (i rituali, le compulsioni) avvengono a livello cognitivo⁷. Tali pazienti sembravano essere difficilmente trattabili, sia per l'assenza di comportamenti patologici manifesti e sia perché le strategie d'intervento tradizionali non risultavano efficaci. Come afferma Rachman (1983): "Il principale ostacolo al successo nel trattamento delle ossessioni è l'assenza di tecniche efficaci". In linea con tale affermazione si potrebbe quasi definire la patologia mentale come *l'assenza nel paziente di strumenti efficaci e/o funzionali per fronteggiare un pro-*



*blema o la difficoltà ad utilizzare tali strumenti*⁸. Paradossalmente, pur essendo il D.O.C. caratterizzato da una sintomatologia di natura squisitamente cognitiva, in passato non è mai stato dato grande rilievo in letteratura alla concettualizzazione e al trattamento cognitivo delle ossessioni e allo sviluppo di protocolli d'intervento standardizzati.

Fortunatamente, negli ultimi quindici anni sono stati sviluppati nell'ambito della *terapia cognitiva* alcuni modelli teorici forti, suffragati dalla ricerca clinica e sperimentale, e diverse proposte terapeutiche che riescono a fornire una risposta efficace anche ai casi più difficili sopra citati e in generale alle numerose problematiche e ai perniciosi ostacoli che questi pazienti ci portano in seduta⁹.

Una prospettiva psicoterapeutica relativamente nuova, ma in realtà di origini antichissime, che si sta evidenziando clinicamente rilevante nei confronti della patologia ossessiva è la Mindfulness-Based Therapy, un approccio terapeutico basato sull'utilizzo di pratiche meditative e attentive che portano l'individuo a sviluppare un modo nuovo e funzionale di relazionarsi nei confronti dell'esperienza interna disagiata (cognizioni, emozioni, sensazioni fisiche)¹⁰. In questo tipo di trattamento il paziente non cerca di modificare il contenuto o la frequenza del pensiero (come avviene nella terapia cognitivo-comportamentale) o di ridurre l'intensità degli stati disagiati (come avviene con la terapia farmacologica), ma attraverso un progressivo addestramento mentale, modifica il suo rapporto con gli stati interni problematici, sviluppando un progressivo processo di decentramento e di disidentificazione¹¹ nei confronti delle cognizioni, degli stati emotivi e delle sensazioni corporee prevenendo in tal modo l'attivazione di ogni tipo di comportamento reattivo (ad esempio compulsioni) quando tali stati si presentano¹².

LA VOCE DEI PROTAGONISTI

La storia di B., 52 anni

La mia storia è durata 36 anni e dimostra come ci sia speranza nel D.O.C. All'età di 12 anni ho cominciato a soffrire di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Nel 1970 il D.O.C. era una patologia praticamente incurabile; sia per questo, sia per ignoranza dei miei genitori, non ho avuto nessun approccio con specialisti aumentando esponenzialmente la gravità del disturbo. A 21 anni stavo già molto male e poiché nessuno credeva sia ai sintomi del



D.O.C., e molti erano nascosti, sia alla sofferenza mentale dovuta a un avanzato stato depressivo rimasi senza sostegno. In seguito fui affidato alle cure di una psicologa molto inesperta che, nonostante i 10 anni di terapia, non fece che peggiorare la situazione, anzi mi impediva di andare da uno psichiatra per un aiuto farmacologico. La terapia secondo lei doveva bastare, ma era un approccio errato, distruttivo. Continuavo a peggiorare sempre di più. La sofferenza era devastante. Oggi ricordo oltre 116 situazioni e sottosituazioni di ossessioni e rituali compulsivi. C'è chi ne ha una, due... a me si venivano a incastrare tra di loro e la mia sensazione era di morte e impotenza assoluta. Per farvi solo qualche esempio, una saponetta mi durava un giorno. Facevo docce di un'ora e mezzo, per fare 20 metri di strada a seconda dei pensieri che avevo ci mettevo anche un'ora. Le mie mani erano devastate dalle ferite dovute ai frequenti lavaggi, sanguinavano. Non mi scorderò mai la faccia di un farmacista a cui feci vedere le mani per acquistare una crema lenitiva, cambiò espressione alla vista di tante ferite sanguinolente e le mani devastate anche dal freddo (era inverno), mi diede una crema, ma senza tanta convinzione. Ero arrivato a 46 anni senza una medicina. A quei tempi spendevo più di 25.000 lire al giorno per disinfettanti vari, usati sul mio corpo, sugli oggetti, sui vestiti, alcuni li portavo in tintoria, molti erano inevitabilmente rovinati insieme a divani, suppellettili e muri, automobili. Qualche volta facevo lavare le mani con fazzoletti umidificati anche ai miei parenti o usavo *escamotage* simili con sofferenza estrema. All'esterno potevo uscire solo con tuta da ginnastica invernale, anche ad agosto, poiché non potevo indossare a casa i vestiti con cui andavo al lavoro. Dopo anni di questa situazione, che aveva stremato me e la mia famiglia, mi diedero per caso l'indirizzo di uno psichiatra che cominciò a curarmi. Lui non voleva il ricovero, ma io sì, ero alla frutta, non potevo vivere una vita in questo modo, lui per il mio bene accettò. Fui ricoverato in una clinica psichiatrica per 54 giorni, due mesi, con 34 flebo consecutive. Uscii dalla clinica con una cura che prevedeva 18 pillole al giorno! Faccio un passo indietro, il D.O.C. mi aveva procurato una depressione maggiore, la più brutta, che mi ha accompagnato per tutto questo tempo. Fui definito il caso più grave che abbia mai curato il mio professore. Poi ho continuato i controlli con lo psichiatra e finalmente la svolta! La Terapia Cognitivo-Comportamentale! Per farvi capire come funziona tale terapia, faccio un esempio: per chi non sa nuotare nel mare del D.O.C., le medicine ti tengono a galla per quanto tu vuoi, ma nei casi gravi non curano completamente, hanno la funzione di ciambella di salvataggio, ma è la terapia cognitivo-comportamentale che ti insegna a nuotare fino al punto in cui non hai più bisogno di salvagente. Ora, dopo tre anni e mezzo, ne sono completamente fuori. Mi è rimasto uno stato depressivo cronico, sempre perché non curato, ma sto mettendo mano anche a questo. Ho solo ciclici abbassamenti di umore di pochi giorni. Finisco ribadendo che dal disturbo si può uscire o ci si può convivere, in modo da rendere la vita assolutamente normale e vivibile. Ad oggi, svolgo attività di volontariato nell'Associazione "Insieme Con Te Onlus" di Roma come facilitatore di terapia di gruppo per chi soffre di disagi mentali.



14.

Abbi cura di te: la parola allo psicoterapeuta

Abbi cura di te

Abbi cura di te, di te che lei ti ha lasciato
del tuo pezzetto di prato e del futuro che vedi sbeccato
abbi cura di te, degli aquiloni che oggi non volano
dei sogni che per ora dormono, dei ricordi che ti svegliano.
Abbi cura di te e non è un fatto di pura igiene personale
ma anche il gatto per oggi può anche aspettare prima di mangiare
abbi cura di te, dei tuoi lacci che a volte li pesti
degli spicci, degli orari dei pasti
di quel che vali senza un prezzo.
Abbi cura di te e dai dopo mangiato fattelo un bel caffè
che in fondo non ci vuole poi un granchè
a risalir sulla sella, a riempire un bignè.
E qualche nota fuori scala mettila nel conto
qualche bruco nella mela non è poi un affronto
la terra no non è una sfera, neanche quando è sera.
Abbi cura di te, di quello che ti piace fare,
di un tramonto in riva al mare, che in uno scatto porti a casa.
Abbi cura di te, di quei baci che regali al vento,
dei tuoi occhi che ridono o piangono
se son nel cielo o nel fango.
Abbi cura di te e va nell'orto a coglierlo il momento
che a buon intenditore "tempo aspetta solo tempo"
e chi ha cura di te, se lo ricordi che non è dio
che oggi diglielo ce la faccio anch'io
a venir fuori dai guai.
Abbi cura di te, se vuoi dopo mangiato fattelo quel caffè
che non ci vuole poi in fondo un granchè
a risalir sulla sella, a riempire un bignè.
E qualche nota fuori scala mettila nel conto
qualche bruco nella mela non è poi un affronto
la terra no non è una sfera neanche quando è sera.



14.1

LA PSICOTERAPIA FUNZIONA?

di C. Prestano

Le psicoterapie sono oggi considerate un insieme di trattamenti sanitari volti a curare soggetti che presentino dei disturbi psicologici. I trattamenti psicoterapeutici, possiamo dire, facilitando la remissione dei sintomi, non solo promuovono il naturale processo di miglioramento e guarigione ma aggiungono strategie e strumenti di adattamento ai soggetti, oltre a fornire abilità per affrontare problemi simili in futuro¹. Negli ultimi anni si è diffusa all'interno della comunità scientifica una cultura di scambio e confronto che considera la psicoterapia come una scienza specifica, che anche se caratterizzata da elementi relazionali e da un'epistemologia non oggettivabile, si configura come un metodo di cura che, come tale, deve saper declinare il proprio statuto e le proprie metodologie con la maggiore chiarezza e trasparenza possibile.

Lo sforzo del confronto intersoggettivo richiesto dalla ricerca scientifica ha aiutato molto la psicoterapia a uscire dalla autoreferenzialità che l'ha caratterizzata in passato, permettendo ai terapeuti quel decentramento osservativo rispetto al proprio lavoro che consente di verificare *cosa si fa e come lo si fa*. La ricerca in questi anni, infatti, oltre a dimostrare l'efficacia della psicoterapia e ad aumentare la conoscenza delle sue dinamiche interne, ha aiutato i singoli clinici a ripensare il proprio lavoro focalizzando l'attenzione sulla questione importante della responsabilità della cura. "Pensare ai trattamenti psicoterapeutici in termini di metodi di cura, implica porsi con responsabilità il problema dell'efficacia, delle indicazioni comparative di trattamento, dei risultati ottenuti."²

Attualmente esistono più di 350 diversi tipi di psicoterapia e sono stati individuati nella letteratura scientifica più di 1400 modi diversi per misurare gli effetti della psicoterapia; ci sono oltre 1000 tipi di misure per valutare le caratteristiche dei pazienti e un numero ignoto di tecniche specifiche utilizzate dai terapeuti³.

Inoltre, negli ultimi trent'anni, diversi studi hanno dimostrato che la psicoterapia produce esiti positivi nei pazienti⁴, riducendo la sofferenza sintomatologica e migliorando la qualità di vita



individuale, essa risulta efficace per pazienti con disturbi differenti, trattati con diverse modalità terapeutiche.

Vi sono migliaia di studi sull'efficacia, sul processo terapeutico, sui fattori comuni alle terapie, sulla valutazione di singoli interventi e sul confronto tra approcci diversi (compreso l'approccio farmacologico). Inoltre, negli ultimi trent'anni ampi settori della ricerca in psicoterapia hanno iniziato a identificare quali specifiche terapie risultano più o meno efficaci rispetto a differenti popolazioni di pazienti in vari contesti clinici⁵, definendo una lista di trattamenti supportati empiricamente (*Empirically Supported Treatments*).

In Italia però tale approccio di ricerca volto a stabilire quale e quanta terapia può essere considerata abbastanza per un paziente, è molto distante dal mondo professionale pubblico e privato. Solo pochi clinici infatti analizzano la relazione tra qualità e quantità dei trattamenti erogati anche se, sempre più spesso, nei servizi pubblici la valutazione dell'efficacia della psicoterapia diventa necessaria per la sistematizzazione dei dati e per il monitoraggio e la "certificazione di qualità del servizio".

Purtroppo le tradizionali metodologie di ricerca se da un lato hanno fornito un'ingente mole di dati a sostegno dell'*efficacy* ed *effectiveness* di diverse forme di psicoterapia, dall'altro hanno parallelamente suscitato scetticismo circa la reale utilizzabilità di questi risultati nella pratica clinica⁶ creando un "gap ricercatori-clinici"⁷, legato alla difficoltà di integrare la pratica psicoterapeutica e la ricerca scientifica. La ricerca, infatti, in rapporto al confronto con la clinica, ha in parte mostrato i suoi limiti dovuti soprattutto alla difficoltà di barcamenarsi tra due opposte esigenze, di correttezza metodologica da una parte, e d'accoglimento e riconoscimento della complessità della situazione clinica dall'altra.

Come può la ricerca essere d'aiuto nel lavoro clinico svolto quotidianamente? È utile questo trattamento per questo specifico paziente?

Esiste oggi un forte interesse della ricerca scientifica a poter colmare questa distanza con la pratica clinica, dunque a rispondere a tali quesiti. Il lavoro compiuto negli ultimi decenni dalla comunità scientifica, nazionale e internazionale, ha permesso un'ampia diffusione di progetti di ricerca sull'efficacia delle psicoterapie determinando, in tal modo, dei significativi cambiamenti che riguardano molti aspetti del lavoro clinico-terapeuti-



co. Mi riferisco in particolar modo alla maggiore attenzione posta alla persona del terapeuta, alla relazione terapeutica come principale fattore trasformativo del processo di cura e dei suoi correlati rischi di iatrogenia, alle cause di *drop out* dei “pazienti difficili”. La ricerca, infatti, ha sviluppato una molteplicità di campi d’indagine, assai utili alla clinica, con l’obiettivo di non restare chiusa nell’accademia e separata dal mondo della pratica routinaria. C’è stato un implemento ad esempio, di studi qualitativi sul linguaggio, sulle narrazioni, sull’alleanza terapeutica, sui metodi di valutazione intersoggettivi, sulla meta-cognizione, sullo stile del terapeuta, ecc. A questo la ricerca sulle terapie di gruppo⁸ ha aggiunto studi sui *setting* di cura, sui parametri che li strutturano e sulle impostazioni teorico-operative che determinano gli accadimenti relazionali e individuali del lavoro terapeutico. Inoltre, un ruolo sempre più centrale è ricoperto dalla Società di Ricerca in Psicoterapia (SPR-Italia) che da anni si sforza di far integrare i dati della ricerca con quelli della clinica, facilitando il crescente interesse dei terapeuti nel potere seguire dei criteri accettati a livello generale nell’erogazione di prestazioni sanitarie psicoterapeutiche. Anche lo sviluppo di linee-guida ai trattamenti da parte di varie organizzazioni professionali può essere considerato una manifestazione di questo processo⁹.

Dunque come è stato recentemente sottolineato da diversi autori¹⁰ il momento scientifico-clinico attuale sembra essere caratterizzato da un certo ripensamento della ricerca in psicoterapia, sia rispetto ai metodi d’indagine utilizzati, sia riguardo agli scopi e ai risultati conseguibili. Diversi fattori contribuiscono a creare questo nuovo scenario: l’implementazione di ricerche che indagano costrutti centrati sempre più sulla relazione terapeutica¹¹, lo spostamento dell’attenzione sulle caratteristiche del terapeuta come variabili che influenzano il buon funzionamento del processo terapeutico, e il continuo dibattito sulla utilità della ricerca per la clinica. Recentemente Dazzi e coll. (2006) hanno giustamente evidenziato che in realtà questa fase, che arriva dopo diversi di anni di sviluppo e implementazione di studi empirici, può essere considerata come un importante risultato raggiunto dalla ricerca, poiché consente di ridefinire e rielaborare teorie e tecniche nate in un contesto di autoreferenzialità e di sviluppare e affinare metodi e strumenti ancora poco sensibili alla specificità dell’oggetto clinico. Similmente, Orlinsky (2004) ad esempio



ha parlato di questo periodo caratterizzato da nuove intuizioni, scoperte cliniche e creazione di nuovi paradigmi di ricerca, in termini di un ritorno al “contesto della scoperta”, sostituita in questi ultimi anni, anche a seguito di pressioni politico-economiche provenienti ad esempio dalle compagnie assicurative, dal “contesto della verifica”.

Dunque il ponte tra clinica e ricerca va sempre più costruendosi in relazione alla consapevolezza che non esistono teorie senza dati empirici, né dati empirici senza teorie; risulta sempre più necessario integrare teorie basate su criteri logico-deduttivi che rappresentano il modo per estendere i risultati del singolo caso, potere operare quel tanto di generalizzazione necessaria a connettere tra loro fenomeni che altrimenti rimarrebbero isolati, e far derivare da queste connessioni il senso sottostante. A tal proposito credo che il costante monitoraggio della risposta dei pazienti al trattamento, attraverso una valutazione formale, sia l'unico modo per migliorare la qualità della terapia e che sia molto importante che i clinici mettano da parte quanto più possibile i propri orientamenti teorici. È molto utile piuttosto mantenere un atteggiamento flessibile nei confronti della propria tecnica in modo da potere effettuare cambiamenti quando il trattamento con un paziente fallisce e la valutazione delle psicoterapie è uno strumento che ci permette di avere questa flessibilità necessaria per il benessere dei pazienti. Ritengo, infatti, che affrontare scientificamente la questione della cura significhi, primariamente, occuparsi di migliorare l'efficacia dell'offerta terapeutica. Se da un lato gli scopi della valutazione della psicoterapia sono ormai abbastanza condivisi (come dimostrano il numero crescente di articoli su riviste specializzate e lavori congressuali) c'è invece ancora molto da capire rispetto al modo in cui questa “efficacia” viene raggiunta. Per tale motivo la ricerca sull'*effectiveness* (cioè l'efficacia clinica delle psicoterapie nei contesti clinici quotidiani), è utile, nella misura in cui aiuta il terapeuta a mettere in luce il proprio procedere terapeutico, a migliorare la qualità del proprio lavoro, e quindi, a ridurre il rischio di iatrogenia che accompagna il lavoro clinico.



15.

La canzone come strumento terapeutico

di P. Postacchini

DUE TESTIMONIANZE

15.1

Meglio di qualunque altra introduzione “colta”, due testimonianze di operatori del settore possono aiutarci a spiegare le ragioni, e le motivazioni, che spingono all’utilizzo della canzone in un contesto terapeutico.

Nel diario dell’educatore musicale esperto, Giacomo Downie¹, si legge:

(23/2/1991) Era la seconda volta che mi trovavo coinvolto in un gruppo del genere, 17 persone anziane dal cui semplice aspetto esteriore trasparivano 17 situazioni e passati diversissimi. Mi rendevo conto di essere, bene o male, nelle vesti di “animatore”. Il mio obiettivo, per il momento, era cercare di cogliere “se e che cosa si può fare con la musica” in risposta ai bisogni espressi e non delle persone che mi stavano di fronte, eventualmente facendo emergere una domanda diretta di attività musicale. Seduti in cerchio, su sedie o su poltrone in una stanza non molto grande, parlammo di esperienze musicali passate come canto “casalingo”, frequentazione di cori amatoriali o della banda musicale, studi pianistici interrotti; parlammo della monotonia delle loro giornate, della mancanza di volontà o di capacità necessarie a intraprendere attività elementari come ascoltare un disco o semplicemente chiederlo, della voglia che qualcuno avrebbe avuto di “imparare la musica”. Lentamente s’insinuò in me l’impressione che le persone che mi circondavano si aspettassero qualcosa: mi stavano studiando. Sentii la mancanza di un non so che di aiuto per stabilire qualche forma di contatto fra me e loro unendo questo gruppo eterogeneo, forse un oggetto intorno al quale lavorare insieme.

Inaspettata giunse, sotto forma di una deliziosa canzone popolare, una risposta a questa situazione. Una delle persone presenti, che già si era fatta notare nel corso della conversazione, prese la parola. Era di statura piccola, aspetto curato, abbigliamento giovanile vagamente anni Settanta ed età indefinibile; chi si rivolge a lei la chiama “signorina Z...”. Ci disse di conoscere alcuni stornelli toscani: avremmo potuto cantarli formando un piccolo coro. L’idea raccolse il consenso di tutti, ma ciò che accese l’entusiasmo fu l’ascolto di una canzone dalla voce della signorina. Alcuni l’avevano sentita, altri cantata, addirittura c’era chi diceva di conoscere altre stro-



fe, il testo e il ritmo vivace divertirono tutti. Finalmente mi senti pienamente coinvolto, anzi direi quasi catturato dall'iniziativa che stava nascendo. Mettere insieme un coro e per di più lavorare non con materiale preconfezionato dall'esterno, ma con materiale vivo in loro che potevamo già definire nostro; avviare un'attività dove i partecipanti fossero i protagonisti assumendo piano piano sempre più responsabilità nella sua gestione e nella sua programmazione; che stupende prospettive per un intervento di animazione tesa a evitare quella "strategia dell'intrattenimento e dell'acculturazione" che tende a caratterizzare qualsiasi proposta destinata a riempire del tempo libero degli anziani.

In uno scritto di un esperto pedagogista della musica, Maurizio Spaccazocchi², si legge:

La musica, lo spettacolo sonoro che percorre la strada, che sosta sui loggiati e sulle piazze, che fa viaggiare nell'aria intense e colorate vibrazioni che durante il cammino scorrono sulle pareti delle case, sbattono su qualche balcone o scuotono i poco stuccati vetri di un'antica finestra del borgo. Questo giro di melodie, di armonia e di ritmi, sul selciato della città, quante e quali dimensioni umane e musicali sottende?

Ecco, questo è il compito primario del nostro intervento: tentare di definire, se non tutte, almeno qualcuna delle ragioni che possono indurre gli uomini a vivere situazioni musicali di strada, di piazza, all'interno di quell'auditorium che, architettonicamente parlando, ripercorre molti tracciati della nostra vita quotidiana.

Crediamo giusto dover iniziare con una definizione della musica che, in questo contesto, può essere da molti condivisa: la musica è, per molta gente, un vasto territorio per la manifestazione dei loro bisogni e per la realizzazione delle loro identità globali e musicali specifiche.

La musica che cammina tra i loggiati e attorno alle fontane, che si intrufola nei vicoli e dentro le porte e le finestre aperte, che si ferma nei cortili e nelle piazze, quale scopo primario ha se non quello di andare incontro alla gente per instaurare con essa un rapporto a "quattr'occhi".

Questo fare musica, che certamente può raccogliere al suo interno tanto i normali e sani bisogni di trasgressione dei comportamenti musicali ufficiali, quanto quelli altrettanto giusti e forse ancor più prioritari dettati dall'urgenza di risolvere il proprio sostentamento quotidiano, ha alla base dei valori che potremmo definire qualitativamente ricchi sul piano umano: la ricerca di contatto con l'altro, con gli altri; la disponibilità al rapporto fra gli individui superando il muro dei metri di valutazione sulla condizione culturale, economica, politica e religiosa; l'esaltazione spontanea dell'osservazione empatica e simpatetica fra gli individui grazie ai canali visivi, uditivi e sinestesici; la stimolazione ad intraprendere subito la strada dei decondizionamenti psicologici, fisici ed emotivi che questo palese approccio musicale invita a realizzare; saper vestire gli abiti di persone che sanno accogliere le più disparate personalità-identità musicali per poter, da queste, ricevere tutte le comunicazioni positive presenti nel loro essere in musica, in quel momento, in quel luogo, e con quelle determinate persone; saper vivere la musica non come un fine, ma come mezzo, per godere delle relazioni umane che può permettere d'istituire; dare fiducia agli altri, anche a quelli che a prima vista ci appaiono tanto diversi da noi; aprire la nostra mente al confronto dei diversi modi di interpretare la vita; imparare a par-



tecipare anche ai giochi della vita che i nostri genitori non ci hanno insegnato, ecc.

Queste e tante altre finalità, tendenti al miglioramento dei rapporti umani per mezzo della musica, si possono meglio conquistare in contesti che, come questo indicato, promuovono messaggi positivi nei confronti della vita, dove sono presenti le offerte della propria personalità, pur non essendo mai state dichiarate in parole. Infatti, i gesti, i contatti, gli sguardi, i sorrisi, i suoni, le coreografie motorie, parlano inequivocabilmente: siamo qua, tutti, uguali e diversi, con la musica, viviamoci!

No, non può essere certamente così facilitante, per questi rapporti, la messa in mostra di un'identità musicale colta, che non permette alcun coinvolgimento attivo da parte dell'ascoltatore. E, per lo sviluppo dei rapporti umani qualitativi, non è nemmeno facilitante quel contesto artistico che chiude la musica dentro le sale da concerto, come per dire alla gente: l'arte musicale è qua, se volete conoscerla venite voi!

LA CANZONE IN MUSICOTERAPIA E L'ESPERIENZA PRESSO L'OSPEDALE PRIVATO VILLA IGEA DI MODENA

15.2

È stato seguendo questi principi, e in parte modificandoli ed affinandoli nel corso degli anni, che ho impostato due esperienze di musicoterapia, attuate presso L'Ospedale Privato Villa Igea di Modena.

Tale attività si è svolta nell'arco di dieci anni ed ha interessato due reparti, il primo è il reparto 27, nel quale vengono ricoverati pazienti affetti da varie forme di dipendenza da sostanze e con doppia diagnosi. Questo reparto ha avuto varie trasformazioni, nel corso degli anni, a seguito delle evoluzioni e degli sviluppi nell'atteggiamento riabilitativo verso pazienti dipendenti.

La seconda attività si è svolta presso il day-hospital di questa stessa struttura, in cui sono ospitati pazienti sostanzialmente cronici, affetti da gravi disturbi di personalità, da psicosi, o, in qualche caso, anche pazienti con doppia diagnosi.

L'attività del gruppo di musicoterapia nel reparto 27 dell'Ospedale Privato Villa Igea di Modena è iniziata nel febbraio del 2000. Nel reparto sono ricoverati pazienti con "doppia diagnosi"³ i quali rientrano in una delle classi individuate da First e Gladis (1993). Si tratta cioè di pazienti affetti da un disturbo psichiatrico primario con tossicodipendenza secondaria (MICA); oppure da disturbo da uso di sostanza primario con disturbo psi-



chiatrico secondario (CAMI); oppure da disturbo psichiatrico primario con tossicomania primaria. Del gruppo hanno sempre fatto parte alcuni pazienti alcolisti. In questa sede non entreremo nella discussione di detta nosografia. In reparto sono ricoverati circa 20 pazienti e non tutti partecipano all'attività di musicoterapia. Un criterio selettivo prevede che i pazienti più disturbati, ad esempio quelli in fase di eccitamento maniacale o quelli particolarmente sofferenti per astinenza, non partecipino all'attività, così pure quelli appena ricoverati.

Il reparto è caratterizzato da un alto *turnover* di ricoveri e dimissioni e questo rende sostanzialmente impossibile poter contare su un gruppo stabile anche se, dopo l'estate, a seguito dell'affinamento del lavoro terapeutico e dei continui ripensamenti dell'équipe curante, è possibile contare su periodi di ricovero più lunghi e su una maggiore stabilità complessiva del gruppo dei pazienti. Il continuo ricambio degli stessi comunque rimane uno degli aspetti fondamentali.

All'attività hanno partecipato un medico psichiatra e musicista (Postacchini) in qualità di conduttore, la caposala e l'assistente sociale. Gli infermieri sono stati presenti in numero di uno o due, cambiando continuamente in considerazione dei turni di lavoro e quindi generalmente non hanno partecipato più di una volta al mese. Sempre dopo l'estate si sono aggiunti un infermiere psichiatrico in formazione e uno psicologo tirocinante. Il gruppo dei pazienti è risultato composto in media da 14 persone; in un'occasione vi sono stati solo sei pazienti, in altre si è giunti sino a 19, un numero troppo elevato. Si è pertanto deciso che il gruppo dei pazienti non superasse le 15 unità.

Il gruppo si è incontrato tutti i giovedì dalle 14.45 alle 16, orario scelto in considerazione delle esigenze di reparto, e va tenuto conto che molti pazienti hanno presentato problemi di sedazione per la recente assunzione della terapia.

I pazienti si dispongono seduti in cerchio, in una prima fase in una palestra esterna al reparto, e successivamente in una stanza, bene illuminata, collocata all'interno del reparto, dotata di sedie e di un apparato hi-fi. Quest'ultima sistemazione, anche se l'ambiente è più piccolo, si è rivelata più idonea per il contenimento dei pazienti, in quanto essendo collocata in reparto ha permesso una più facile organizzazione del lavoro da parte del personale.



L'attività è stata fondata soprattutto sull'ascolto, pur essendo disponibili strumenti a percussione che consentivano attività di tipo improvvisativo. Non sono stati utilizzati strumenti a fiato per ovvie necessità sanitarie essendo la maggior parte dei pazienti affetti da epatite A, B o C, sieropositivi o malati di AIDS.

L'attività ha conosciuto un'evoluzione importante che ci permette oggi di descriverla in tre fasi successive.

1. In una prima fase, che coincideva anche con il momento di recente apertura del reparto, la maggiore difficoltà è stata quella di farsi accettare dal gruppo dei pazienti e di non venire rapidamente espulsi, cosa peraltro già avvenuta con altri operatori in altre attività. In questa fase si è deciso di non utilizzare strumenti anche in considerazione dell'alto grado di aggressività dei pazienti e del conseguente pericolo. Il conduttore ha così cercato di lasciare spazio alle discussioni di gruppo sollecitate e stimolate dall'impiego di materiali musicali che gli venivano richiesti, in generale canzoni di repertorio hard rock o heavy metal, o in più di un'occasione portati dai pazienti stessi. Questa strategia da un lato ha consentito ad alcuni pazienti di emergere come leader, permettendo anche di cogliere una conoscenza e una specifica cultura del fatto musicale. Dall'altro lato ha collocato il conduttore in una posizione di sostanziale passività alimentata da vissuti controtransferali di tipo negativo, quali ad esempio il timore di un possibile scatenamento di risse tra i pazienti. Questo timore si è in effetti materializzato in due differenti occasioni: la prima per futili motivi legati a una incomprensione tra due pazienti, e comunque derivata da una forte preesistente tensione del reparto; la seconda in occasione di una forte discussione scatenata dall'ascolto di un brano dei Pink Floyd molto gradito da alcuni, ma inaccettabile per altri. Il fragile narcisismo e l'onnipotenza del gruppo, sono esplosi in questi momenti creando una forte e pericolosa tensione. Questa è stata anche la fase nella quale il ricambio dei pazienti era molto veloce al punto che da una settimana all'altra il gruppo poteva anche essere interamente cambiato. Nonostante le difficoltà esposte vi sono state sedute in cui sono emersi vissuti molto importanti, come ad esempio quella nella quale la scissione del gruppo si stava manifestando in una contrapposizione tra



pazienti del nord fautori di Vasco Rossi e pazienti del sud fautori di Pino Daniele. La scelta del conduttore è stata a questo punto di fare ascoltare “La canzone di Marinella” di Fabrizio De Andrè che ha provocato l’incanto di un ascolto estatico e rapito da parte di tutto il gruppo. Alla domanda se questa musica fosse del nord o del sud, un paziente meridionale, in posizione di leader ha risposto: “Questo è un poeta e piace a tutti” mettendo in questo modo tutti d’accordo.

2. La seconda fase si è verificata a ridosso dell’estate e in questo caso, sia per la maggiore stabilità del gruppo che per una maggiore tranquillità del conduttore, è stato possibile somministrare materiali di ascolto, di esclusiva presentazione del conduttore, sui quali far lavorare il gruppo evocando e chiarificando le emozioni determinate dall’ascolto, sino a raggiungere momenti di lavoro introspettivo anche profondo. Molto utile si è rivelato l’utilizzazione di brani ripresi dal repertorio klezmer e in particolare musiche del clarinettista Giora Feidman che hanno sollecitato una forte attivazione psicomotoria del gruppo, al punto che i pazienti, generalmente disposti seduti in cerchio, hanno accettato di ballare seguendo il ritmo della musica. In questa occasione molto importante è stato il ruolo delle pazienti donne che hanno svolto una funzione propositiva e propulsiva invitando gli uomini a cimentarsi nella danza, mentre questi ultimi onnipotenti a parole, sono rimasti esposti a una ben magra figura e a un evidente smacco. Le donne si sono poi arrangiate danzando tra di loro.
3. La terza fase si è sviluppata dopo un’importante riunione di équipe avvenuta agli inizi di dicembre. Dopo quell’incontro nel quale sono state esaminate alcune difficoltà connesse all’attività (quali ad esempio: la constatata maggior agitazione dei pazienti, che dopo l’attività chiedevano insistentemente agli infermieri la terapia al bisogno; una sostanziale non fluida informazione reciproca tra il personale del reparto e il conduttore dell’attività; alcuni atteggiamenti aggressivi del conduttore nei confronti del gruppo; una tendenza del conduttore ad accontentare le richieste musicali dei pazienti quasi fosse un disc-jockey, più che un atteggiamento volto a contenere tensioni e angosce) il lavoro ha assunto una differente fisionomia. Si è così più volte manifestata, attraverso la:



scoperta della sofferenza psichica, anche formalizzata in una struttura nosologica, la possibilità di cogliere come il dolore psichico si apra la sua strada, si costruisca il suo percorso dentro la persona, come arrivi a incontrare varie occasioni e differenti mezzi di occultamento disponibili nell'ambiente della cultura e socializzazione, come questo incida saldando pezzi prima sparsi, come ne derivi una nuova architettura mentale fondata sull'uso quotidiano e continuato della sostanza, come tutto si ridisponga a consentire la ripetizione dell'incontro con la sostanza, all'infinito, al fine di rinnovare un significato straordinariamente positivo di quella persona⁴.

Il lavoro pertanto si è mosso nella direzione di esplorare le tre direzioni proposte da Montanari (1999) e cioè “gli interventi del padre”, “gli interventi della madre”, “gli interventi dell’Io”. Fino a ora si è in particolare lavorato sul ruolo paterno e l’immaginario collettivo del gruppo è stato orientato e diretto a rappresentare attraverso l’ascolto di materiali musicali, una passeggiata con il proprio padre utilizzando materiali quali: “Des pas sur la neige” di Debussy, l’aria: “Madamina, il catalogo è questo...” del Don Giovanni di Mozart e l’aria “Non più andrai farfallone amoroso” delle Nozze di Figaro di Mozart. Queste arie in particolare hanno permesso di esplorare intensi ricordi infantili e vissuti di assenza o presenza terrificata della figura paterna o, in pochi casi, ricordi di presenze positive. In particolare le arie mozartiane hanno consentito l’esplorazione della seduzione sulla quale il gruppo si è a lungo soffermato. Il gruppo ha così potuto lavorare, anche con momenti di forte ironia e un importante lavoro introspettivo, sul differente significato della sessualità per l’uomo e per la donna e sulle proprie dolorose esperienze sentimentali. Anche in questo caso le donne hanno mostrato una maggiore capacità introspettiva e di elaborazione, mentre gli uomini sono rimasti più invischiati in posizioni di ostentata dimostrazione della propria virilità. In tutti i casi la scelta di repertorio non è più ora fortemente vincolata alla presenza o meno di materiale verbale, in lingua italiana o inglese, ma l’ascolto si muove indifferentemente verso le emozioni con musiche puramente strumentali o con materiali vocali. Ad esempio ugualmente intensi e fecondi in tal senso sono stati l’ascolto del secondo movimento della “Sesta sinfonia” di L.V. Beethoven (Scena presso il ruscello) o del “Magnificat” interpretato da Mina, in un riarrangiamento di canti gregoriani che è stato molto apprezzato, o del brano “Whiter Shade Of Pale” che nella interpretazione di Michael Bolton ha evocato intensi ricordi adolescenziali.



La caratteristica sostanziale di questo gruppo di lavoro è pertanto quella, dato il ricambio continuo dei pazienti, di dover essere pensato astrattamente come gruppo, e cioè come un contenitore di emozioni che comunque, una volta espresse ed in parte elaborate, possano lasciare una traccia che continua a circolare tra i pazienti e nel reparto e che costituisce ora l'idea del gruppo e l'identità di quest'attività⁵.

L'attività presso il day-hospital, della stessa struttura Villa Igea, ha seguito un andamento profondamente diverso dalla prima. I pazienti sono disposti seduti in cerchio, in una palestra (la stessa dell'altra attività) interna al reparto. La struttura conosce un *turn-over* di pazienti molto limitato; si tratta di degenti che, in alcuni casi, sono stati ospitati anche per un arco di diversi anni, e che quindi hanno conosciuto e vissuto lunghi percorsi riabilitativi.

Anche questa attività ha conosciuto diverse fasi di lavoro:

1. In una prima fase i verbali delle sedute di incontro venivano compilati da un infermiere, regolarmente presente, assieme all'assistente sociale, e che stava svolgendo una formazione in musicoterapia. Questo protocollo delle sedute costituiva poi un materiale per la supervisione dello stesso infermiere, supervisione che veniva attuata in un momento separato. In questa fase il materiale di ascolto musicale è, prevalentemente costituito da brani di musica leggera, era scelto a cura del conduttore.
2. In una fase successiva si è stabilito che i protocolli delle singole sedute venissero compilati dai pazienti stessi. In questa fase, i pazienti hanno preso l'iniziativa e da questo momento il materiale musicale è stato proposto pressoché esclusivamente dagli stessi. Le modalità di presentazione dei materiali sono state oggetto di varie elaborazioni: da un lato la maggioranza dei pazienti preferiva portare materiali che risultassero per loro piacevoli o comunque significativi, ma non necessariamente legati a momenti fondamentali della loro vita. Dall'altra parte una minoranza di pazienti prediligeva la presenza di materiali che fossero particolarmente indicativi, in questo caso si tratta di gravi disturbi di personalità, della loro situazione emozionale ed esistenziale.



Questa scelta ha costituito una svolta fondamentale nell'organizzazione del gruppo, in quanto la compilazione di questo materiale ha costituito un elemento di forte preoccupazione, oltre che di impegno, per i pazienti. Questi stessi, adducendo le più varie motivazioni, hanno manifestato frequentemente resistenze alla compilazione del materiale, ma su queste resistenze si è potuto sistematicamente lavorare. L'accordo era che, seguendo l'ordine alfabetico, tutti i pazienti dovessero compilare il verbale, riprendendo il giro una volta che fosse completato l'elenco degli stessi. Era poi cura del paziente, che aveva redatto lo scritto, leggerlo all'inizio della seduta successiva. In questo modo veniva steso un materiale che rimaneva stabilmente a disposizione per chiunque volesse consultarlo, oltre a essere fornita ai pazienti sia una memoria di quanto era accaduto, sia un'occasione per integrare o commentare quanto era stato scritto. In considerazione della gravità di alcuni pazienti a volte i protocolli sono stati redatti con estrema sinteticità, ma in altre occasioni vi sono stati elaborati estremamente significativi, approfonditi e accurati, anche da parte di pazienti per i quali il resoconto verbale diretto non sarebbe stato altrettanto ricco ed articolato.

3. Nella fase conclusiva dell'esperienza, per ragioni del tutto casuali e contingenti e non programmate, vi è stata l'occasione di poter procedere alla compilazione di una canzone il cui testo è stato elaborato dagli stessi pazienti e la musica scritta da un paziente musicista.

Anche questa fase è stata estremamente significativa e arricchente nel vissuto generale del gruppo. Il compositore è paziente dalla personalità estremamente difficile, meticolosa e puntigliosa al punto da dover richiedere più volte l'intervento stimolatore dei compagni per arrivare a una conclusione o comunque a una definizione della musica stessa. Il testo, estremamente significativo dal punto di vista della dinamica interna dei pazienti, è stato steso da uno degli stessi, conoscendo però il contributo anche di altri partecipanti.



Di seguito riporto il testo della canzone:

Impariamo a volare

(Fermata Fornaci)

Cosa bisogna dire, cosa bisogna fare
dove bisogna andare, per nascondere la paura,
scruta dentro te stesso e scoprirai che spesso
non sei la sola causa del malessere che hai.
I pregiudizi sono le catene di oggi
ci rendono prigionieri dei timori della gente
che ha paura del contatto con le diversità
temute persino dalla buona società.
Hai dormito sempre sonni tranquilli?
Non ti ha mai assalito un qualche perché?
Come quando un sogno tramontando che ha fatto trasalire
prima che il sogno successivo ti potesse assorbire.
Tanta strada ancora abbiamo da fare
a volte siamo pacchi da dimenticare.
Ci sono persone che ci vogliono aiutare
persone delle quali ci dobbiamo fidare.
La nostra sofferenza non è mica un problemino
da curare con ricette scritte in un cioccolatino.
E qui c'è un gran bisogno di molta comprensione
Non di quella religione che si chiama compassione.
Tanta strada ancora abbiamo da fare
a volte siamo pacchi da dimenticare.
Ci sono persone che ci vogliono aiutare
fidiamoci di loro e lasciamoci un po' andare.
Ogni essere umano ha diritto di star bene
senza impedimenti ostili e speculazioni di iene.
Star bene è un diritto non è una pretesa
che spicchi il volo chi sta male verso una mano tesa.

Dev'essere sottolineato che questa parte del lavoro è stata compiuta al di fuori del gruppo di musicoterapia, che continuava a svolgersi regolarmente il giovedì nell'ora designata.

È stata l'assistente sociale a curare direttamente il lavoro con i pazienti, con un lavoro d'integrazione, assimilazione e di precisazione di quanto avveniva, preoccupandosi di costruire un'esperienza di lavoro di gruppo. Si tratta quindi di un'evoluzione, di un'attività "collaterale" al gruppo di musicoterapia; il che costituisce un nodo dell'evoluzione emozionale e affettiva del gruppo stesso.

Il gruppo ha poi avuto l'opportunità di poter partecipare, dietro invito, a questa manifestazione. Si è trattato comunque di un'esperienza particolarmente intensa e difficile, costruita con grande perizia e pazienza da parte dell'assistente sociale, coadiuvata

con grande impegno dall'infermiera Franca Carretti. Molti pazienti, infatti, si sono trovati emotivamente in grossa difficoltà al momento in cui dovevano decidere di partecipare materialmente ad una manifestazione "all'esterno" e di una qualche risonanza in ambiente cittadino.

In questo modo il gruppo di musicoterapia ha finito per assumere un carattere che, per molti versi, si accosta a quello della "Corale Claudio Cavallini", costituita da Claudio Cavallini in anni ormai lontani e attiva presso le strutture della Ausl di Modena.

NOTE

1. Downie, 1996, pp. 38-42.
2. Spaccazocchi, 1994, pp. 61-4.
3. Rigliano, Miragoli, 2000.
4. *Ibidem*.
5. Lecourt, 1993; Grinberg, Grinberg, 1976.



Gli autori

Elisa Carmagnini

Psicologa, psicoterapeuta libera professionista, Firenze.

Gabriele Caselli

Psicologo, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Studi Cognitivi, Modena.

Fabiola De Clercq

Fondatrice e presidente Associazione Bulimia Anoressia (ABA).

Corrado De Rosa

Psichiatra, psicoterapeuta, dottorando di ricerca, Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN; Coordinatore Nazionale giovani psichiatri, Società Italiana di Psichiatria (SIP).

Valeria Del Vecchio

Psichiatra, psicoterapeuta, dottorando di ricerca, Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN.

Fabrizio Didonna

Psicologo, psicoterapeuta, presidente dell'Istituto Italiano Mindfulness (ISIMIND), vice-presidente dell'Associazione Italiana Disturbo Ossessivo Compulsivo, Coordinatore del Servizio per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore, Casa di Cura Villa Margherita, Arcugnano (VI).

Andrea Fiorillo

Psichiatra, psicoterapeuta, Ricercatore universitario nel Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, presidente Early Career Psychiatrists Committee, European Psychiatric Association (EPA).

Domenico Giacco

Specializzando in psichiatria, dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN, presidente European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT).



Gian Paolo Guaraldi

Professore Emerito di psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia.

Furio Lambruschi

Psicologo, psicoterapeuta, Neuropsichiatria infantile, AUSL Cesena; condirettore Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva; docente Scuola di specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Siena.

Mario Luciano

Specializzando in psichiatria, Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN.

Nicola Marsigli

Psicologo, psicoterapeuta, Istituto di psicologia e psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, Firenze.

Alessandro Pace

Psicologo, psicoterapeuta, dottore di ricerca, Casa di cura "Le Betulle", Appiano Gentile (CO) e Centro Psico-Sociale dell'Azienda Ospedaliera di Pavia.

Maurizio Pompili

Psichiatra, psicoterapeuta, ricercatore universitario, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Centro per la Prevenzione del Suicidio, Ospedale Sant'Andrea, Università di Roma "Sapienza"; McLean Hospital-Harvard Medical School, USA.

Piero Porcelli

Psicologo, psicoterapeuta, U.O. Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale De Bellis, Bari.

Claudia Prestano

Psicologa, psicoterapeuta, ricercatore universitario, Università di Messina.

Furio Ravera

Psichiatra, psicoterapeuta, fondatore e Direttore Sanitario Centro per lo Studio e la Terapia dei Disturbi della Personalità (CREST), Milano.



Daniela Rebecchi

Psicologa, psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Studi Cognitivi, Modena; Direttore Struttura Organizzativa Complessa, AUSL Modena.

Gianluca Serafini

Psichiatra, psicoterapeuta, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso Centro per la Prevenzione del Suicidio, Ospedale Sant'Andrea, Università di Roma "Sapienza".



“Ma la vera intuizione, da parte di Palmieri e di Grassilli, è che la musica, meglio, la canzone, sia un mezzo fantastico, a poco prezzo, per creare empatia, per suscitare partecipazione: sono pronto a scommettere che queste canzoni, orecchiabili, a volte persino ballabili, riuscirebbero a muovere emozioni anche in chi non fosse particolarmente interessato a indagare la condizione esistenziale propria e altrui e che ‘Mio fratello’ e ‘Abbi cura di te’ non sfuggirebbero in nessuna hit parade.

La malattia mentale è ancora oggi, purtroppo, un tabù, e alcune patologie sanno suscitare nient’altro che sospetto, diffidenza, paura, anche se certi vissuti sono solo apparentemente distanti e lontani da quelli dei cosiddetti ‘normali’. E pensare che basterebbe sentir suonare una canzone per ritrovarsi a cantare insieme, a sdrammatizzare, a condividere.”

(Francesco Guccini)

“L’idea di realizzare un ‘Manuale di psicopatologia cantata’ è nata dall’intenzione di ‘trasformare’ la nostra professionalità e le nostre conoscenze in canzoni, nel tentativo d’integrare il mondo musicale con la complessità del sistema psichiatria/sofferenza mentale, a cui diamo il nome di ‘psicomondo’ [...] La canzone, attraverso il testo, la musica e l’interpretazione, ha il pregio dell’immediatezza, della sintesi estrema, e del forte potere comunicativo. Difficilmente in quattro minuti si riesce a spiegare la complessità di certe situazioni esistenziali, ma riteniamo che la canzone possa rappresentare una piccola provocazione, stimolare discussioni sull’argomento, soprattutto infrangere quel muro d’indifferenza e talvolta di ostilità (il cosiddetto stigma) che si erge intorno alla malattia mentale.”

(Gli autori)

Gaspare Palmieri è psichiatra, psicoterapeuta, dottore di ricerca in psicobiologia dell’uomo, cantautore. Svolge l’attività di psichiatra presso l’Ospedale Privato Villa Igea di Modena. È autore di 19 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali di psichiatria e psicoterapia. Come cantautore ha autoprodotta nel 2008 il suo primo CD “Cervello in fuga” ed è stato finalista al Musicultura Festival (edizione 2009) con il brano “Mio fratello”.

Cristian Grassilli è psicologo, psicoterapeuta, musicoterapeuta, cantautore. Svolge attività libero professionale a Bologna come psicoterapeuta e musicoterapeuta, collabora con diverse associazioni del territorio in progetti di prevenzione, formazione e integrazione scolastica con l’utilizzo della musica. È tra i vincitori del Musicultura Festival (edizione 2008) con il brano “Sotto i portici di Bologna”, contenuto nel suo primo CD “Io promo” (2007).

Euro 28,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-189-5



9 788861 531895