

# Musica e Alzheimer

di Mariapia Baroni

## Scheda 9

Educatrice professionale, musicoterapista

Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi, AUSL di Reggio Emilia, Albinea

E-mail: mariapia.baroni@ausl.re.it

### TUTTE LE ARTI HANNO UNA VIS SANANDI TANTO CHE OGNUNO DI NOI NE HA FATTO ESPERIENZA NELLA VITA QUOTIDIANA.

**C'è chi si rivolge al teatro, al cinema, alla poesia; chi a forme grafico pittoriche, chi ad ascolti musicali. Ogni età ci apre a nuove sensibilità. Pensiamo a quanto siamo intolleranti rispetto a certe musiche, perché non le conosciamo, perché non ci appartengono, perché non ci rispecchiano e non sono consonanti al nostro sentire. D'altronde la persona è ciò che per-sòna: fa risuonare attraverso se stessa le esperienze, le percezioni del mondo.**

**La musica è l'arte del tempo**, così come la pittura e la scultura lo sono dello spazio.

Cosa significa essere arte del tempo in persone portatrici di deficit preminentemente legati alla cancellazione del tempo, del ricordo, della traccia che le esperienze di vita hanno lasciato dentro di loro? Esistono differenti ipotesi su cosa sia la memoria. Un'ipotesi la definisce come una struttura "data" quasi anatomica, topica; altre ipotesi - a mio avviso più persuasive - la definiscono come un continuo divenire, una struttura fluida fatta di continue cancellazioni e ricostruzioni. Noi non possediamo quindi "dati certi" ma solo i ricordi dei ricordi, in un continuo divenire.

Per dirla con le parole del poeta...

#### Ritorno

Sono tornato là  
Dove non ero mai stato.  
Nulla di come non fu è mutato

Giorgio Caproni

O ancora

"Non c'è il Tutto, non c'è il Nulla.  
C'è solo il non c'è".

Giorgio Caproni

Fatta questa premessa possiamo entrare nel merito di ciò che si può intendere come musicoterapia. Esistono differenti approcci e tecniche. Tuttavia lo spartiacque principale è fra chi concepisce l'intervento musicoterapico con al centro la musica e chi con al centro la relazione.

Esistono approcci musicoterapici che ritengono sia la musica in se stessa a curare, una sorta di molecola sonora che introdotta nell'organismo risana (es.: il metodo Tomatis): a seconda delle patologie vengono selezionati i brani musicali; esistono protocolli e procedure predefinite, sono utilizzate apparecchiature molto specifiche (come l'orecchio elettronico).

Altri invece (Benenzon, Alvin, Lecourt) pensano la musica come un mezzo per entrare in relazione con persone che hanno difficoltà a comunicare con altri strumenti.

La musica, in quanto **linguaggio non verbale**, consente comunicazioni interpersonali attraverso la mediazione, l'"ancoraggio" corporeo.

Non c'è suono senza gesto, non c'è suono senza movimento, non c'è suono senza danza e viceversa. Il primo suono percepito è il movimento del cuore che si fa battito e che nella vita intrauterina si fa pulsazione ritmica, ossia tempo.

In questo senso la musica (nella sua accezione più ampia di suono) è ciò che attiva il movimento (che ciascuno di noi secondo le sue capacità può dare): un sorriso, un abbraccio, un ballo, un verso

gutturale, una sonata di Beethoven.

In questa seconda ipotesi non esistono musiche definite apriori, ma vanno ricercate le musiche del cuore per ogni persona, per ogni paziente. È quello che i musicoterapisti chiamano ISO (identità sonoro-musicale) fatta non solo dal background musicale pregresso, ma da tutto ciò che è percepito come fonte di piacere e di benessere, di attivazione psicomotoria o, al contrario, di rilassamento (a seconda degli obiettivi che ci si pone per i pazienti).

Ciò che preme sottolineare è che il suono, per il suo potere di rintracciare ricordi (è l'arte evocativa per eccellenza), va somministrato con cura. **Meglio un buon silenzio piuttosto che una musica "sbagliata" (una stazione radio che perde il segnale ed entra in interferenza con altre stazioni producendo per un tempo prolungato un fastidiosissimo grasp, una televisione accesa per ore - trattamento per idioti direbbero gli inglesi!).**

Se pensiamo alle prassi nelle comunità di assistenza dei nostri anziani vedremo che questi atteggiamenti sono spesso presenti, così come nelle case la televisione sempre accesa come una sorta di nuovo focolare domestico.

**Occorre fare attenzione al volume** (in musica si chiama intensità): se è troppo basso crea un rumore di sottofondo fastidioso, perché non percepito come suono ossia con i suoi aspetti melodici e armonici, ma se troppo forte può produrre malessere e anche dolore.

**Occorre fare attenzione** a ciò che i fonici chiamano "transitori di attacco" cioè **all'esordio** della musica (ad es. partire con una "scampanata" è differente che partire con un suono di violino). Non è "più giusto" l'uno o l'altro, ma è certo che le emozioni attivate sono differenti. Un consiglio è quello di partire con volumi soft per raggiungere gradualmente volumi più intensi.

Infine, in ogni casa e istituzione c'è una **sonorità di fondo**. Dobbiamo porre attenzione allo sbattere

di porte e carrelli, ai toni di voce e rumori improvvisi, incomprensibili per chi ha forti deficit (come nel caso di persone affette da Alzheimer); esattamente come faremmo con un neonato.

Rispetto al **repertorio musicale**, come già detto più sopra, varia moltissimo da persona a persona. Lirica, classica, sinfonica, operetta, colonne sonore, jazz, canzoni (popolari, di lotta, "della radio", generazionali: anni '50-'60-'70 ecc.). Va tutto bene purché sia un repertorio gradito e il tempo di somministrazione sia adeguato alle capacità di ascolto.

Una differenza da segnalare è fra la somministrazione al paziente di un repertorio conosciuto ed uno non conosciuto, nuovo.

Una **musica conosciuta** può avere in sé elementi di prevedibilità, dunque di probabile rilassamento; **viceversa una musica mai sentita**, essendo meno prevedibile, potrebbe accentuare l'inquietudine. L'uso del condizionale in questo campo è doveroso, poiché sappiamo che esistono musiche mai ascoltate che sviluppano strutture molto ri-tornanti, prevedibili, fino a indurre stati pseudo-ipnotici; ma al contempo è noto che basta sovrapporre il suono di due carillon per far nascere un brivido da film horror.

Per ciò che riguarda le **canzoni** possiamo dire che hanno strutture differenti: a seconda che ripetano il ritornello, la strofa, la parte terminale della strofa, ecc. (struttura a-b-a, a-b-c) si possono produrre stimolazioni differenti sulla memoria.

Va segnalato infine che con pazienti molto compromessi, la sola fonte sonora, anche quando si tratta di canzoni molto conosciute, è insufficiente a creare un focus di attenzione; occorre la mediazione dell'operatore o del familiare che, attraverso il contatto oculare, il rispecchiamento labiale, la vicinanza fisica, faciliti il recupero del ricordo.