



ACCADEMIA MUSICALE PESCARESE

L.U.M.E.N.A.®

LIBERA UNIVERSITA' MEDICINE NATURALI E ARTITERAPIE

FACOLTA' DI MUSICOTERAPIA

TESI

**TRATTAMENTO MUSICOTERAPEUTICO
DEL "FOLLE REO" METODI E RISULTATI**

RELATORE

Prof. FABIO TRIPPETTI

CANDIDATA

VINCENZA GALLO

ANNO ACCADEMICO 2002/2003

RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento al prof. Fabio Trippetti, che, in qualità di Direttore della Scuola Internazionale di Musicoterapia dell'Accademia Musicale Pescarese, svolge con grande impegno, continua e appassionata opera di promozione scientifica e culturale.

Un doveroso riconoscimento al Dott. Luigi Carizzone maestro del mio percorso con i pazienti psichiatrici.

Si ringraziano inoltre il Prof. Adolfo Ferraro, Direttore e il Dott. Salvatore De Feo, Vice Direttore dell' O. P.G., alla cui fiducia ed incoraggiamento devo molto, il personale di Polizia Penitenziaria, i ricoverati e tutti coloro che hanno contribuito con pazienza, partecipazione e sensibilità a rendere possibile tale progetto.

A mia figlia Norma

Eterno pianto
(. . .e i baci di lei non placano l'angoscia)

Pianse d'amore e di dolore

**quando nacque,
e sul capo il primo bacio
pose la madre.**

**Si leva un pianto,
la notte,
agghiacciante, silente . . .**

**E' il poeta di turno
che cerca Dio
dietro l'amore, dietro la guerra,
dietro il padre, dietro la madre.**

**Si leva un pianto, la notte,
angosciato, disperato: E' l'uomo.**

Antonio N

(ricoverato dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario)

Prefazione

La presente tesi è costituita dalla documentazione di un lavoro di studio effettuato presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa dal Dott. L. Carizzone e da me. Lo scopo dello studio, tutt'ora in corso, è rilevare i meccanismi psicopatologici che scattano nei casi in cui si verifica un cattivo controllo degli impulsi inducenti al reato e quanto la musica, in questi casi, possa essere efficace. Lo studio è in asse col progetto obiettivo per la tutela della salute mentale che tratta della deospedalizzazione degli O.P.G. con progetti terapeutici e riabilitativi per il reinserimento dei pazienti nel tessuto sociale.

Le modalità d'intervento sono state l'integrazione tra psichiatria e musicoterapia, in un arco di tempo di sei mesi con incontri settimanali.

L'aspetto musicoterapeutico si è svolto con diverse tecniche: musicoterapia in tempo reale, musicoterapia immaginativa-simbolica, musicoterapia attiva corporeo-sistemica, musicoterapia isomorfica e test musicali.

La novità e la diversità dello studio e degli strumenti utilizzati è quella tendente a slatentizzare i vissuti sofferenti (nucleo psicopatologico di fondo), che il paziente spesso tende a tenere sottocelati per un'omeostasi patologica.

Viceversa sia la musicoterapia che agendo a livello inconscio impegna la persona nella totalità e individualità, intervenendo sulle sfere del Sé in modo costruttivo, integrativo ed evolutivo, sia i colloqui psichiatrici ad impostazione sistemico-relazionale e sia i test di Rorschach, Luscher e Musicoterapeutici (sonoro-uditivo), hanno avuto un'unica tensione: indurre il cambiamento terapeutico.

Nei colloqui sia musicoterapeutici che psichiatrici sono stati studiati gli eventi, le storie familiari, le relazioni disfunzionali e le relazioni a corto circuito, ottenendo una lettura olistica del paziente e una ridefinizione della situazione patologica.

Vincenza Gallo

TESI

IL TRATTAMENTO MUSICOTERAPEUTICO

DEL “FOLLE REO”: METODI E RISULTATI

INTRODUZIONE

LA MALATTIA MENTALE: CENNI STORICI

La malattia mentale ha avuto un’evoluzione completamente diversa da quella fisica. Il medico ha sempre avuto difficoltà nel diagnosticare la realtà della patologia psichica, oggi, grazie all’evoluzione della psichiatria, se ne ha un quadro più chiaro.

Lo studio del folle è stato così attribuito, nel corso dei secoli, a stregoni, guaritori, sacerdoti; e sono state necessarie due vere e proprie rivoluzioni per sancire un diverso atteggiamento nei riguardi di questa patologia.

Nell’antichità classica sono già riconoscibili diverse concezioni del malato mentale.

Assai diffusa è la concezione “religioso-demoniaca”, basata sull’origine sovranaturale della pazzia, interpretata ora come possesso da parte di divinità maligne (è il caso degli Egizi) ora, invece, come punizione divina (presso gli Ebrei e i Greci).

La tradizione omerica e teurgica: l’uomo è colpito dalla pazzia perché gli dei gli tolgono la ragione. D’altra parte, però, l’influsso divino trasmesso al folle infonde capacità mistico-magiche ed ecco che alcuni malati di mente vengono scelti per interpretare e guarire malattie, come le Pizie dell’oracolo di Delfi.

Un secondo filone culturale “etico-filosofico” nasce con Socrate e i Sofisti.

Platone scrive che gli empi devono essere rinchiusi per almeno cinque anni nei sofronisteri, speciali istituti in cui si diventa saggi.

Testimonianze con cui già nell'antichità il malato di mente viene riconosciuto come tale sono la prime proposte di interventi chirurgici.

Già gli Indù consideravano le malattie mentali una sorta di ottenebramento cerebrale, classificandole in cinque forme diverse. Ma è solo con le prime speculazioni fisiologiche dei filosofi del VII-VI sec. a.C. che si giunge ad una visione unitaria dell'uomo e quindi ad una interpretazione biologica della malattia mentale come espressione di un processo dismetabolico.

Questa concezione ispira l'opera di Ippocrate e Galeno, tanto che l'elleboro, una ranuncolacea, che la tradizione vuole utilizzata per curare Ercole dalla pantoclastia, viene consigliata da Ippocrate per la cura della malattie mentali.

Con la crisi politica e sociale del mondo greco e romano prende il sopravvento la corrente mistico-demonologica intrecciatesi con influssi provenienti dalla dottrina cristiana. Nel corso dell'intero Medioevo i malati mentale, accusati di connubio col Diavolo, vengono bastonati a sangue, torturati, condotti al rogo.

Nel 1486 viene addirittura codificata una "semeiotica demonologia" degli indemoniati nel *Malleus maleficarum* (martello delle streghe), steso dai domenicani Spenger e Kramer su richiesta di Innocenzo III come manuale per l'identificazione e il progetto delle streghe.

Paradossalmente, però, nella stessa epoca divengono oggetto di tentativi di assistenza umanitaria e caritatevole, tanto in Occidente, da parte di organizzazioni monastiche (S. Alessio) o caritatevoli (passerella a Roma), che nei paesi musulmani, all'interno di strutture preposte all'accoglienza di persone indigenti o ammalate psichicamente (Bagdad).

Soltanto nel Rinascimento, col fiorire dell'interesse delle scienze naturali, ed in particolare per gli studi anatomici e fisiologici (Scuola Salernitana), riemerge la corrente medico-naturalistica.

I pionieri di questa "rivoluzione" sono Paracelso e Meyer, che per primi ammettono l'esistenza di malattie mentali di origine non sovranaturale.

Successivamente, nel XVIII e XIX sec., Morgagni, Valsala e Chiarugi in Italia prendono in considerazione la pazzia come malattia cerebrale, che come tale deve essere curata.

Chiarugi trasforma nel 1793 il convento di San Bonifacio a Firenze in ospedale e si schiera a favore di un trattamento terapeutico per i malati mentali.

Nuovi mutamenti culturali sono, tuttavia alle porte: nello stesso anno in Francia, Pinel, liberando dai ceppi i folli a Bicêtre, si rende interprete delle esigenze di rinnovamento propuguate dalla classe borghese in ascesa che informavano l'Illuminismo e che avrebbero portato alla Rivoluzione Francese.

L'affermazione del libero arbitrio, infatti, mal si concilia con la permanenza in strutture detentive in cui pazzi e criminali vengono accomunati sulla base di pregiudizi non vagliati dai "lumi della ragione".

Alla concezione settecentesca ad indirizzo giuridico deduttivo si contrappone così, nel XIX secolo la scuola positivista, fondata sulla fedeltà del metodo sperimentale-induttivo nella comprensione della personalità patologica e nella terapia delle manifestazioni devianti. La criminalità viene considerata una malattia mentale dell'individuo, biologicamente determinata (Lombroso): le carceri diventano centri d'indagine anatomico-patologica, luoghi di sperimentazione terapeutica. Nello stesso periodo tuttavia, dalle ricerche statistiche sulle manifestazioni comportamentali nasce il concetto del determinismo ambientale: il libero arbitrio di ciascuno scompare se esaminato su scala sociale, giacché proprio

nella società sono insite le ragioni profonde del comportamento umano, anche di quello devianti. Da questa deresponsabilizzazione del singolo derivano due contrapposte correnti di pensiero, la moralistica e la marxista.

Con l'inizio del XX secolo si assiste ad una seconda fondamentale "rivoluzione" nell'approccio alla malattia mentale.

Viene messo in discussione il concetto positivista di "entità" anatomico-clinica morbosa, accettando la possibilità di eziologie diverse per un medesimo quadro sindromico.

In questa nuova dimensione un ruolo fondamentale giocano le teorie di Freud sul dinamismo dell'attività psichica nella determinazione dei quadri comportamentali. Questi mutamenti dottrinali determinano una diversa concezione dell'ospedale psichiatrico, non più luogo di isolamento per individui rifiutati dalla società, ma sedi elettive per il trattamento di patologie che risultano guaribili.

Nell'ambito del XX secolo l'approfondimento e l'integrazione degli indirizzi biologico-naturalistico, sociale e psicologico-psicanalitico hanno condotto a protocolli terapeutici che prevedono un intervento combinato; farmacologici, psicoterapeutico e socio-ambientale. Questo comporta una diversa interpretazione della struttura terapeutica psichiatrica, abolita in quanto tale a favore di un decentramento territoriale che renda possibile la prevenzione a vari livelli, la cura in senso stretto e la riabilitazione del malato mentale.

ALLE ORIGINI DEL MANICOMIO CRIMINALE

“Si può discutere a lungo da un lato e dall’altro sulla teoria della pena, ma in un punto ormai tutti convengono: che fra i delinquenti e quelli creduti tali, ve n’ha molti che, o sono, o furono alienati. Per cui la prigione è un’ingiustizia, la libertà un pericolo, e a cui mal si provvede da noi con mezze misure che violano ad un tempo la morale e la sicurezza”.

Con queste parole Cesare Lombroso, nel 1872 affrontava la questione del delinquente folle ed apriva un dibattito che qualche anno dopo avrebbe condotto alla creazione del manicomio criminale, un istituzione in grado di risolvere, secondo i promotori di essa, la complicata questione della destinazione dei delinquenti folli, categoria difficile da gestire nelle carceri, ma che non trovava una soluzione adeguata neppure nei manicomi civili.

Cesare Lombroso, fondatore della Scuola di Antropologia Criminale, e convinto assertore del determinismo biologico e costituzionale della delinquenza, guardava agli esempi inglesi ed americani come modelli cui il Regno D’Italia avrebbe dovuto ispirarsi per attuare una politica di “difesa sociale” dei malati di mente autori di reati.

Il primo istituto ad accogliere folli criminali fu l’Asilo di Bedlam, in Inghilterra, dove nel 1786 venne aperto un comparto speciale al ricovero dei rei folli. Fu proprio l’Inghilterra il primo paese a disciplinare con legge la materia dei delinquenti folli, specificando minuziosamente la categoria di soggetti che avrebbero dovuto essere i destinatari dei provvedimenti di ricovero in questo tipo di istituto.

In Francia dove tutti i folli, indistintamente venivano mandati nel famigerato manicomio di Bicêtre, nel 1876 fu istituita un’apposita sezione per pazzi criminali alle dipendenze delle Carceri centrali di Gaillon.

Negli Stati Uniti il primo manicomio criminale fu istituito ad Auburn (New York) nel 1855, seguirono quello del Massachusetts e quello in Canada.

In Italia il problema della destinazione dei soggetti responsabili di reati e riconosciuti infermi si pose, con l'avvenuta unificazione del Regno. Il problema era quello di regolamentare in maniera uniforme le diverse realtà degli Stati Italiani. Con l'emanazione del Codice Penale sardo, entrato in vigore nel 1859, che affrontava per la prima volta il problema dei folli, veniva riconosciuta loro la non imputabilità avendo commesso il reato in stato d'assoluta pazzia.

I PRESUPPOSTI CULTURALI E GIURIDICI

Nella seconda metà del XIX secolo in Italia due Scuole si contendevano il primato nella definizione di fondamenti del sistema penale, vale a dire i concetti di reati e di pena. Da un lato la Scuola Classica secondo la quale la pena ha il fine di riparare all'offesa procurata alla società dall'azione del reo, quindi la personalità del reo in quanto tale non è oggetto d'analisi da parte dei giuristi della Scuola Classica che credono nel libero arbitrio dell'uomo, nell'assoluta libertà di scegliere tra il bene e il male. Sul fronte opposto si schierava la Scuola Positiva che, sulla base degli studi di Cesare Lombroso sull'innativismo della delinquenza e, soprattutto sotto la spinta della nuova disciplina della Sociologia Criminale, per la prima volta pone il problema della responsabilità del reo, considerato nelle sue anomalie biologiche e psichiche, e la creazione di una politica criminale finalizzata alla difesa sociale.

L'esigenza di istituire anche in Italia appositi istituti di cura e custodia dei delinquenti folli diventa quindi un punto nevralgico dell'Antropologia Criminale che individua nelle cause della delinquenza innanzitutto uno stato patologico: il crimine è dunque una malattia e in quanto tale la cura deve essere affidata alla medicina. Nel 1874 infatti Gaspare Virgilio, medico primario del manicomio civile di Aversa così scriveva in proposito:

“... potendo la tendenza a delinquere essere niente altro che uno stato morboso (il che ci studieremo dimostrare) è di fatto dovuto in gran parte alla medicina l'applicarvi rimedi, qualora sia in grado di apprezzarne la natura delle cause”.(1)

Se l'individuo delinquente è portatore di uno stato morboso, affetto da “tutti quei caratteri dell'ordine fisico, intellettuale e morale dei quali il delinquente possa venir classificato nella categoria di quegli individui che rappresentano una

deviazione morbosa del tipo umano”,(2) ciò consente, nell’ottica degli alienisti, di stabilire un legame tra i delinquenti e i folli,

“i quali indiscutibilmente vano ritenuti quale una degradazione morbosa della specie”.(3)

Stabiliti i punti di contatto tra il delinquente e il folle, si pone il problema di differenziare le due categorie al fine di stabilire il rimedio per i danni arrecati alla società dei soggetti che vi appartengono e si giunge alla conclusione che sia la delinquenza che la follia sono stati morbosi dell’individuo e che entrambe disturbano l’equilibrio sociale, l’esigenza primaria e la difesa sociale; pertanto, il carcere per i delinquenti e il manicomio per i folli sono da ritenersi la giusta medicina per la cura di affezioni patologiche.

Le statistiche criminali e lo studio delle caratteristiche antropometriche sui soggetti detenuti nelle varie case di pena e di custodia per adulti e per minori consentono a Virgilio di poter affermare che essi avrebbero trovato una migliore collocazione nei manicomi. E’ il caso ad esempio di un giovane di diciotto anni, sottoposto all’attenzione di Virgilio dal direttore dell’orfanotrofio maschile di Aversa; l’alienista riporta i dati antropometrici e alcuni difetti di conformazione del soggetto e così lo descrive:” la fronte sfuggente, il naso schiacciato e diretto in su, leggero prognatismo delle mascelle. Il grado di intelligenza è minimo, scarsissima la suscettibilità alla istruzione. Condotta buonissima meno la incorreggibilità al furto; per la quale è divenuto quasi l’abominio dei compagni d’istituto, il che lungi dal correggerne la tendenza ne ha solo modificato il carattere, perché divenuto cupo, malinconico, senza dire che l’ha denutrito e deperito nel fisico. Molti individui di questo genere io credo sarebbero meglio allocati nei manicomi; i quali di presente popolano le prigioni con grave danno alla società che ha diritto di essere garantita nei suoi individui e che resterebbe

presto o tardi compromessa da costoro, quando, espiato il carcere, non saprebbero alla prima occasione resistere alla loro malvagia natura”. (4)

Nell’ottica di Virgilio, e di molti esponenti della Scuola di Antropologia, l’attività di profilassi criminale si sarebbe quindi potuta estendere a tutti quei soggetti di anomalie fisiche, per i quali era possibile presumere con rilevante certezza lo stato morboso di delinquenza e follia. Per questi individui il manicomio (o, in alternativa, appositi asili) avrebbero funzionato come valido strumento di difesa.

Dalle statistiche delle carceri del Regno d’Italia emergono casi d’insorgenza della patologia psichiatrica durante il periodo detentivo, da questa statistica, sintetizzata dal Dott. Arrigo Tamassi della Reggia Università di Pavia (5) risulta che, l’età in cui si è manifestata maggiormente la pazzia corrisponde alle fasce di 21-30 anni segue poi la fascia 31-40 anni; la classe maggiormente colpita dalla pazzia è quella contadina; infine, dalla statistica emerge la particolarità che i celibi impazziscono più degli ammogliati, al punto che, secondo Tamassia “questi dati confermano ancora l’influenza vantaggiosa del matrimonio per ciò che riguarda lo sviluppo della pazzia.” (6) I dati sulla presenza di detenuti alienati fanno invocare all’autore, la necessità di istituire i manicomi criminali per quei soggetti bisognosi di assistenza particolare, liberando così i manicomi da presenze che portano scompiglio e le carceri da quei soggetti che senza avere tutti i caratteri dell’alienato, lasciano incerti circa la loro degenerazione morale i magistrati e i medici.

Ad Aversa (Napoli) nasce la “sezione per maniaci”

L'intenso dibattito apertosi con l'antropologia criminale, che aveva coinvolto i maggiori rappresentanti della nuova scienza, gli esperimenti d'oltralpi cui si faceva riferimento, la drammatica condizione delle carceri del Regno dove promiscuità e affollamento la facevano da padroni aveva evidenziato l'urgenza dell'apertura dei manicomi criminali.

L'attuazione dei manicomi criminali rappresentava la vittoria della Scuola Positiva sulla Scuola Classica, e avrebbe significato l'affermazione della delinquenza come malattia e della pena come cura.

Il delinquente è quasi sempre un anomalo o un ammalato, era il principio guida degli antropologi, dei clinici, dei filantropi di fine secolo e, in quanto tale deve essere oggetto di custodia e di cura e non di semplice repressione.

Nel 1908 Filippo Saporito, direttore del manicomio criminale di Aversa esultava: "il manicomio criminale è il policlinico della delinquenza e sotto questo aspetto esso costituisce uno dei maggiori vanti della nostra Nazione"(7) ma Lombroso, nel 1903, non aveva esitato a definire il medesimo istituto "un manicomio criminale che potrebbe chiamarsi una immensa latrina"(8)

Nel 1876, il direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, Martino Beltrani-Scalia, con la collaborazione di Gaspare Virgilio, dal 1867 chirurgo delle case penali per invalidi di Aversa, con un semplice atto amministrativo inaugurò "la sezione per maniaci" (9) presso l'antica casa penale per invalidi di Aversa situata nell'antico convento cinquecentesco di San Francesco di Paola. La sezione accolse un primo nucleo di diciannovenni pazzi criminali provenienti dalle carceri, poi seguirono quelli provenienti dagli ospedali psichiatrici civili. Così nacque il primo manicomio criminale attuale Ospedale Psichiatrico Giudiziario "F.Saporito".

Seguiranno poi Montelupo Fiorentino (Firenze), Reggio Emilia, Sant'Eframio (Napoli), Barcellona Pozzo Di Gotto (Messina) e Castiglione Delle Stiviere (Mantova).

Questi luoghi nell'arco del tempo saranno testimoni di sperimentazioni medicoscientifiche, collusioni, interessi privati di coloro che gestiscono gli istituti e favoritismi verso alcuni tipi di detenuti.

Note:

- 1) G. Virgilio “Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delirio e delle sue analogie con le malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei condannati invalidi e nel Manicomio muliebre di Aversa pel Dott. G. Virgilio”, in rivista di discipline carcerarie, anno IV°, 1874 pagina 382.
- 2) Op. cit. p. 384
- 3) Ibid
- 4) Op. cit. pag. 501
- 5) Arrigo Tamassia “La pazzia dei criminali italiani” in rivista carceraria, anno IV° 1874
- 6) Op. cit. pag. 307
- 7) Filippo Saporito. “Il manicomio criminale e suoi inquilini”. In rivista di disciplina carceraria 1908 pag. 361
- 8) Cesare Lombroso “il momento attuale”. Milano 1903 pag. 94
- 9) Quelle case di forza per quanto detestabili nella loro struttura e per le grandi miserie umane che racchiudevano, avevano la sorta di trovarsi in una città, che era già salita in gran fama per l’assistenza ai malati di mente: e per quel modesto medico chirurgo che era già un provetto psichiatra, i tagli e le amputazioni non erano che un pretesto per compiere misurazioni antropometriche ed osservazioni psicologiche comparativamente a quelle dei pazzi.

LA PSICHIATRIA

Quando possiamo dire che una persona ha una buona salute mentale? Non è così facile da definirlo, ma si può affermare che è una persona con un atteggiamento creativo e produttivo verso la vita e che è ricca di interessi e capace di indipendenza e fiducia in se stessa. Inoltre è capace di operare con gli altri, di amare, di partecipare mantenendo sempre la propria identità; ma è anche quella che sa vivere momenti di sofferenza e di superarli proiettandosi nel futuro.

Come è facile intuire, il concetto di salute mentale è piuttosto ampio, un concetto limite, cioè una persona sana tenderà a raggiungerlo, ma nessuno può dire di averlo raggiunto del tutto e per sempre.

Molte volte, nella vita di ognuno e per molte ragioni, possono esserci momenti in cui questo equilibrio è messo in discussione; sono momenti in cui la persona può andare incontro ad un disagio psichico senza che per questo si possa parlare di vero e proprio disturbo psichico. Solo in condizioni particolari, accanto ad una sofferenza psichica e ad una limitazione sociale, si manifestano specifici sintomi psichiatrici (deliri, allucinazioni, fobie ecc.). solo in questo caso possiamo parlare di veri e propri disturbi psichici, come la schizofrenia, la depressione, la mania, le manifestazioni ansiose e molti altri ancora.

La psichiatria è quella disciplina che studia i disturbi psichici ed è compito del medico psichiatra riconoscerli e impostare il loro trattamento. È una disciplina che ha un oggetto molto complesso e per questo, pur restando una branca essenziale della medicina, ha bisogno di conoscenze proprie di altre discipline, dalla psicologia alla filosofia, la sociologia, la musica ecc.

Quindi per una corretta riabilitazione del paziente psichiatrico è importante che figure come lo psichiatra, lo psicologo, l'assistente sociale, l'educatore, il pittore, il musicoterapeuta interagiscano in equipe.

LA SCHIZOFRENIA

La schizofrenia è un disturbo mentale molto diffuso, di enorme impatto sociale, che colpisce circa una persona ogni duecento e che solitamente inizia dopo l'adolescenza o nella prima età adulta. È una condizione che tende a durare a lungo ed è caratterizzata da periodi di un più o meno pieno benessere, alternati a episodi di malattia di durata variabile.

Uno dei problemi principali di queste persone è la difficoltà a discriminare quello che avviene nella realtà da quello che avviene nella loro immaginazione, a formulare correttamente i pensieri e a concentrarsi.

La malattia può manifestarsi in diversi modi: a volte i sintomi compaiono in modo brusco ed improvviso, a volte inizia lentamente ed è più difficile riconoscerli. Ad esempio, una persona affetta da schizofrenia può non riuscire a pensare con chiarezza sia perché è convinta di qualcosa di assurdo (delirio=falsa convinzione a cui la persona crede fermamente mentre appare assurda a tutti gli altri) sia perché teme che qualcuno influenzi i suoi pensieri o che possa riconoscerli tramite telepatia, raggi laser ecc. Altre volte può avere la sensazione che le idee gli scappino dalla mente come se qualcuno le rubasse: la mente gli sembra vuota e non riesce a pensare a niente, lamenta di sentirsi vuoto, senza emozioni e sentimenti.

Spesso le persone affette da schizofrenia dicono di sentire delle voci anche quando sono soli: queste voci possono impartire ordini o avere contenuti spiacevoli o minacciosi (allucinazioni uditive) che spaventano il malato e aumentano la sua angoscia. La persona, inoltre, ha spesso difficoltà nel farsi capire; può utilizzare un linguaggio strano, incomprensibile per la gente, mentre altre volte può non avere più voglia di parlare e non provare più piacere a farlo. È frequente che non riesca a lavorare più come prima come se avesse perso la

capacità di fare cose che prima gli risultavano facili o come se non riuscisse più a concentrarsi o a prendere decisioni. Vi è anche la tendenza a isolarsi evitando la compagnia degli altri. Nei casi più gravi, una persona schizofrenica è così preoccupata di quello che avviene nel suo mondo interiore che dimentica tutto il resto, persino di mangiare e dormire.

Questi sintomi portano spesso ad un progressivo ritiro sociale e isolamento che inevitabilmente compromette la sua vita lavorativa, familiare e sociale in varia misura secondo le risorse personali precedenti alla malattia, l'ambiente sociale e familiare circostante, e naturalmente, gli interventi attuati dai servizi psichiatrici.

Non ci sono analisi specifiche che possano servire a fare diagnosi e per riconoscere questa condizione il medico si basa esclusivamente su quello che gli viene raccontato e sulla corretta valutazione degli eventi.

Le cause non sono conosciute; l'ereditarietà, le reazioni chimiche, i traumi o particolari eventi emotivi sono fattori sicuramente implicati nell'esordio e nell'evoluzione della malattia ma nessuno è un fattore sufficiente a spiegarla del tutto.

A questo punto è necessario partire dal concetto che la psiche schizofrenica raggiunga almeno in parte caratteristiche funzionali che sono qualitativamente diverse dal normale (anche arrabbiato e innamorato) che possono essere spiegate (non comprese) se ci riferivamo a quelle integrazioni tra le funzioni istinto-affettive e quelle percettive e poetiche che danno l'impronta categoriale specifica alla mente umana.

Cosa ci insegna il fenomeno schizofrenico sulla natura dell'uomo?

Direi che ci insegna che tutti gli uomini empatizzano e si capiscono perché le loro strutture istinto-affettive e cognitive sono omologhe e funzionano realizzando gli stessi tipi di esperienze del mondo e gli stessi comportamenti.

Questa omologia viene a mancare in una certa percentuale di esemplari dell'Homo Sapiens i quali tuttavia possono sopravvivere.

Questi nostri fratelli, che consideriamo ammalati di schizofrenia utilizzano le loro strutture in modo diverso. Il cambiamento delle singole strutture e della loro integrazione è ipotizzabile come conseguente ad anomalie e lesioni aventi una determinazione casuale che andrebbe dalla genetica a varie forme di sofferenza sopravvenuta in età diverse. Ogni ammalato sopravvive come può alla catastrofe, realizzandosi così nelle molteplicità e varietà dei quadri clinici.

Oggi tutti sono disposti ad ammettere il “rapporto psicosomatico, ed ammettere che eventi psichici possano avere ripercussioni nella biologia dell'organismo provocando, generando, somatizzando e inducendo disturbi psichici”.

Io penso che questo resti nel dualismo interazionista cioè la visione di due realtà, biologica e psicologica, ognuna descrivibile con diverso linguaggio disciplinare.

Io proporrei il concetto di un'unica realtà aventi aspetti che si prestano a categorizzarsi a descrizioni in termini psicologici oppure biologici.

IL FARMACO

Il farmaco nasce insieme all'uomo. Le storie dei Na-Khi, popolazione appartenente al gruppo tecnico tibetano, narrano la nascita dei Naga e di Radura e raccontano l'origine dell'uomo e dei medicinali. Ecco un esempio: " nel tempo in cui il cervello, le stelle, il sole, la luna e i pianeti comparvero e in cui comparve la terra, allora nasce Ts'o-Dze-P'er-Ddu, però primordiale, che, assente per tre giorni per cassa trova al suo ritiro rientro i genitori morti. Decide allora di partire alla ricerca di un medicamenti che impedisca la morte e sedeva nel paese del capo degli spiriti. Dopo molte avventure ruba i medicinali miracolosi ma, in seguito dallo spirito, ma cadde a terra e i medicinali si disperdono, dando origine alle piante medicinali" (Rock,1952).

Il ruolo del farmaco in psichiatria non è solo quello di strumento o mezzo finalizzato alla guarigione, proprio come in medicina generale, ma è anche quello di un contenitore di un microcosmo di convergenze e di conflittualità che, molto spesso si rendono autonome dalla stessa malattia iniziale.

Esistono correlazioni fra personalità di base e "metabolismo psichico".

Nei soggetti con caratteristiche ossessive spesso il farmaco si inserisce, a livello dei vissuti soggettivi, come un "controllore che va controllato". Queste personalità tenderebbero a togliere al farmaco il suo carattere inglobando lo nel sistema difensivo prevalentemente correlato con il controllo onnipotente. Nei soggetti con caratteristiche schizoidi, il farmaco viene invece frantumato e scisso in contesti come buono/cattivo, attraente/ repellente, giustificando frequente difficoltà e diffidenza a cambiare composto oppure improvvise e arbitrarie esclusioni farmacologiche e brusche interruzioni. La presenza del litio invece attiverebbe un'aspettativa carica di aspetti "curativo-magico-onnipotenti", introducendo la dimensione di un Super-Io buono, ablativo. Nelle personalità narcisistiche si

riscontra un'attivazione della negazione delle ferite narcisistiche da arrivare a far assumere al farmaco le sembianze di un oggetto rivale, con i conseguenti atti di rigetto e di opposizione. L'aspetto duale del farmaco concentra in sé le aspettative della "malattia", sintetizzate dall'idea della liberazione dalla sofferenza ma anche da quella della "salute", nel senso di scienza che sana, nell'unità di un'esperienza concreta.

L'integrazione fra pillole e musicoterapica appare consigliabile quando rappresenta quello schermo senza il quale molti pazienti sarebbero inaffrontabili.

La stretta connessione fra- farmaco e musica sarebbe dovuta dal fatto che l'azione psicofarmacologica si realizza nella stessa area istintivo/affettiva dell'organismo.

Nei soggetti psicotici l'integrazione tra farmaco e musica sembra in grado di migliorare la comprensione delle interpretazioni e la capacità in modo più adeguato il rapporto e il significato simbolico della terapia.

GLI ANTIPSICOTICI

Nella categoria dei farmaci antipsicotici, definiti anche neurolettici, vengono raggruppati una serie di composti chimici appartenenti a classi chimiche differenti che inducono nell'animale da esperimento e nell'uomo effetti biochimici, farmacologici e comportamentali in parte sovrapponibili. Tali effetti sono da riportare ad un'attività sui sistemi recettoriali che mediano la trasmissione sinaptica a livello del S.N.C.

I neurotrasmettitori interessati dall'attività degli antipsicotici sono: la dopamina, l'acetilcolina, la serotonina e l'istamina.

L'attività dei recettori DA ergici è senz'altro quello che riveste maggiore rilevanza, sia perché è condivisa da tutti i composti considerati in questa categoria sia perché spiega tutta una serie di effetti indesiderati di comune riscontro nei soggetti trattati con gli AP tradizionali.

Si conoscono diversi sistemi DA ergici nel S.N.C.. I principali sono:

- Il sistema nigrostriatale, i cui neuroni originano nella substantia nigra del mesencefalo (A9) e proiettano i loro assoni al Putamen e al Nucleo Caudato. Questo sistema è interessato nella patogenesi di alcuni effetti collaterali (extrapiramidale e discinesia tardiva).
- Il sistema mesolimbico i cui neuroni originano nell'aria centro-tegmentale del mesencefalo (A4) e proiettano i loro assoni nel sistema limbico in particolare nel Nucleo Accumbens e il tubercolo olfattorio.
- Il sistema mesocorticale i cui neuroni originano in piccola parte nella Substantia Nigra e nella maggior parte nell'area (A10) e inviano i loro assoni nella corteccia Prefrontale.
- Il sistema tuberoinfundibolare, i cui neuroni originano nel nucleo arcuato dell'eminenza mediana e proiettano i loro assoni nell'ipofisi. Questo

sistema ha importanza nella regolarizzazione della secrezione di prolattina, la dopamina infatti, esercita un'attività inibitoria sulla secrezione di questo ormone e gli antipsicotici inducono iperprolattinemia attraverso il blocco della dopamina.

All' interno di questi sistemi di conduzione sono stati identificati cinque diversi tipi di recettori (D1, D2, D3, D4, D5) classificati sulla base della loro affinità con l'adenilciclosi e con gli organisti della dopamina.

Gli psicofarmaci agendo in queste zone ridurrebbero le elaborazioni deliranti, l'ansia, i disturbi comportamentali. Ammettendo comunque, come ipotesi, che la modificazione neurotrasmettitoriale sia il tramite dell'effetto terapeutico nella schizofrenia, resta il punto fondamentale: come? In che senso? Nel difetto di base? Sulla risposta positiva?

Se il difetto di base è là risultante di una disfunzionalità di certe strutture sottocorticali connesse alle affettività e istintività, l'introduzione di un farmaco potrebbe avere effetto terapeutico. Di fatto non si è avuta la chiara impressione che i quadri di base risentano chiaramente e direttamente dei farmaci. In ogni caso, sembrerebbe che nella schizofrenia (Balestrieri 1988) restino sconvolti sia il "cosa" (con prevalenza di certi contenuti deliranti), sia il "come"(con lo sconvolgimento delle categorie logiche e del senso di realtà), sia il "dove" (con l'alterazione del reciproco rapporto con il mondo) della conoscenza.

Considerazioni analoghe varrebbero anche per un supposto rientro da evoluzioni catastrofiche o dallo stabilirsi di nuovi equilibri nei sistemi della mente, forse fenomeni del genere sono da attribuirsi a "tipi di risposta adattiva o difensiva", è verosimile che anche per la psiche esistano tendenze omeostatiche verso il ritorno alla normalità.

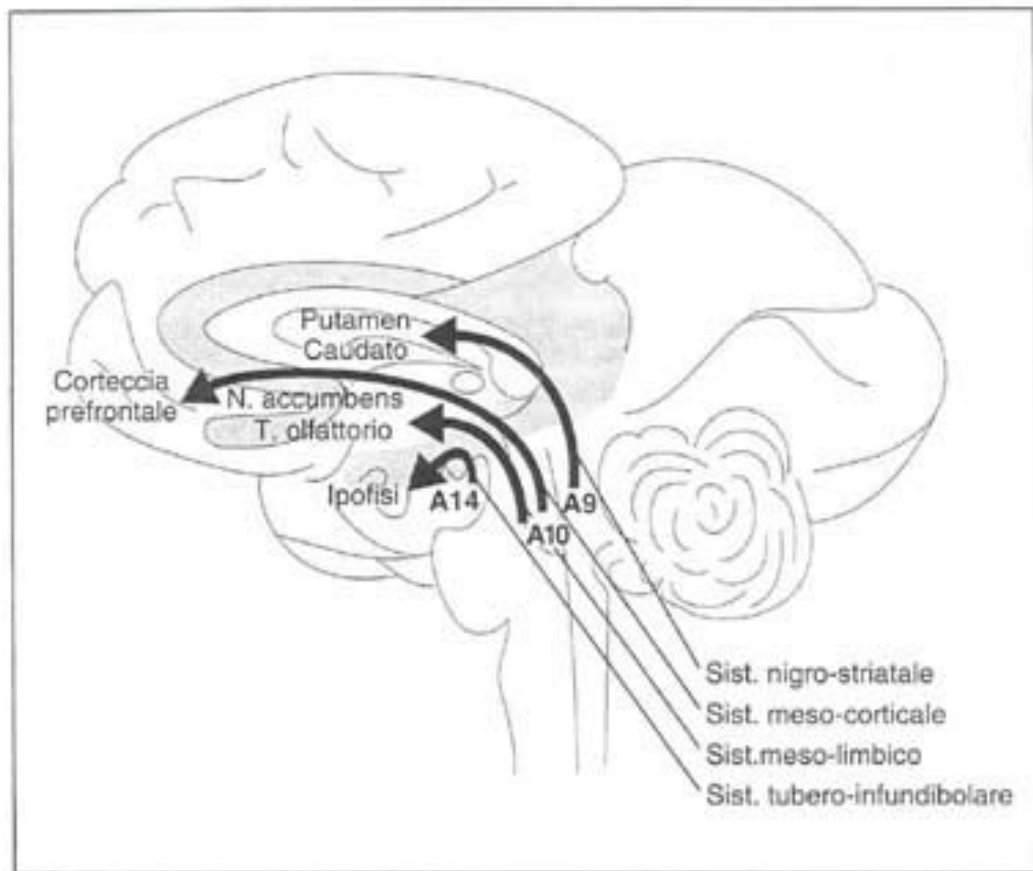


Figura 11.1 - Principali sistemi DAergici nel SNC.

PERCHE' IL LAVORO IN GRUPPO

L'etimologia delle termine gruppo rinvia a due significati: il nodo, dallo germanico kruppo (matassa arrotolata); il tondo, da groupe e croupe.

Il gruppo, dunque, da un lato si configura come un fitto intreccio di individui, una coesione tra membri, un groviglio, dall'altro il riferimento etimologico al tondo e quindi al cerchio, indica la possibilità della circolarità dei pensieri e delle fantasie.

Sulla base delle caratteristiche del gruppo quali: la circolarità, la relazione, la trasformazione e la molteplicità esso è concepito come " polis ", perché accetta di essere uno spazio di confronto plurale (F.Di Maria Lo Verso1995), di accettazione delle differenze, luogo di circolarità dello sguardo delle idee, delle fantasie, luogo in cui è possibile un pensiero multidirezionale ed una flessibilità affettiva e cognitiva.

Quindi il concetto di gruppo interno consente di concepire il sociale, non semplicemente come fatto esterno ma profondamente interno.

La psicopatologia insorge quando il soggetto è impossibilitato a concepirsi autonomamente come lo ha concepito il campo relazionale, familiare culturale in cui è inserito: evento che si verifica quando tale campo di pensiero è caratterizzato da relazioni fisse tra significanti e significati non aperte a trasformazioni simboliche da parte del soggetto la cui identità sarà dunque, ridotta alla semplice identificazione introiettiva con la cultura famiglia.

Tali teorizzazioni sono valide per descrivere la dinamica di confronto/ scontro, e di reciproco concepimento fra l'individuo e tutti i gruppi di cui farà parte nella sua vita e ci permette di comprendere anche i processi di trasmissione/apprendimento della cultura organizzativa delle culture in cui il soggetto si troverà a lavorare.

Obiettivi:Rilevare i meccanismi psicopatologici che inducono al reato.

Slatentizzare i vissuti sofferenti, (nucleo psicopatologico di fondo) sottocelati per omeostasi patologica.

Diminuzione dei farmaci e riabilitazione del paziente.

Sede: Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Tempi: Incontri settimanali..

Utenti: 5 Pazienti.

Staff: 1 psichiatra, 1 musicoterapeuta, 2 Sott. Uff. Polizia Penitenziaria.

PROGETTO

La musicoterapia è un mezzo che ci permette una lettura olistica del paziente essa è terapeutica perché percorre le vie percettive afferenti alla coscienza cioè a livello emotivo, istintuale, e per dirla come Jung archetipiche. (per Jung: Arte=simbolo; artista=eroe).

Questo progetto musicoterapeutico, rivolto ai pazienti psichiatrici, ha la finalità di dare un valido contributo all'aspetto terapeutico e diagnostico, che rappresenta tutt'oggi, la criticità del problema perché con i presidi sia farmacologici che riabilitativi, il nucleo psicopatologico fondamentale a volte rimane incapsulato.

Nella musica sono racchiusi quei simboli che ci permettono l'accesso alla personalità dell'individuo, da leggersi parallelamente al linguaggio non verbale, e di trattare la loro sofferenza psico-fisica.

Con questa attività si vuole dare la possibilità di comunicare attraverso dialoghi sonori, di discriminazione percettive verso la fonte sonora in relazione ai parametri musicali, il potenziamento delle capacità attentive e mnestiche, lo sviluppo e il potenziamento dell'orientamento spaziale e temporale, lo sviluppo e la consapevolezza del proprio corpo, la maggiore autonomia e l'accrescimento della fiducia e della stima in sé.

La musicoterapia avrà la capacità maieutica di slatentizzare la patologia che talvolta viene mistificata è sottocelata.

I pazienti verranno sottoposti a test preliminari per la misurazione degli aspetti specifici del comportamento con cadenza mensile.

Per realizzare tale progetto vengono utilizzati i seguenti materiali:

strumentario Orff, chitarre, pianola, stereo, tappetini e sedie.

L'attività verrà svolta in una grande stanza la cui acustica è ottimale.

Prima fase: Colloquio per una valutazione diagnostica più approfondita.

Seconda fase: Selezionamento dei pazienti in due gruppi.

Terza fase Tenere sempre presenti i due assiomi fondamentali: patologie croniche es. depressione; elevare il livello degli interessi e stimolarli.

Per patologie acute: abbassare il livello di tensione, evitare quindi acting-aut e escalation.

La finalità reale e terapeutica è, indurre attraverso la musica un cambiamento

I pazienti reclutati per lo studio presentano le seguenti caratteristiche:

- 1)Apparente buon controllo degli impulsi. (Over Aggression Scale)
- 2) Livello culturale medio basso.
- 3) Buone capacità cognitive.
- 4) Buona cura di sé.
- 5) Non gravi patologie organiche. (Esami emato-chimici)
- 6) Tutti molto motivati al reinserimento sociale.

Inoltre i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti test: Rorchach e Luscher.

(relazioni

psichiatriche allegate).

Il gruppo è formato da: uno psichiatra, un musicoterapeuta, due agenti di polizia penitenziaria e da cinque pazienti.

ANTONIO A.

Dopo la morte del padre, avvenuta quando il paziente aveva cinque anni, iniziò ad avvertire i primi problemi psichici.

Il bambino, in seguito al lutto iniziò a soffrire di nicturia e a sentirsi maltrattato dai compagni di scuola e dalla madre. Era un bambino difficile problematico, all'età di 10 anni subì una violenza sessuale da un ragazzo di 25 anni e poi da altre persone del paese perché si era diffusa la voce che lui era disponibile, ma crescendo e comprendendo il disagio, iniziò a ribellarsi.(non volevo più subire).

In famiglia c'era incomunicabilità, vedeva una madre matrigna, rigida.

Queste esperienze negative lo rendevano nervoso e anaffettivo, aveva difficoltà nei rapporti interpersonali, non aveva amici.

All'età di 20 anni venne attratto da una ragazza con la quale ebbe i primi approcci sessuali ma, non riuscì nell'atto.

Tutta questa rabbia interiore esplose all'età di 21 anni quando iniziò ad avere crisi pantoclastiche, col mettere a soqquadro la casa e incendiando macchine.

Ha avuto 6 T.S.O. per agitazione psicomotoria.

La diade perversa e conflittuale era con la figura materna, la cacciava da casa," la odiavo, la volevo uccidere", la minacciava verbalmente ma, non arrivò mai alla violenza agita. Ha fatto uso di cannabinoidi a dosi generose ed ha sniffato due volte l'eroina ed il T.R.I.P. sostanze, che hanno eletto il tossico a falso risolutore delle sue problematiche. L'aggressività era dettata dall'enorme rabbia interiore nei confronti della madre in primis e in secundis, della società che si era abusato di lui.

Diagnosi:D.E.I.(disturbo esplosivo intermittente).

Terapia: Lorazepam. En.

Reato: Lesioni, danneggiamento, rapina, ed estorsione.

L'OVERT AGGRESSION SCALE (OAS)

L'OAS è un questionario d'indubbia utilità nella documentazione e nella misurazione di specifici aspetti del comportamento aggressivo. E' basato sull'osservazione del soggetto da parte di un valutatore che registra tutti i comportamenti che si manifestano nel corso di un episodio aggressivo e che prende nota, altresì, dei diversi interventi terapeutici utilizzati in risposta all'episodio aggressivo stesso.

Dopo 15 giorni d'osservazione si sono rilevati i seguenti risultati:

Comportamento Aggressivo:

Aggressività Verbale-1

Aggressività Fisica Autodiretta-0

Aggressività Fisica Contro Gli Oggetti-2

Aggressività Fisica Contro Le Altre Persone-0

I comportamenti aggressivi descritti dalle quattro voci d'ogni sezione sono graduati, a seconda della gravità, in: Mai=0; Qualche Volta=1; Spesso=2; Di Solito=3; Sempre=4.

TEST DI LUSCHER

In ambiente psichiatrico, con l'intento di sperimentare le possibilità diagnostiche del reattivo in soggetti psicotici e di stabilire eventuali correlazioni con altri test proiettivi.

SIGNIFICATO STRUTTURALE DELLE COPPIE

+5+3=Modus Operanti- Suscettibilità agli stimoli-Senso di responsabilità

x2x4=Reale Situazione- Richiesta di stima- Ambizione

=6=7=Caratteristiche Represse- Autodistruzione

-0-1=Caratteristiche Rifiutate- Un intervallo di tranquillità- Un periodo di recupero.

Modus operanti:

Facilmente e rapidamente preda di tutto ciò che è stimolante. Teso nei riguardi di qualsiasi cosa eccitante sia essa di natura erotica o di altra natura. Vuole essere considerato una personalità di rilievo e interessante con indiscusso fascino e grande influenza sugli altri. Usa astutamente sistemi che evitano di compromettere le sue possibilità di successo o di minare la fiducia che altri ripongono in lui.

Reale situazione:

Cerca di migliorare la sua posizione e il suo prestigio. Insoddisfatto delle circostanze realmente esistenti, pensa che qualche miglioramento sia essenziale per l'autostima.

Caratteristiche Represse.

Le circostanze lo forzano al compromesso e a rinunciare, per il momento, ad alcuni piaceri. Capace di raggiungere la soddisfazione fisica con l'attività sessuale.

Caratteristiche Rifiutate.

Interpretazione Fisiologica:

Rifiuta di rilassarsi o di lasciarsi andare tenendo a freno l'esaurimento e la depressione con un'accentuata attività.

Interpretazione Psicologica:

Una situazione esistente o un rapporto affettivo sono insoddisfacenti, tuttavia egli si sente incapace di cambiare la situazione e di realizzare il senso di appartenenza di cui ha bisogno. Non volendo esporre la propria vulnerabilità, continua a resistere a questa situazione, ma si sente dipendente da un attaccamento affettivo. Ciò non solo lo deprime, ma lo rende irritabile e impaziente, causando notevole irrequietezza e l'urgenza di uscire da questa situazione o fisicamente o mentalmente. La capacità di concentrarsi ne può soffrire.

In breve: insoddisfazione irrequieta.

CONCLUDENDO

L'ansia e l'inquietudine sia per le circostanze sia per le insoddisfatte richieste a livello emotivo hanno prodotto una considerevole tensione. Tenta di fuggire in un'atmosfera idealizzata di simpatia e comprensione, o in ambiente sostitutivo di estetismo e di bellezza.

La paura di poter essere ostacolato nel contestare le cose che vuole, lo porta a giocare il suo ruolo con un'intensità pressante e febbrile.

TEST RORSCHARC

- 1) Un pipistrello, una foglia.
- 2) Due orsi, due criceti, le braccia, le gambe.
- 3) Uno scheletro umano, bacino, le costole, gli avambracci e gli organi interni.
- 4) Un cartone animato, robot mostruosi per sconfiggere, mazinga, fa schifo, paura, sembra una lumaca che uscendo dal guscio.
- 5) Un pipistrello e farfalla, una lumaca.
- 6) Una cosa che mi da sensazioni di disgusto, nessuna immagine, persona o oggetto.
- 7) Delle nuvole cariche d'acqua si stanno scontrando.
- 8) Delle vele di una barca, l'albero maestro ai lati cuccioli animali.
- 9) Non mi dice niente.
- 10) Questa immagine è confusa.

Nota psichiatrica: C.V.D. è come dice l'autore c'è negli aggressivi un deficit cognitivo, di apprendimento, calo delle funzioni integrative superiori.

DIEGO C.

Fino al 1984 era controllore del traffico aereo, tenente dell'aeronautica, poi cambiò lavoro e iniziò a svolgere l'attività d'agente di commercio, era contento del proprio lavoro e il suo pensiero era di produrre, era cosciente delle proprie capacità e le metteva in pratica dedicandosi completamente al lavoro."gli altri scherzavano io invece pensavo a produrre".

Nel febbraio 1987, conobbe una ragazza che non si rivelò sincera con lui perché la tradiva e n'ebbe la certezza una sera quando, dopo averla seguita, verificò che oltre ad essere stata accompagnata dal suo collega fino a dentro casa, non rispose al citofono.

"Il giorno successivo litigai verbalmente con lei e la lasciai. , nonostante tutto mi sentivo ancora molto legato a lei, mi piaceva e mi soddisfaceva sessualmente."

Mentre nei primi anni dell'evento frustrante si poteva parlare di nostalgia, con gli anni si strutturò una franca patologia caratterizzata da insonnia e da sindrome depressiva, "tutto mi andava male, avevo perso la donna che amavo, avevo perso il lavoro e così iniziai a bere per dimenticare, spesse volte svegliavo mio padre per farmi dare i soldi e litigavamo. Io voglio bene ai miei genitori, ho avuto una bell'infanzia anche se mio padre era molto duro, ricordo che una sera mi picchiò nell'ascensore perché ero rimasto molto tempo giù a giocare con i miei amici."

Accadde che nel 1994 cominciò a frequentare il C.I.M. (delirio di gelosia) ma questa presa in carica durò sei anni, anche perché, abusava d'alcool.

Ebbe diversi T.S.O. per abuso d'alcool ed agitazione psicomotoria.

Il suo comportamento si è reso compulsivo in etero aggressività nei confronti dei genitori per la patologia di cui soffriva..

Diagnosi: psicosi paranoidea. Reato tentato omicidio

Terapia: Haldo

TEST DI LUSCHER

In ambiente psichiatrico, con l'intento, di sperimentare le possibilità diagnostiche del reattivo in soggetti psicotici e di stabilire eventuali correlazioni con altri test proiettivi.

SIGNIFICATO STRUTTURALE DELLE COPPIE

+1+7 =Modus operanti – Assoluta pace.

x4x0 =Reale situazione – Indecisione o mancanza di risoluzione.

=3=6 =Caratteristiche represses – Gratificazione sensuale o autoindulgenza.

-2-5=Caratteristiche rifiutate – Flessibile autosufficienza o fascino non cosciente.

INTERPRETAZIONE

Modus operanti:

Affannosamente in cerca di riposo, di rilassamento, di pace e di comprensione affettuosa. Sente di essere stato trattato con mancanza di considerazione ed è di conseguenza sconvolto e agitato. Giudica la sua situazione intollerabile finché le sue richieste non saranno soddisfatte.

Reale situazione:

Cerca la soluzione a problemi esistenti o ad ansietà, ma probabilmente trova difficile decidere il giusto corso da seguire.

Caratteristiche represses:

Si sente in trappola in una situazione infelice e scomoda e cerca qualche modo per ottenere sollievo. E' capace di raggiungere soddisfazione dall'attività sessuale.

Caratteristiche rifiutate:

Interpretazione fisiologica: Ansia risultante dal sentirsi sminuito ed incompreso.

Interpretazione psicologica: Si sente in una posizione odiosa in cui gli sono state tolte la fiducia, l'affetto, la comprensione e nella qual è trattato con un'umiliante mancanza di considerazione. Pensa che gli è negato l'essenziale apprezzamento

per la sua autostima e che non c'è nulla che egli possa fare. Afflitto dalla solitaria lotta contro le difficoltà senza nessun incoraggiamento. Senta che non sta raggiungendo alcuna meta e che invece dell'ammirazione di cui ha bisogno egli notevolmente franteso. Vuole fuggire dalla situazione ma non sa trovare la forza morale di prendere la decisione necessaria.

CONCLUDENDO

Ha bisogno di proteggersi contro la sua tendenza ad essere troppo fiducioso poiché crede che è facilmente franteso o sfruttato dagli altri. Perciò cerca una relazione che gli dia intima pace e comprensione e in cui ognuno sappia esattamente dove sta l'altro.

La sua naturale capacità ad esaminare ogni cosa con discriminazione critica è stata distorta in un atteggiamento di severa disapprovazione che lo porta ad opporsi e a denigrare senza tenere in considerazione fatti reali.

L'OVERT AGGRESSION SCALE (OAS)

L'OAS è un questionario di indubbia utilità nella documentazione e nella misurazione di specifici aspetti del comportamento aggressivo. E' basato sull'osservazione del soggetto da parte di un valutatore che registra tutti i comportamenti che si manifestano nel corso di un episodio aggressivo e che prende nota, altresì, dei diversi interventi terapeutici utilizzati in risposta all'episodio aggressivo stesso.

Dopo 15 giorni di osservazione si sono rilevati i seguenti risultati:

Comportamento aggressivo:

Aggressività Verbale- 1

Aggressività Fisica Autodiretta- 0

Aggressività Fisica Contro Gli Oggetti- 1

Aggressività Fisica Contro Le Altre Persone- 0.

Nota: il paziente è stato tradotto in altra sede per cui non è stato possibile continuare l'attività terapeutica.

DANIELE C.

Daniele racconta che, mentre prestava il servizio militare, trovò un foglio sul quale era scritto che, chi avesse avuto contatto con quel foglio, era indemoniato.

Nel paziente in ogni modo, esisteva di fondo un'idea prevalente di "delirio mistico" infatti afferma."mi avevano fatto una fattura, pensavo che i miei colleghi si alzassero di notte per aggredirmi. Il mio asse psichico cominciò a vacillare credevo che tutti volessero farmi del male, (da qui i suoi spunti persecutori.), ero diventato indemoniato, sentivo versacci sghignazzi, chiedevo continui consulti sanitari e ogni volta mi praticavano terapia ansiolitica in vena.

Crisi acuta.

In preda a delirio persecutorio il paziente aggredì una ed altre reclute in modo gravoso per liberarle dal demonio.

(Prima di partire, per svolgere il servizio militare in aeronautica, fece uso di alcool per tre giorni consecutivi. Non voleva partire.)

Aggressività notevole.

Diagnosi: Psicosi delirante di tipo paranoideo

Terapia: Tegretol. Risperdal.

Reato: Tentato omicidio

TEST DI LUSCHER:

In ambiente psichiatrico con l'intento, di sperimentare le possibilità diagnostiche del reattivo in soggetti psicotici e di stabilire eventuali correlazioni con altri test proiettivi.

SIGNIFICATO STRUTTURALE DELLE COPPIE

+2+4=Modus Operanti- Richiesta di stima; ambizione.

X1X3=Reale Situazione- Capacità di lavoro in equipe; soddisfazione emotiva.

=5=7= Caratteristiche Represse- Bisogno d'identificazione, annullarsi compulsivo.

-0-6=Caratteristiche Rifiutate- Esaurimento; indebolimento.

INTERPRETAZIONE

Modus operanti:

Ha bisogno di riconoscimento. E' ambizioso e vuole fare impressione sugli altri ed essere tenuto in gran considerazione, desidera essere popolare e ammirato. Cerca di colmare il distacco che sente che lo separa dagli altri.

Reale situazione:

Lavora bene in collaborazione con gli altri, ma non è portato ad assumere un ruolo di guida. Ha bisogno di una vita personale di reciproca comprensione e libera da discordie.

Caratteristiche represse:

Le condizioni sono tali che non si lascia coinvolgere intimamente senza fare riserve mentali.

Caratteristiche rifiutate:

Interpretazione fisiologica: soppressione delle richieste fisiche e nervose del corpo.

Interpretazione psicologica: la situazione esistente sgradevole. Ha un bisogno insoddisfatto di unirsi con altri le cui aspirazioni sono alte come le sue, e di emergere dalla massa. Il suo controllo degli istinti sessuali limita la sua capacità di dare se stesso, ma l'isolamento che ne deriva lo porta ad arrendersi e gli permette di unirsi con gli altri. Questo lo disturba poiché tali istinti sono considerati debolezze da essere sopraffatte; sente che solo con l'auto controllo egli può sperare di mantenere il suo atteggiamento di superiorità individuale. Vuole essere amato o ammirato solo per se stesso, ha bisogno d'attenzione, di riconoscimento, di stima da parte degli altri.

In breve: chiede stima come individuo eccezionali.

CONCLUDENDO

Ha bisogno di essere valutato e rispettato come individuo eccezionale per aumentare l'autostima e il suo sentimento di valore personale. Si oppone alla mediocrità e si pone alti modelli.

La paura che gli si possa impedire di raggiungere le cose che vuole, lo porta ad una irrequieta ricerca di soddisfazione in attività illusorie o insignificanti.

.

L'OVER AGGRESSION SCALA (OAS)

L'OAS è un questionario d'indubbia utilità nella documentazione e nella misurazione di specifici aspetti del comportamento aggressivo. E' basato sull'osservazione del soggetto da parte di un valutatore, che registra tutti i comportamenti che si manifestano nel corso di un episodio aggressivo.

Dopo 15 giorni d'osservazione si sono rilevati i seguenti risultati:

Aggressività Verbale-1

Aggressività Fisica Autodiretta-0

Aggressività Fisica Contro Gli Oggetti-1

Aggressività Fisica Contro Le Altre Persone-0

I comportamenti aggressivi descritti dalle quattro voci d'ogni sezione sono graduati, a seconda della gravità in: MAI-0; QUALCHE VOLTA-1; SPESSO-2; DI SOLITO-3; SEMPRE-4

TEST: RORSCHARC

- 1) Tre alberi mossi dal vento al centro una campana perché è natale. Un fiocco.
- 2) Cervello. Gli occhi, emisfero dx , sx e cervelletto. Mi piace.
- 3) Non mi suscita ne'inquietudine ne'qualcosa di preciso, solo il baricentro, dove c'è il fiocco, una camicetta con un colletto.
- 4) Un albero. Fiamme ai piedi. Un pino.
- 5) Una farfalla con le ali aperte
- 6) Un animale. Un formichiere che si allarga, è bello.
- 7) Un piccolo scarafaggio goffo e buffo.
- 8) Il colore è bellissimo, ci sono tanti animali, due pantere. Una coppia.
- 9) Qualcosa che si sta schiudendo.
- 10) Una navicella spaziale.

Relazione:

Emotività e affettività ferita. Non avverte delle sensazioni a questo lo porta a diventare glaciale "la ragazza con la quale stavo mi mise da parte"La sua crisi di perdita l'aveva sterilito.

Ferire o ferirsi, aggredire o essere aggredito è la stessa cosa. Emotività e affettività ferita.

- 3) Di lei mi è rimasto solo un colletto, un abito.
- 4) Nutre eccessivo rispetto per il padre
- 6) Del rapporto sessuale con la donna, ne ha un bel ricordo.
- 7) Non stimo mia madre come stimo mio padre.

Il ragazzo è dotato di buone capacità integrative superiori.

REMO DI F.

L'esordio della malattia sarebbe avvenuta per una multifattorialità: assenza di lavoro, difficoltà nei rapporti interpersonali, sentiva che queste grosse difficoltà dipendessero da una congiura scattata nei suoi confronti.

Racconta che nel 1997 ebbe una crisi cominciò a gridare perché vedeva dei fantasmi e pensava che facessero del male ai suoi familiari,

Venne ricoverato e sottoposto a T.S.O. per 15 gg. , poi fu inviato al C.I.M. per il continuum terapeutico dopo il quale riprese la propria attività lavorativa (pittore) pur conservando il suo stato di insicurezza e stress.

Fu in questo periodo che ricominciò a frequentare una famiglia nella quale non era presente la figura maschile, perché in carcere, la moglie viveva disagi economici e psichici tanto da fare anche uso di psicofarmaci e inoltre con lei conviveva anche un barbone che l'aveva sotto certi aspetti disonorata. Fu vicino a queste persone, in particolar modo a lei, per circa due anni coinvolgendosi sia da un punto di vista economico che emotivo infatti ci si recava, quando aveva tempo, per aiutarla materialmente e sostenerla sia psicologicamente che economicamente, da parte sua non c'è stata mai intenzione di avere con lei rapporti sessuali, afferma " Non mi suscitava quel tipo di interesse".

Esiste una discrasia tra l'evento stressor e la reazione abnorme con cattivo controllo degli impulsi , perché i sentimenti ,nei confronti della donna che sembrano tiepidi e, le reazioni troppo forti ,disagi e sfruttamento, lo hanno indotto ad uccidere il barbone. In effetti, Remo aveva trasportato il proprio delirio di persecuzione a quello della donna.

Reato: Omicidio premeditato

Diagnosi: Psicosi schizoaffettiva con spunti paranoidei.

Terapia: En. Valium. Akineton.

L'OVER AGGRESSION SCALE (OAS)

L'OAS è un questionario di indubbia utilità nella documentazione e nella misurazione di specifici aspetti del comportamento aggressivo . E' basato sull'osservazione del soggetto da parte di un valutatore che registra tutti i comportamenti che si manifestano nel corso di un episodio aggressivo e che prende nota, altresì, dei diversi interventi terapeutici utilizzati in risposta all'episodio aggressivo stesso.

Dopo 15 giorni di osservazione si sono rilevati i seguenti risultati:

Comportamento Aggressivo.

Aggressività Verbale-1

Aggressività Fisica Autodiretta-0

Aggressività Fisica Contro Gli Oggetti-1

Aggressività Fisica Contro Le Altre Persone-0

TEST DI LUSCHER

In ambiente psichiatrico, con l'intento, di sperimentare le possibilità diagnostiche del reattivo in soggetti psicotici e di stabilire eventuali correlazioni con altri test proiettivi.

Significato strutturale delle coppie.

+3+2 = Modus Operanti - Attività Finalizzate

X6X4 = Reale Situazione - Benessere Totale Illimitato

=7=5 = Caratteristiche Represse - Bisogno d' Identificazione o Annullamento Compulsivo

-1-0 = Caratteristiche Rifiutate - Esaurimento o Deperimento.

INTERPRETAZIONE

Modus Operanti

Insegue il suo obiettivo con intensità e non si permette di deflettere dal suo scopo.

Vuole sopraffare gli ostacoli con cui è fronteggiato e raggiungere uno speciale riconoscimento e uno speciale livello dal suo successo.

Reale Situazione.

Insicuro cerca radici, stabilità, sicurezza emotiva e un ambiente che gli dia maggiore agio e minori problemi, ma è o svogliato o incapace di seguire sforzi.

Caratteristiche Represse

Le condizioni sono tali da non permettergli di legarsi intimamente senza fare riserve mentali.

Caratteristiche Rifiutate

Interpretazione fisiologica: mostra impazienza e irrequietezza ed è incline ad essere depresso.

Interpretazione psicologica: sente che non può controllare la situazione per creare il senso di appartenenza di cui ha bisogno e così non è disposto a porsi senza

riserve nelle mani di un altro. Resiste ad una condizione o ad un rapporto che egli considera una deprimente responsabilità. Sente che la vita ha molto più da offrirgli e può essere impaziente e irritabile finché non ha ottenuto tutto quello che sente che gli manca ancora. La sollecitazione ad abbandonare questo stato insoddisfacente porta all'irrequietezza e all'instabilità. Ne può soffrire la concentrazione.

In breve: irrequieto, impaziente e non appagato.

CONCLUDENDO

La paura di poter essere ostacolato nel conquistare le cose che vuole, lo porta a giocare il suo ruolo con una intensità pressante e febbrile.

L'ansia e l'inquietudine prodotte sia dalle circostanze sia dalle insoddisfatte richieste emotive hanno dato origine a tensione. Tenta di sfuggire negando la loro esistenza, nascondendo la sua insoddisfazione dietro una rivendicazione orgogliosa ma illusoria di autosufficienza e di indipendenza.

TEST: RORSCHARC

- 1) Due figure uguali e distinte, se messe insieme la classica farfalla, se separate due gemelle. Do al disegno in aggettivo femminile. Mi da un senso di simpatia.
- 2) Due busti di orsacchiotti o cani. (deglutisce).
- 3) Mi rappresentano delle persone umane, una addirittura ha il piede dentro un grosso zoccolo. Vedo un busto, un collo di quelli che se ne vedono in Africa, persone che si mettono gli anelli al collo.* (omosessualità)
- 4) Orso Joghi, una figura da cartone animato, un grosso e mastodontico orso.
- 5) Una farfalla rara (trema), se aggiungessi qualche puntino giallo sarebbe più bella.
- 6) Strumento musicale, contrabbasso, mi suscita una sensazione piacevole.
- 7) Grafico di figure antiche egiziane, santoni la prime, il resto delle persone sembrano sedute su nuvole e sotto le nuvole una farfalla.
- 8) Oh che bei colori! Lateralmente ci sono due animali che cercano di arrampicarsi sulla roccia, mentre quello che c'è in basso è il luogo di provenienza. Cercano cibo o si accoppiano?
- 9) Mi sento di distinguere queste macchie in: terra - mare- corallo. Per deduzione viene prima la terra dalla quale parte l'azzurro del mare, nel mare c'è il corallo , ci sono le insenature. Per deduzione dopo il mare c'è la Terra.
- 10) Festa di carnevale, festa in maschera Halloween.

Affermazione: a me piace essere messo alla prova.

ANTONIO N.

Antonio racconta che voleva salvarsi dalla setta satanica che lo perseguitava ed era addirittura scattata in lui un'idea assurda frutto del delirio di persecuzione, infatti dice:” volevo ammazzare un mio amico perché mi faceva vedere dei film che io credevo parlassero di me, ciò accadeva per la mia emotività nei suoi confronti, perché in quel periodo stavo molto male, ero insicuro di me ed elaboravo facilmente vissuti persecutori nei suoi confronti.

Il pomeriggio del 2 giugno volendo formattare il dischetto, il mio amico pigiò un tasto sbagliato e sul monitor e si evidenziarono una serie di tre sei, da allora la mia persecuzione aumentò perciò maturai l'idea di ammazzarlo, però ero ostacolato dal fatto che se l'avessi fatto sarei stato vittima della setta satanica”.

In preda al delirio il paziente pensava che commettendo un reato sarebbe finito in carcere e non sarebbe più stato una sua vittima, quindi scattò un cattivo controllo degli impulsi in quanto ci fu una trasformazione da “cattivo” ad ”anaffettivo” al punto tale da riuscire a compiere un gesto inconsulto.

Diagnosi: Psicosi schizoaffettiva con spunti mistici.

Terapia: Risperdal. Akineton. En. Seroxat. Nottem.

Reato: Triplice Omicidio.

7/12/02 “Il mio amico mi aveva soffiato la ragazza e maturai l'idea di evirarlo e mangiare il suo organo. Alla ragazza invece la volevo squartare” (vedi nota psichiatrica.

L'OVER AGGRESSION SCALE (OAS)

L'OAS è un questionario d' indubbia utilità nella documentazione e nella misurazione di specifici aspetti del comportamento aggressivo. E' basato sull'osservazione del soggetto da parte di un valutatore che registra tutti i comportamenti che si manifestano nel corso di un episodio aggressivo e che prende nota, altresì, dei diversi interventi terapeutici utilizzati come risposta all'episodio aggressivo stesso.

Dopo 15 giorni d'osservazione si sono rilevati i seguenti risultati:

Aggressività Verbale-1

Aggressività Fisica Autodiretta-2

Aggressività Fisica Contro Gli Oggetti-1

Aggressività Fisica Contro Le Persone-0

I comportamenti aggressivi descritti dalle 4 voci d'ogni sezione sono graduali, secondo la gravità, in:MAI=0; QUALCHE VOLTA=1; SPESSO=2; DI SOLITO=3; SEMPRE=4.

TEST DI LUSCHER

In ambiente psichiatrico, con l'intento, di sperimentare le possibilità diagnostiche del reattivo in soggetti psicotici e di stabilire eventuali correlazioni con altri test proiettivi.

SIGNIFICATO STRUTTURALE DELLE COPPIE

+3+1=Modus Operanti- Capacità di lavorare in equipe

X4X7=Reale Situazione-Improvvisa crisi o Decisioni testarde

=2=5=Caratteristiche Represse- Flessibile autosufficienza o fascino non cosciente

-0-6=Caratteristiche Rifiutate- Esaurimento o indebolimento

INTERPRETAZIONE

Modus Operanti:Lotta per una vita ricca di attività ed esperienze e per uno stretto legame che offra soddisfacimento sessuale ed emotivo.

Reale Situazione:La situazione esistente contiene elementi critici e pericolosi per i quali è indispensabile trovare una soluzione. Ciò può portare ad improvvise ed irriflessive decisioni. Dotato di ferma volontà, rifiuta qualsiasi consigliagli venga dagli altri.

Caratteristiche Represse:Sente che riceve meno di quanto gli è dovuto e che non c'è nessuno su cui possa contare per simpatia e comprensione. Le emozioni represses lo portano ad offendersi subito, ma capisce che egli deve prendere il meglio delle cose.

Caratteristiche Rifiutate:

Interpretazione Fisiologica:Soppressione delle richieste fisiche e nervose del corpo.

Interpretazione Psicologica: La situazione esistente è sgradevole. Ha un bisogno insoddisfatto di unirsi con altri le cui aspirazioni sono alte come le sue , e di emergere dalla massa. Il suo controllo degli istinti sessuali limita la sua capacità

di dare se stesso, ma l'isolamento che ne deriva lo porta ad arrendersi e gli permette di unirsi con un altro. Questo lo disturba poiché tali istinti sono considerate debolezze da essere sopraffatte; sente che solo con l'autocontrollo egli può sperare di mantenere il suo atteggiamento di superiorità individuale. Vuole essere amato o ammirato solo per se stesso, ha bisogno di attenzioni, di riconoscimento, di stima da parte degli altri.

In breve: chiede stima come individuo eccezionale.

CONCLUDENDO

Prova gusto nell'azione, e vuole esser rispettato e stimato per le sue qualità personali.

Ha bisogno di raggiungere una condizione statica e pacifica che lo renda capace di liberarsi dalla preoccupazione di essere in qualche modo impedito nell'ottenere tutte le cose che vuole.

TEST: RORSCHARC.

- 1) Una farfalla nera che sta volando, si libera nell'aria (non mi piace)
- 2)Un'astronave che è atterrata sulla terra e sono usciti due uomini che cercano da mangiare.
- 3) Una mantide religiosa che ammazza il marito dopo il rapporto sessuale, sta uscendo del sangue dal marito perché è morto.
- 4) Un re con un mantello nero si vede la corona ed il mantello, lo sta indossando. (è distante).
- 5) Un pipistrello sta volando. *
- 6) L'organo genitale femminile con il clitoride lungo.
- 7) Due angioletti che si guardano. (ambivalenza).
- 8) Non vedo niente. (si è stancato).
- 9) Un organo genitale femminile con la penetra.*
- 10) Una vagina con la penetrazione.

Nota psichiatrica: Il test di personalità rivela molta latenza.

STRUTTURA DELLA FAMIGLIA

Le relazioni tra la madre e il padre erano di conflitto. La madre insegnante provvedeva alla famiglia ed era una figura centrale. Il padre geometra, non lavorava, figura periferica.

Famiglia composta da tre figli: Il primo è il figlio prestigioso, quello che da maggiori soddisfazioni alla famiglia e al quale tutto è concesso. Il secondo figlio viene descritto come buono (rappresenta il figlio neutro) Antonio è il terzo figlio che subisce dal primo, sente il padre distante, non si sente amato nonostante facesse di tutto affinché si accorgessero di lui. Si è sentito amato dalla madre fino all'età di cinque anni, da qui in poi, abbandonato a se stesso.

Musicoterapia attiva corporeo-sistemica

Il paziente produce attivamente musica assieme al musicoterapeuta, in un dialogo sonoro improvvisato su schemi liberi, utilizzando protostrumenti quali le percussioni più semplici, che non richiedono abilità pratiche e prerequisiti teorici strumentali e musicali. Ad un modello musicoterapeutico base secondo Robbins, Postachini, Alvin, nel quale l'improvvisazione libera ed il dialogo sonoro sono lasciati alla casualità, si affianca il modello musicoterapeutico corporeosistemico di C. Viani, secondo il quale il terapeuta, utilizzando precisi riferimenti teorici, conduce come per mano la persona, aiutandola ad individuare consapevolmente, e non per caso, i propri impedimenti emotivi, ovviamente su di un livello simbolico, per poter iniziare a fluidificarli prima nell'azione musicale e poi in quella concreta quotidiana.

I SEDUTA 14/12/03

1) **Ascoltare un brano e commentarlo. A. Vivaldi : Concerto RV 567**
(Andante)

2) **Condizioni musicali.**

Settino terapeutico: Dott. Carizzone L. Ass. Capo Tartaglione Ag. Marrandino

Pazienti: Antonio A., Antonio N.; Daniele C.,Diego C.

Obiettivo: sensibilizzazione all'ascolto del brano e descrizione dell'emozioni suscitate.

Proiezione, attraverso il suono, della propria struttura musicale e dell'archetipo genitoriale carente.

Commenti

A. Antonio:” io non riesco più a sentire la musica, avevo avuto una frattura con essa da quando avevo iniziato a fare uso di spinelli, questo brano invece l'ho sentito e alcune volte, quando la musica era più forte, mi veniva di sorridere. Mi è piaciuto ascoltare musica perché pensavo di non esserne più capace cioè di non riuscire più a percepirla.”

Nota: Il paz. Durante l'ascolto è apparso rilassato e ha manifestato uno stato di benessere.

N. Antonio: ho avvertito una sensazione di pace e serenità. Quando stavo a casa e stavo male, la musica mi provocava mal di testa, mi faceva male l'emisfero dx, eppure la musica mi piace e suono volentieri la pianola. (Musicista).

Nota:il paz. durante l'ascolto è apparso teso.

Salvatore:ho avvertito una sensazione di pace e serenità. In adolescenza ho fatto uso di droghe, e si sa in questi casi le amicizie sono strumentali, non c'è realtà e coscienza sui valori della vera amicizia. Comunque non ho mai avuto fratture col mondo musicale,ho sempre ascoltato la musica specie quella classica. All'inizio

del brano ho avuto difficoltà a concentrarmi, poi però mi sono lasciato andare e ho provato una sensazione di benessere.

Nota: il paz. durante l'ascolto è apparso all'inizio teso poi si è rilassato. Ha partecipato in modo attivo rispettando i tempi.

Daniele: “mi sono trovato in uno stato di gratificazione. Durante il brano ho immaginato una ballerina con un abito bianco velato che si muoveva a ritmo di musica al centro di una città storica e desolata. Il brano è stato evocativo: un amico morto ,momenti di vissuto con lui, canzone preghiera di Neck.Prima vivevo bene la musica”

Nota: il paz. durante l'ascolto ha manifestato molte scariche tensionali. Connection con un amico morto.

Note conclusive: da questo incontro è emerso principalmente lo stupore di essere sottoposti, per la prima volta, all'ascolto della musica e, in alcuni, il disagio nell'essere trascinati e coinvolti emotivamente.

Per alcuni il brano è stato evocativo, per altri induttivo, mentre altri hanno opposto resistenza .

Per quanto riguarda le conduzioni musicali, dopo un iniziale disagio, presto superato ,all'approccio strumentale, i pazienti hanno prediletto la batteria come canale di sfogo di tanta aggressività e tanta fragilità, repressa.

IL RILASSAMENTO FRAZIONATO

E' stato pensato secondo un processo di controinnervazione vagale cioè dalla periferia al centro determinando la presa di coscienza del proprio corpo e il rilassamento di esso.

Si svolge in sei/sette minuti ed è molto utile nei casi di tensioni muscolari, effetti extra piramidali provocati dagli psicofarmaci e somatizzazioni in genere.

II SEDUTA 4\1\ 03

1) Rilassamento frazionato. Brano: Still Light M.Jones.

2) Ascolto della composizione musicale di Antonio N.

3) Conduzioni musicali.

Setting terapeutico: dott. Carizzone, Ass.Capo Tartaglione Ag. Marrandino.

Pazienti: Antonio A., Antonio N., Daniele

Obiettivi: Determinare il rilassamento del proprio corpo evidenziando i punti del corpo maggiormente resistenti

Commenti:

Antonio A.: “all’inizio era difficile, era duro percepire la musica. Non è stato facile focalizzare ciò che mi dicevi, poi ho immaginato una nuvoletta il sole e poi il tramonto. Fisicamente ho iniziato ad avvertire dei brividi lungo il corpo e i muscoli mi facevano male, li sentivo indolenziti. Mi sentivo il corpo rilassato e la testa pesante. La parte che mi ha maggiormente resistito è stata la testa”

Nota: il paz. è apparso teso all’inizio, poi si è rilassato. Nella descrizione è stato logorroico.

Daniele C.:”ho avvertito calore, una sensazione di benessere dai piedi fin su. Ho avvertito il corpo in modo molto sensibile. L’esperienza è stata gradevole. Nessuna parte del corpo mi ha opposto resistenza.

Nota: il paz. è apparso rilassato.

Antonio N.: “ all’inizio ero ansioso, perché!?. . . I miei genitori. . . niente. . .

Fino al bacino non ho avvertito nessuna sensazione, come se non ci fosse, ero contratto. Dal torace in su ho iniziato a respirare bene e il cervello era sereno. Ai piedi avvertivo come un massaggio. Sentivo il respiro e la rilassatezza del cervello.”

Nota: il paz. è apparso teso, pallido, sollevava i piedi e spesse volte, si contorceva e apriva gli occhi. Non si è mai rilassato e nella descrizione ha mentito.

Note conclusive

La resistenza alla testa è dovuto a tensioni di carattere compressivi, contemporaneamente a forte tensione della muscolatura della testa, si verificano tensioni dei muscoli delle spalle, del dorso e della colonna vertebrale.

La lettura legata alla psico-somatica ci permette di capire "come funziona un essere umano" e "come fare per aiutarlo".

Caratteristica degli psicotici è accentrare le proprie energie nella zona della testa, perdendo ben presto il proprio rapporto "col polo inferiore" e quindi con le proprie radici, le uniche in grado di tenerli ben saldi alla vita. L'uomo possiede due centri: cuore -sentimento e cervello- pensiero; nessuno dei due centri è migliore o peggiore e, la situazione ottimale sarebbe "stabilire l' equilibrio fra i due"

.Attraverso la musica si rivedono gli angoli bui della nostra vita e dove, in questo caso, li abbiamo somatizzati, questa è un'opportunità per prenderne coscienza sul proprio corpo e buttar fuori quelli che ci hanno maggiormente segnato.

Un cattivo controllo degli impulsi (istintualità), slatentizza, determinando la commissione di reato.

Noi dobbiamo resettare e riscrivere.

III SEDUTA 8/1/03

1) **Rilassamento frazionato Brano: Still Lighth M. Jones**

2) **Condizioni musicali.**

3) **Commenti.**

Setting terapeutico: dott. Carizzone, Ass. Capo Tartaglione, Ag. Marrandino

Pazienti: Antonio N., Salvatore, Di F. Remo.

Obiettivi: rilassamento e presa di coscienza del proprio corpo. Rinforzo dell'archetipo genitoriale carente.

Commenti

Salvatore: "mi stavo addormentando, mi sono rilassato, quando hai descritto i polmoni, ho avuto l'esigenza di effettuare dei profondi respiri e ho avvertito una sensazione di benessere, l'aria sapeva di menta. Le parti del corpo le avvertivo ma non come proprie"

Nota: Il paz. Si è rilassato gradualmente. Ha cambiato espressione. Durante il commento ha avuto l'esigenza di toccarsi il corpo iniziando dai piedi fin su al cuoio capelluto, per riappropriarsene

Soggetto analitico.

Remo: Mi sono rilassato subito, l'unica parte del corpo che ho dovuto irrigidire è stato il collo e la nuca perché temevo di addormentarmi, infatti ho avvertito l'esigenza di stiracchiarmi. Mentre vivevo questi momenti ho riso perché la tua voce mi faceva sorridere e temevo di abbandonarmi.

Nota: il paz. si è rilassato gradualmente, ma , non del tutto. Ha incontrato resistenza al tratto nucale e ha posto resistenza all'abbandono sdrammatizzando il tutto con una risata (scarica tensionale) e usando come alibi la mia voce.

Antonio N.: A differenza della volta scorsa, ho sentito I polmoni come se funzionassero diversamente, il respiro era dolce. Nella testa avvertivo serenità e un formicolio ai piedi.

Nota:il paz.ha finto di rilassarsi.

Note conclusive

Durante il rilassamento frazionato i pazienti hanno manifestato tremore,(reazione degli effetti extra piramidali dei farmaci) e difficoltà a riappropriarsi del proprio corpo, (scissura mente corpo caratteristica degli psicotici). Quindi ho ritenuto opportuno continuare col rilassamento frazionato.

Alcuni hanno vissuto l'esperienza di scoprire il proprio corpo, altri di riappropriarsene,altri ancora hanno evidenziato ostacoli ad accedere in alcune parti del corpo.

Musicoterapia in tempo reale

Va applicata secondo un percorso stabilito nel primo incontro dal musicoterapeuta, in funzione del problema manifestato. Tale percorso va poi riadattato alla persona in funzione delle sue reazioni durante il processo musicoterapeutico.

La musica selezionata su brani standardizzati, preselezionati per ogni percorso, viene qui proposta come “colonna sonora” di pensieri che la persona vivrà nell’immaginario, avendo come guida un tema che il musicoterapeuta proporrà (ad es.: Viaggio nel corpo), utilizzando tabelle musicoterapeutiche di riferimento secondo il modello F. Trippetti.

Tale musicoterapia aiuta il soggetto ad individuare in se stesso difficoltà relazionali, comportamentali, carenze nello schema corporeo, elaborando il proprio immaginario in una verbalizzazione individuale o di gruppo.

IV SEDUTA 15/1/03

1) **Rilassamento indotto***, privo di descrizione, con contatto (mano-piede). **Brano Still Light M.Jones.**

2) **Commenti**

3) **Immaginativa in Tempo Reale****: **“Viaggio Nel Corpo” Brano: Divertissementz (valzer) J.Iberg**

4) **Commenti**

Setting terapeutico: dott. Carizzone, Ass. Cap: Tartaglione, Ag. Marrandino.

Pazienti: D.F. Remo, Daniele C., Antonio N., Salvatore C.

Obiettivo:* La persona reagirà fisiologicamente ascoltando la musica perché sarà stimolato ad entrare in rapporto a quei parametri musicali. (Pawlov: stimolo-risposta; Schin: stimolo-organismo-risposta).

**Aiutare il paz. ad individuare in se stesso difficoltà relazionali, comportamentali e carenze nello schema corporeo.

Commenti sul rilassamento indotto.

Remo: “parola d’ordine, sonno”.

“E’ stata piacevole la situazione che si è creata, a cerchio, in cui sentivo l’esigenza di voler trasmettere qualcosa agli altri, ho provato benessere e mi sono rilassato”.

Nota: Alla fine del brano, il paz. è scattato e irrigidendosi ha detto “parole d’ordine sonno”. Durante il percorso musicale si è rilassato, mentre durante la descrizione, ha manifestato momenti di chiusura. Non approvava la sua esigenza di comunicare con il vicino?

Daniele: ”Ho avuto una sensazione di svuotamento, il tempo si è fermato, non c’è né presente, né passato, il cervello è vuoto. Sensazioni del genere mi capitavano di provarle quando ero a casa da solo, e strano che mi siano capitate ora”.

Oggi parlando mi rendo conto che la voce attraverso la quale mi esprimo, mi appartiene.

Nota: il paz. è apparso stupito e soddisfatto.

Salvatore:”Ho immaginato di dare la mano ai miei genitori. A dx. mio padre, a sx. mia madre. Mi sono rilassato e sono stato bene”.

Nota : il paz. è apparso emozionato, tratteneva le lacrime.

Antonio:” Ho pensato a mio fratello e a mio padre, a mio padre perché penso che morirà prima che esca dall’O.P.G.; a mio fratello perché dopo un’infanzia tragica, durante la quale ho subito tanto da lui,finalmente ho stabilito un buon rapporto,l’ ho riscoperto ed è stato bello.

Mentre ascoltavo il brano alternavo sensazioni di serenità a momenti tragici. Io a differenza di Salvatore C. , non riesco a piangere.

Nota: il paz. durante il percorso è apparso teso. I commenti che riguardano lui sono falsi (piange sempre in reparto), quelli riguardanti i familiari, nuovi e fonti di studi.

Commenti sul “Viaggio nel corpo”

Daniele C.: “Ho avvertito i miei muscoli muoversi, come se dovessero ricevere un segnale per agire, li ho sentiti sensibili. Non ho visto le parti anatomiche del corpo ma, ho avvertito una sensazione di calore e di forza, una forza sovrumana lungo tutto il corpo. La mia mente era lucida e molto sensibile la zona occipitale della testa.”

Nota: Continue scariche tensionali,linguaggio psicotico.

Remo D F.:Mi sono distratto e non avevo capito comunque ho ascoltato la musica e ho avvertito la sensazione di avere il corpo immobile esternamente e in movimento internamente, prima in testa poi lungo tutto il corpo. E’ stata emozionante questa esperienza.

Nota: linguaggio psicotico.

Salvatore C.:” Sono entrato nel corpo con un sondino quindi la testa poco tempo o niente,naso, bocca,gola,polmoni neri perché fumo, stomaco, intestino, pube, gambe e piedi.”

Nota: Linguaggio razionale, tutto per logica. Durante il percorso,ha mosso i piedi e alla fine ha avvertito l’esigenza di toccarsi il corpo. (per appropriarsene).

Antonio N.: “Non sono riuscito ad entrare nel mio corpo,avvertivo una sensazione di freddo ai piedi e un’aureola in testa. Sugli accordi dissonanti ho pensato alla guerra”.

Nota:Contratto e agitato lungo tutto il percorso.(La sua chiave d’accesso è la musica).

Note conclusive

I pazienti ci hanno mandato un chiaro messaggio:

Patologia in testa→ Blocco→ Cattiva Comunicazione Mente Corpo. La patologia psichica determina un blocco nel vivere o percorrere la restante parte del corpo, determinando la cattiva comunicazione mente-corpo,infatti si evidenzia che:

1)Non c’è un vissuto scorrevole e logico del proprio corpo.

2)Si concentrano sul cervello.

3) Non si ha accesso al corpo.

Quindi: Punisco la corporeità e i corpi, (anaffettività) uccidendo.

La resistenza ad accedere al proprio corpo ha evidenziato che il carico angoscioso basso e caratteristico di chi ha commesso un lieve reato. (Antonio C. maltrattamento in famiglia),viceversa il carico angoscioso alto, sarebbe caratteristico di chi ha commesso un reato grande (Antonio N. triplice omicidio).

Se non escono gli scheletri dagli armadi non si potrà mai capire.

V SEDUTA 22/01/03

1) Musicoterapia Corporeosistemica: Brano: M. Jones; Still Light.

Esperienze di contatto: disporsi a coppie e svolgere attività imitative, movimenti liberi, brevi contatti, avvertire il battito cardiaco dell'altro, appoggiarsi di spalle e avvertire il ritmo respiratorio, respirare all'unisono, bendati affidarsi all'altro.

2) Commenti

3) Conduzioni musicali.

Setting Terapeutico: dott. Carizzone, dott. D'Alessandro, Ass. Capo Tartaglione, Ag. Marrandino.

Obiettivi: Sviluppare ed esercitare le attività sensitive, acquisire fiducia nell'altro, esternare la propria simbologia.

Pazienti: Salvatore C., Daniele C., Antonio A., Antonio N.

Commenti

Antonio A.: "all'inizio ero impacciato cambiavo sempre partner, poi ho trovato l'equilibrio con la persona giusta e mi sono lasciato andare. Mi sono divertito e ho provato una sensazione di piacevolezza."

Nota: Il paz. è apparso impacciato, ha avuto difficoltà col personale di Polizia Penitenziaria legata al controllo/osservazione e col medico perché sconosciuto, entrambe le figure poi erano del suo stesso sesso maschile. Il paz. si è lasciato andare con L'Ag. di Polizia Pen. di sesso femminile.

La sua eterosessualità gli ha permesso di superare i ruoli e le funzioni.

Antonio N.: "Quando mi guidava nei movimenti mi divertivo e mi sono abbandonato. Non ho provato nulla perché lui è uomo. All'inizio ero impacciato nei movimenti, poi mi è piaciuto e ho vissuto l'altro con piacere"

Nota: Il paz. entrando ha chiesto al medico se era guarito. Durante il percorso di contatto, si è abbandonato gradualmente al divertimento, creando col compagno, complicità e intesa. Ha avuto difficoltà nel descrivere le sensazioni antepo-
nendo il dire “io sono uomo, che sensazioni devo provare?” Dopo l’intervento sulla libertà sessuale, ha affermato che ha vissuto il tutto con piacere. (postura deduttiva)

Daniele C. “inizialmente ero impacciato (ride), poi mi sono lasciato andare (scarica tensionale-voce) All’inizio ha giocato poi sono diventato serio”

Nota: il paziente è apparso gocherellone e goffo, impacciato, poi seriamente e piacevolmente si è abbandonato all’esperienze di contatto. Piacere che riconosce e approva?

Note Conclusive

Da questa seduta è emerso il gioco Piaget: “risveglia il bimbo che è in te”
L’importanza del saper giocare nel comprendere il passaggio tra gioco-costruttivo, in cui ci si diverte senza danneggiare e gioco-pericoloso che porta al reato.

E’ stato oggetto di discussione l’omosessualità e l’eterosessualità, come libertà di viverle, seguendo i propri impulsi e desideri;

la pedofilia e la necrofilia come forme patologiche.

Musicoterapia immaginativa simbolica

Consta di percorsi concatenati costruiti e standardizzati su simboli archetipici.

I pazienti ascoltano un brano selezionato, sul quale il musicoterapeuta parla, proponendogli di immaginare dei percorsi, oggetti, ambienti, che il soggetto dovrà successivamente descrivere o verbalmente o, meglio, scrivendo quanto è riuscito ad immaginare.

Successivamente il musicoterapeuta discuterà il prodotto mentale del paziente confrontandolo con quanto effettivamente propostogli nel testo immaginativo standard. Si valuteranno gli scostamenti dal percorso, le rimozioni, le amplificazioni o riduzioni ecc., commentandone il valore sul piano simbolico, lì dove ne verrà svelato il senso.

Test Musicoterapeutici

La musica ha caratteristiche stratiformi complesse, che consentono di rappresentare simbolicamente all'esterno il mondo interno dell'individuo. Con un vero e proprio effetto specchio, quindi, il prodotto musicale può restituire all'individuo contenuti per lui positivi o negativi, con riferimento al mondo archetipico ed alla sintesi inconscia, più che all'analisi estetica razionale. L'analisi geometrica e strutturale della musica secondo il modello F.Trippetti mi consentirà di individuare il brano corrispondente allo stato d'animo del paziente, la sua struttura e la carenza archetipica.

Il linguaggio non verbale e manifestazioni psico-somatiche saranno rafforzative alla lettura olistica del paziente.

VII SEDUTA del 5/2/03

1) Immaginativa Simbolica n°1- Brano: Celtic Story J .Mark

2) Test Simbolico (visivo)

3) Commenti

Setting Terapeutico: Ass. Capo Tartaglione

Pazienti: Antonio N., Daniele C., Antonio A., D F. Remo.

Obiettivo: Accettazione di Sé.

Commenti:

Antonio N.: "all'inizio mi sono estraniato, ascoltavo solo la musica, poi ho ripreso ad immaginare lì da dove ho iniziato a sentirti. Ho immaginato prati verdi, la panchina sulla quale mi sono sdraiato. Mi tuffavo nel cielo stellato, era buio, pensavo che venisse la pace eterna e mi uscivano le lacrime"

Nota: Il paz. è apparso pallido e assente, in lui si sono alternati momenti di isolamento a momenti di attenzione. La musica lo trascina in un mondo tutto proprio tanto che spesso l' ho dovuto riprendere.

Daniele C.: "Ho immaginato di camminare sul viale sbrecciato, oltre gli alberi (abeti) c'erano i prati. Ho visto la panchina e mi sono seduto, ho sentito il profumo di aria fresca e fiori, era primavera e c'era il sole"

Note: Il paz. è apparso contratto e ansioso, evitava lo sguardo. Si è rilassato durante la lettura del test simbolico visivo.

Antonio A.: "la musica alla fine mi ha rattristato; ho immaginato il viale alberato a galleria, vedevo tutto dall'alto. La panchina sulla quale sedevo, con gli abiti da lavoro, era di legno e di colore grigio. Le persone che camminavano sul marciapiede, le macchine e le persone, intorno c'erano tanti prati verdi e sentivo gli uccelli. Le immagini erano sfocate, io invece sogno a colori".

Nota: Il paz. è apparso iper attivo e entusiasta di sottoporsi alla musicoterapia.

Remo:”ho immaginato il viale alberato,le piante a foglie larghe,era autunno e le foglie cadevano. Mentre percorrevo il viale,oltre gli alberi vedevo i prati verdi con tanti cerbiatti simili a quelli della Scozia, nel film “Cuore Impavido” ,mi hanno dato la sensazione di libertà e di pienezza,mi sono sentito solitario,desideravo che qualcuno stesse con me per condividere le mie sensazioni,l’ ho cercato.

La panchina l’ ho vista verde e di legno,non ho avuto voglia di se dermici. Non ho sentito né profumi né suoni,solo desiderio di respirare”.

Nota: evidenzia sempre il suo eccessivo perbenismo.

Note conclusive

Per quanto le immaginative simboliche, hanno tutti partecipato e sono stati quasi tutti fedeli alla descrizione.

CONCLUSIONE

Test simbolico uditivo: i pazienti, non sono stati sempre fedeli alle risposte date precedentemente per cui sono risaliti alla loro struttura archetipica attraverso lo studio del loro comportamento dal quale si sono evidenziate le seguenti caratteristiche: paura di amare ed essere amati, di lasciarsi andare, legati alle regole. Tutti hanno manifestato le caratteristiche della struttura avere:

Posseggono e non desiderano abbastanza ciò che hanno.

Hanno tendenze sadiche.

Hanno come sentimento base il risentimento, ossia tendono ad accusare sempre gli altri, anche di evidenti proprie colpe, sono eteroattributivi.

Quando sono sprofondata nella grave patologia psichica, alla follia, hanno commesso il reato "omicidio".

Tutti hanno manifestato una struttura carente sul materno: paura di amare ed essere amati, paura di lasciarsi andare, legati alle regole ecc... in effetti loro hanno commesso il reato coscienti che sarebbero stati puniti.

Dopo la lettura della loro struttura archetipica (alimentatore) mi sono concentrata sullo stimolare ciò di cui loro hanno bisogno cioè musica materna che gli ho somministrato sia attraverso le conduzioni musicali e sia, quando è stato possibile, attraverso le immaginative.

VIII SEDUTA 14/03/03

1) Immaginativa simbolica n°2. Brano: Celtic Story J.Mark

2) Conduzioni musicali.

3) Commenti.

Setting Terapeutico: Dott. Carizzone, Ag. Marrandino

Pazienti: Antonio A., Remo D.F., Daniele C. Antonio N.

Obiettivo: Rafforzamento dell'IO

Commenti: L'elaborato dell'immaginativa è stato rimandato alla versione scritta. Durante questa seduta sono emersi i sogni, ogni paziente ha raccontato i propri sogni spunto per parlare e far emergere vissuti tormentati, causa determinante dell'induzione al reato.

Antonio N: Ho sognato una fabbrica vecchia di Urbino, una chiesa e il dott. Carizzone il quale mi diceva "tu non sei guarito", e io gli rispondevo che ero un grande musicista, e il dott. Ancora:" tu sei un grande coglione, svegliati, non hai capito un cazzo". Poi ancora ho sognato un tempio egiziano, tanti sarcofaghi e mio padre che con sguardo cattivo mi diceva:" ce la farai a sconfiggere la malattia".

Perché dopo tanto silenzio, non lo so, sono sempre stato soffocato da mio padre, io lo odiavo anche se tra noi non è accaduto nulla, ricordo che faceva lavorare solo mio madre e non portava soldi a casa era un fannullone, un giorno tornò a casa ubriaco, vomitò e io provai tanto schifo.

Remo Di F.: Io non sogno, ... tredici anni fa ebbi una relazione con una donna alla quale ammazzai il compagno. Il nostro era vero amore non accettabile dalla società perché lei era sposata, io ebbi paura e scappai. Dopo poco conobbi un'altra donna figlia di un regista, troppo ricca per me, mi lasciò, io non ero un suo pari,

allora avvertii l'esigenza di tornare dalla donna amata precedentemente e trovandola in uno stato pietoso decisi di sostenerla come potevo senza vivere con lei momenti d'intimità. Il convivente la maltrattava, la sfruttava e io l'ammazzai quello sporco e sudicio uomo. Io sono invidioso dei miei fratelli e sono stupito di quanto loro mi vogliano bene.

Nota: Pregnanza verso la legalizzazione della situazione, l'inadeguatezza era societaria non propria e si puniva l'uomo che non dava dignità alla donna.

Daniele: Io negli ultimi tempi sto sognando e i sogni riguardano sempre una ragazza che ho sempre desiderato e mai avuto, io vorrei capire cosa mi ha indotto al reato, forse i vaccini che ci iniettano.

Nota: Il paziente vive in uno stato confusivo e reprime molta aggressività.

Antonio A. : io non ricordo i sogni, però dopo la morte di mio padre mia madre cambiò e io mi ritrovai sempre più solo.

Note conclusive: Non storie immaginate ma veri vissuti di una esistenza tormentata. In psichiatria, la storia è nostra, sono gli eventi che creano la patologia, eventi sociali o familiari, segnano l'individuo interiormente, quindi liberarsi senza remore né pregiudizi perché una volta conosciuto il problema lo si riconosce nel momento in cui si ripresenta e ci si corregge nel comportamento.

IX SEDUTA 21/03/03

1) Immaginativa Simbolica n°3 Brano

2) Commento

3) Test uditivo

Setting Terapeutico: Dott. Carizzone, Ass. Capo Tartaglione

Pazienti: Antonio N., Daniele C., Antonio A., Remo D.F., Felice B.

Obiettivo: Rinforzo dell'IO.

Commenti: Al gruppo si è aggiunto Felice B. al quale sono state somministrate le immaginative simboliche separatamente per portarlo allo stesso livello del gruppo

Antonio A.: < Ho immaginato che stavo scalando la montagna, sono arrivato in cima e c'era la neve. Quando stavo in cima con il cannocchiale guardavo l'orizzonte mentre il sole tramontava alle mie spalle. Scendendo dalla montagna ero anziano e camminavo con il bastone perché zoppicavo. Quando ero in cima alla montagna c'erano due alberi; uno pendeva a sinistra e notavo una grande somiglianza tra i due.>

Felice B.: < Ho immaginato una grande collina con una quercia secolare a fianco alla quale c'era una quercia piccola molto bella, ma poi la musica stessa non mi ha fatto più seguire le sue parole ma ricordare del film Ghost immaginando tutte le scene e le vicende che si sono verificate. A me quel film piacque molto > .

Antonio N.: non ricorda nulla, vuole andare via ha l'ansia.

Daniele C. < Ho immaginato la grande quercia e la piccolina accanto sono andato alla fontana ho preso l'acqua l'ho innaffiata e subito è cresciuta ,ecco...>

Remo D.F. <Ho immaginato di camminare lungo un viale alberato, nel periodo primaverile, era una bella giornata, sentivo il calore del sole ed un leggero venticello. Sono arrivato alla fine del viale ed ho visto un bel cancello in ferro battuto, Al di là del cancello c'era un parco con una bella fontana al centro dalla

quale s'innalzava un getto d'acqua limpido. Attorno a me c'era una siepe di rose di vario colore. Ad un tratto mi sono ritrovato su una collina dove c'era una grande quercia scolare e girandogli intorno mi accorgo che era stata potata ed era molto folta. Affianco a questa quercia ce n'era una piccolina che assomigliava alla grande, poi ho notato che a terra c'erano molte ghiande come a significare che la quercia piccola fosse cresciuta da una di quelle ghiande >.

Note conclusive: Lo psicotico è tale perché alterato nella sua dimensione o perché poco tutelato dal farmaco. Nelle loro immaginative o manifestano un'eccessiva fedeltà alla descrizione o alternano realtà e immaginazione. Molte sono le censure e i rifiuti.

X SEDUTA 25/03/03

1) Immaginativa in Tempo Reale: “Viaggio nel corpo” Brano: J. Ibert: Divertissement (valzer).

2) Colorare la propria sagoma

Setting terapeutico: Dott. Carizzone, Ag. Marrandino

Pazienti: Felice B., Antonio A., Remo D F., Antonio N., Daniele C.

Obiettivo: Proiezione del Sé corporeo attraverso il colore.

Commenti prima di passare alla colorazione della propria sagoma.

Daniele: < Durante il viaggio nel corpo sentivo tutto il corpo in funzione in particolar modo i muscoli e i nervi. Sul petto poi sentivo una grande forza >.

Antonio N. < Ho viaggiato nel cervello ed era sereno, poi sono andato lungo la colonna vertebrale ed era tesa. >

Remo: < Ho vissuto tutto il mio corpo allegramente >

Antonio A. < Il mio viaggio è iniziato e si è concluso nel cervello, non sono andato oltre >

Felice < Non sono entrato nel corpo, vedevo un direttore d'orchestra che mi dirigeva. Ho visitato solo la mia testa. >

Commenti dopo la colorazione della sagoma

Daniele: < A differenza della volta scorsa ho vissuto meglio l'esperienza. Il colore nero rappresenta la forza che si propaga nel corpo. Il bianco lo sprigionarsi di sensazioni. >

Antonio N. < Il tutto viene realizzato e sprigionato dal cervello. Il colore verde rappresenta il mio paese, il nero la colonna vertebrale in tensione >.

Remo: < L' ho completato e ne sono contento. Esso rappresenta ciò che considero un senso d'allegria e la musica piacevole del sax >.

Antonio A.<Rappresenta la mia personalità;”essere molto felice”. Io ho molti aspetti del carattere, dall’ allegro passo al triste; ora mi sento molto energico >

Felice:<E’ un semplice disegno, meglio non mi è riuscito, mi fa ridere sembra realizzato da un bambino >.

Note conclusive

Daniele: Aggressività spettrale “mi disegno come il conte Ugolino”. Aggressività ragionata, nascosta e non agita. Reprime gli impulsi. Ha dipinto il suo fantasma, incapace di agire (non ha colorato ne le mani ne i piedi).

Antonio N.:Non ho sagoma, non ho corpo, tutto è accluso nel midollo e cervello. In atteggiamento di sfida, è come se dicesse al tecnico trova la chiave, ma nel cervello e nel midollo non ci da la chiave.” E l’aggressività ragionata del delirio”.

Remo:Aggressività agita ma assoluta” delirio di onnipotenza”;salvare il mondo da persone corrotte.(Barman)

Antonio A.: Energia pronta ad esplodere. Personalità allo stato brado. Semplice aggressività non ragionata

Felice:Colori accesi. Personalità iper-tonica, molta confusione, dilagamento, assenza di margini. Brachitipo. Aggressività attiva (mano) “Leone da osteria, istigatore”

CONCLUDENDO

C’è corrispettivo tra l’ipotesi diagnostica e il risultante della colorazione della sagoma. Il colore è stata una chiave per avere ancora più chiaro il quadro clinico del paziente.

XI SEDUTA 27/03/ 03

1) Immaginativa Simbolica. Brano: S. Barber: Adagio per archi.

2) Commenti

Obiettivo: Rafforzamento dell'Io

Setting terapeutico: Ag. Marrandino

Pazienti: Remo D.F., Antonio A., Felice B.

Commenti:

Antonio A. < ho immaginato due querce una spoglia e diritta l'altra storta, erano uguali. Nel guardarle ho provato molta tristezza, pensando ai miei disturbi al cervello > .

Nota: Il paziente è irrequieto, dice di voler partecipare all'attività e andar via subito; le fa male il cervello. Negli ultimi tempi sta sognando molto, sono sogni spontanei e rilassanti, d'avventura e fantastici, "per fortuna la mia mente si è librata dai sogni orribili. Ho male alla testa, e la sera sento le voci con le quali dialogo spesso e a volte litigo".

Remo: < Mi sono molto rilassato ho provato una sensazione di benessere. Ho immaginato la grande quercia e ne sono rimasto affascinato La quercia più piccola è cresciuta davanti ai miei occhi mentre la quercia madre era grande e diramata. Le due querce erano simili e mi sono sdraiato fra di loro a pensare, ero contento che non c'erano le formiche. Ho provato una forte emozione quando vedevo le famiglie che entravano nel parco, la siepe, la fontana, insomma era gioia per tutti >

Felice B.: < Ho immaginato la grande quercia, poi la piccola che è cresciuta anche se era più piccola della grande, ben ramificata. Ho meditato a vedere il panorama, distese di città distanti intorno alle quali era tutto bianco >

Note: Sogno molto ma non ricordo i sogni

Note conclusive: Sogni e realtà in continua alternanza rendendo difficile l'interpretazione del punto di passaggio.

A questa seduta non ha partecipato Antonio N.

Il paziente ha sempre reagito bene alla musica e si sono visti i risvolti nel suo comportamento ma, quando si è reso conto che i vari approcci sia musicoterapeutici che psichiatrici stavano arrivando al nucleo psicopatologico di fondo, (obiettivo del percorso: eradicare la patologia attraverso la presa di coscienza della stessa e il rafforzamento dell'Io), ha avuto delle grosse resistenze, "nessuno è disposto a farsi esplorare", e ha preferito stagnare nell'omeostasi patologica evitando così l'induzione al cambiamento, è scattata l'angoscia, la paura del cambiamento ,per cui, come dice Selic (studioso dell'adattamento umano) è fuggito invece di lottare (fire-fights), ha messo in atto la strategia dell'evitamento.

E' anche da valutare che Antonio attraverso la musica ha preso coscienza sia di una soluzione dei suoi problemi e sia del suo reale stato, cioè ospite in un ospedale giudiziario. La musica per lui non è stata risolutiva e lui ha mal sopportato l'idea di stare meglio e continuare ad essere recluso in O.P.G..

XII SEDUTA 27/03/ 03

1) **Test proiettivi**; Definirsi con cinque aggettivi. Descrivere dieci aggettivi che non vi appartengono.

2) **Commenti**

Obiettivi:

1) Prendere coscienza di ciò che realmente siamo e gli altri ci riconoscono di essere.

2) Prendere coscienza di ciò che non siamo, che non ci appartiene per riconoscerlo negli altri per evitarli e migliorarci. (conoscere, riconoscere, correggere o evitare).

Equipe: Dott. Carizzone, Ag. Marrandino.

Pazienti: Antonio A., Remo D. F. , Felice B. , Antonio N. , Daniele C.

Commenti

Antonio A: 5 aggettivi: nervoso – sensibile – **timido** – intelligente – fastidioso

10 aggettivi: brutto – stupido – antiquato – socievole – acculturato – molto intelligente – buono – allegro – libero.

Nota: Timidezza (mistificazione)

La sua rabbia è agitata nei confronti della famiglia e della società. La storia di Antonio ha radici in una storia disordinata con un grosso complesso d'inferiorità.

Remo: 5 aggettivi: rilassato – contento – **spaventato del mio benessere** – compagno - incompreso.

10 aggettivi: arrogante – maleducato – invadente – scontento – violento - pigro – invidioso – compreso – incapace – incusabile.

Nota: Spaventato del mio benessere = salvatore dell'umanità (il suo reato è frutto di una forte gelosia a livello inconscio, il suo era amore platonico, provava vergogna nel farsi vedere con quella donna.

Antonio N: 5 aggettivi: forza d'animo – fragilmente innamorato della vita – **bello,altruista** – intelligente – fantasioso.

10 aggettivi: **sicuro** – acculturato – reattivo – sveglio – furbo – malizioso – stupido – bravo musicista – pronto per amare una donna – grande come mio padre.

Nota: bello-altruista =narcisista

Felice: 5 aggettivi: simpatico – serio – **credo in Dio** – a volte mi mostro ignorante – non mi voglio bene.

10 aggettivi: buon alunno - -musicista – giudice – cantante – disegnatore – autotrenista – fornaio – psichiatra – infermiere – medico.

Nota: credo in Dio = richiesta di assoluzione.

Nel caso in questione è stata la patologia di fondo che ha creato il cattivo controllo degli impulsi.

Nota conclusiva:

Sono state sottoposte al test anche due tirocinanti psicologhe e l'agente di Polizia Penitenziaria.

Per quanto riguarda i **5 aggettivi**; la terza definizione rappresenta ciò che realmente il soggetto sente di essere e ciò che gli altri gli riconoscono che sia.

Nella popolazione psicotica, la terza definizione slatentizza l'inconscio, la parte **ammalata** del paziente, **il delirio**, quindi parliamo di: timidezza, bellezza, benessere psichico e fede, "l'aspetto che viene mistificato ma che rappresenta la chiave di volta del problema" ; aggettivi che nascondono una realtà ben diversa :

Timidezza → Senso d'Inferiorità; Bellezza → Narcisismo;

Benessere psichico → Salvatore dell'umanità; Fede → Richiesta di assoluzione.

Per quanto riguarda i 10 aggettivi: c'è una grossa differenza tra la popolazione target o presunta sana, circa l'aggettivazione più hard che, non è mai così colorita o connotata in termini di aggressività come la popolazione psicotica, patologica, inoltre, nella popolazione malata si evidenziano i propri desideri sia quelli non realizzati che quelli non realizzabili.

Cambio di scena per Antonimo N.

Antonio, ha minacciato il suicidio, è stato osservato a vista per tre giorni, non gli è stata modificata la terapia psicofarmacologia, ma, è stato sottoposto a diversi colloqui.

Lo psichiatra dott. Carizzone ha ridefinito il contesto adottando una strategia di recupero improntata sulla drammatizzazione del sintomo spiegando che quella sua fuga era un chiaro segno per evitare il problema ma non la sua vera volontà.

Il paziente in termini logici-lineari aveva una gran voglia di fuoriuscire, per cui ha dovuto prendere coscienza dei suoi reali e inconsci desideri per rientrare nel setting terapeutico, comprendendo anche che sospendendo il trattamento, il tutto si sarebbe cristallizzato nell'omeostasi patologica evitando così il cambiamento.

XIII SEDUTA 8/05/03

1) Immaginativa simbolica. Brano: S. Halpern: Canone in re

2) Commento

Setting terapeutico: Dott. Carizzone, Ass. Capo Tartaglione

Pazienti: Daniele, Antonimo N., Remo, Felice Antonimo A.

Obiettivo: Affrontare la realtà.

Commenti

Daniele: < ho immaginato una strada, un sentiero sconosciuto di cemento che si biforcava oltre il quale c'erano infiniti prati, era una strada isolata ed io non riuscivo a capire ne l'origine ne la fine. Ho provato una sensazione di pace e di serenità.>

Nota: Daniele appare teso, dispotico, si distrae facilmente.< Mi sembra una bomba pronta ad esplodere.>

Antonimo N. < Ho immaginato un parco incontaminato oltre il quale si vedeva un incrocio, (ho l'ansia), si sentiva il cinguettio degli uccelli.>

Nota: ansia espressa.

Remo:< Sdraiato sotto la quercia, vedevo le persone che entravano nel parco e visitavano il bosco. Ho visto la stradina e incuriosito l' ho percorsa e oltre la collina c'era un incrocio caotico: gara ciclistica, macchine, poliziotti e tanto caos. Io mi sono voluto godere la serenità del parco e mi sono sdraiato > .

Felice:< Parco bello, ho immaginato tutto a colori. In fondo al parco ho visto una via, forse era il seguito del bosco, alberata sotto la quale passava un fiume. L'incrocio non l' ho focalizzato e non ho immaginato ne macchine ne caos.>

Antonio A.< Ho immaginato una strada alberata che conduceva ad una cascata che andava a formare un laghetto, ma, è passato un corvo che mi ha turbato tanto che ho provato nausea >.

XIV SEDUTA 15/ 05/03

1) Immaginativa Simbolica. Brano: S. Barber: Adagio per archi

2) Commenti

Obiettivo: Affrontare la realtà

Setting Terapeutico: Ass. Capo Tartaglione

Pazienti: Daniele, Antonimo A., Antonimo N.

Commenti:

Daniele: < Camminavo lungo la staccionata, ho visto il cancello l' ho aperto e attraversando il prato ho raggiunto l'incrocio, in effetti ho imboccato la stradina che si trovava alla dx della collina dietro alla quale c'era l'incrocio asfaltato. Il tutto era ambientato negli anni cinquanta, era tutto in legno e vetro. L'immagine che ho visto riflessa nella vetrina mi dava un brivido, c'era uno sguardo profondo tra me e l'immagine riflessa a mezzo busto e io ero felice. Ho incontrato una compagna delle elementari (mi piaceva). L'ultima volta che l' ho incontrata è stata molto comprensiva con me e mi rammarica il fatto di averla lasciata senza averci provato. Tutti venivano verso di me e mi hanno salutato, ho provato dei brividi di piacere ed è stata una bella sensazione > .

Antonio A. < Ho immaginato una strada alberata, sono arrivato al cancello che si è aperto senza fatica. Tutt'intorno c'erano distese di prati verdi oltre i quali sorgevano delle case. Ho visto la vetrina di un negozio dove si intravedeva un'ombra, non so se ero io. Ho incontrato una persona anch'essa in ombra e tante altre ombre. A me sembrava un cartone animato > .

Antonio N. < Camminavo lungo il sentiero e lungo il recinto costituito da pietre garganiche, spigolose, c'era un cancello l' ho aperto e ho immaginato un paese con una chiesa (lo vedevo dal basso verso l'alto) era bello, tranquillo e piccolo. Nella vetrina del negozio ho visto riflessa la figura di mio padre, poi camminando lungo

la vetrina ho incontrato: Antonio T..Michele M. e mio padre, appena l' ho visto mi si è bloccata l'immagine > .

Note conclusive

Le immaginative continuano ad essere un misto tra sogno e realtà. I pazienti nella descrizione continuano ad evidenziare spaccati del loro vissuto. Qual è il sogno e quale la realtà?

XV SEDUTA 25/05/03

1) Immaginativa Simbolica. Brano- J.Mark: Celtic Story

2) Commento

Setting Terapeutico: Dott. Carizzone Ass. Capo Tartaglione

Pazienti: Remo, Antonio A., Daniele, Antonio N. , Felice.

Obiettivo: Prendere coscienza dei luoghi dell'anima e del fatto che non ci si conosce mai a fondo.

Antonio A. < mi concentravo. Mi dondolavo sull' altalena realizzata su un albero, ho visto una montagna innevata, il bosco folto, il ruscello che è diventato un fiume, e all'improvviso un corvo nero che svolazzava proiettando l'ombra sulla terra. Non ho visto la sorgente e sono rimasto sempre sull'altalena.>

Nota: in questo periodo Antonio è preoccupato perché non può rientrare in famiglia ne recarsi al D.S.M. del luogo, manifesta grosse resistenze, ha guerra in testa, il problema lo coinvolge.

Daniele: < La musica ha avuto effetto maggiore mi ha inebriato. Ho immaginato di stare sul dondolo di fronte alla fontana, un pettirosso che bevevo e di fare altrettanto, così ho iniziato a volare, ho bevuto e mi sono allontanato. La mia attenzione era rivolta alla grande quercia, mentre mi innalzavo sempre più il parco diventava piccolo. (non ho capito del ruscello), ho visto le montagne e le colline al tramonto Mentre mi trovavo sul dondolo ho provato una sensazione di tranquillità e mentre ero nell'aria, un senso di leggerezza.>

Nota: ha vissuto maggiormente il percorso, il brano per lui è stato più terapeutico.

Antonio N. <Dondolando sul cavallo, in un parco giochi, davanti ad una fontana di forma esagonale dalla quale zampillava acqua, ho visto un cardellino che ha bevuto ed è volato via, l' ho inseguito e volando ho visto il mio paese dall'alto,ho

seguito il corso del ruscello (Gargano). Il luogo era aspro, c'erano pianure, colline ecc...<Ho provato un senso di serenità fino a dormire > .

Nota: ha vissuto tutto bene.

Remo <Ho immaginato di stare su di un'altalena sulla quale mi slanciavo per dondolarmi ancora più forte, vedo un pettirosso che beve alla fontana e vola via, io l' ho seguito volando sulle nuvole fino a quando non ho visto più il parco. Sono sceso dalle nuvole perché affascinato dal paesaggio: la sorgente , le vallate e i boschi.

Mi sono ritrovato sull'altalena perché era un sogno > .

Nota: Sono stanco e sfiduciato perché non vedo i miei parenti, non parlo con loro ...

Felice: <ho collegato il tutto alla vita vissuta con mia moglie, ai luoghi che visitammo poi sono ritornato al sogno. L'uccello, un passero ha bevuto alla fontana e poi è volato via, io ho fatto lo stesso, però non ho bevuto. Dall'alto il parco era piccolo io volavo seguendo i sentieri delle montagne, ho immaginato le cascate, la sorgente, le montagne rocciose e tanti prati verdi.>

Nota: ha vissuto bene l'esperienza, anche se i si collegava sempre e continuamente col passato.

CONCLUSIONI

Il primo ciclo terapeutico si è concluso con quest'ultima immaginativa simbolica, "Il volo".

I contenuti delle "immaginative simboliche" descritte dai pazienti, non hanno permesso un'interpretazione secondo il linguaggio comune, ciò che si è maggiormente evidenziato è stato l'alternanza tra realtà e mondo onirico.

Anche se sottoposti ad immaginative, persistono: le ambivalenze, le false interpretazioni della realtà, un linguaggio mentale dalle rappresentazioni frammentate con connotazioni deliranti e con gravi problemi affettivi, (buio-amano la morte).

Sia l'approccio musicoterapeutico che quello sistemico relazionale, hanno fatto, simbioticamente, emergere la patologia esistente.

Gli studi incrociati hanno determinato, al paziente, la slatentizzazione, a livello di coscienza, del nucleo psicopatologico di fondo, sottocelato il quale, in mancanza dell'intervento terapeutico, sarebbe incapsulato determinando grosse difficoltà sia nell'interpretazione della patologia che nel processo di cambiamento terapeutico.

La musicoterapia ha reso possibile, ai pazienti, un percorso preferenziale per la guarigione o il superamento dell'omeostasi patologica in quanto sono stati messi in condizione di rivisitarsi, di mettersi in discussione, di valutare i propri errori, di guardarsi allo specchio, di accettarsi e rafforzarsi.

A dare valenza e scientificità a questo intervento è stato l'uniformità dei risultati emersi: con la musica, con la psicodiagnosi, con gli esami di laboratorio, con gli esami strumentali che hanno rivelato la stessa diagnosi: cattivo controllo degli impulsi, disturbi esplosivi intermittenti, appartenenti al capitolo nosologico dell'affettività.

Musicoterapia attiva corporeo-sistemica

Conclusioni delle Conduzioni musicali:

I pazienti si sono avvicinati timidamente agli strumenti, sperimentando le varie possibilità sonore attraverso l'improvvisazione di ritmi, tramite i quali, si sono meglio identificati per poter esprimere ciò che sono e ciò che sono abituati ad agire. In base alla loro simbologia e attraverso un processo isomorfo, i pazienti hanno espresso se stessi esplicitando il loro bisogno di essere ascoltati e capiti.

Durante le conduzioni ho proposto molto velatamente l'archetipo genitoriale carente, nel caso degli "avere": ho usato suoni dolci, flessibili, assenti di tensioni, buona continuazione del melos, armonia semplice (consonanze), ripetitiva, pathos appagato rapidamente (possesso). Nel caso dei pazienti "essere" suoni: rudi, forti, poderosi, tensioni continue, imprevedibilità melodica, armonia complessa (dissonanze), struttura ritmica variabile, frequenze estreme, pathos posticipato (desiderio).

Dopo l'aggancio, il paziente è passato ad esprimere ciò di cui ha bisogno.

E' importante entrare in sintonia col paziente con strumenti diversi, rispettando i suoi tempi e le tre fasi: similitudine, passaggio-aggancio e espressione della carenza archetipica del paziente.

Molti pazienti sono stati attratti dalla batteria attraverso la quale, superata la fase iniziale, perché ritenuta difficile, hanno potuto dare sfogo alla propria emotività e aggressività associando il tutto a manifestazioni fisiche.

In questo modo hanno potuto esternare la propria indole ed alimentarsi dell'archetipo genitoriale carente.

Conclusioni

Come appare chiaro dalla dettagliata descrizione nella prima parte di questo capitolo, la nascita del manicomio giudiziario in Italia col nome di Manicomio Criminale è sin dall'origine legata all'esigenza di predisporre soluzioni per i condannati che, durante l'espiazione della pena detentiva in carcere, abbiano mostrato segni di malattia mentale conclamata: si parla in questi casi, per antica convenzione denominatoria di "rei-folli".

E solo in misura minore, ma solo in epoca successiva che il Manicomio Criminale comincerà ad accogliere quei soggetti che hanno commesso il reato essendo già affetti da malattia mentale, e che per quello specifico motivo sono stati prosciolti dall'accusa penale: la denominazione convenzionale anticamente usata per questi ultimi soggetti è quella di "folli-rei".

In tutte le civiltà e le società a noi note, a partire dall'epoca connotata come "storica", le persone che commettevano dei reati, essendo affette da qualche peculiarità soggettiva che le rendeva "strane", "incomprensibili", "diverse" dalle generalità degli altri soggetti venivano definite "alienate".

Il codice penale Zanardelli entrato in vigore nel 1889 venne sostituito col codice penale Rocco(1930) il quale venne messo in discussione nel 1975 e modificato dalla legge Gozzini che, cambiò la denominazione del Carcere Criminale in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Nei secoli recenti questi soggetti sono stati definiti affetti da "disturbi psichici".

Il mio percorso musicoterapeutico in equipe con il dott. Carizzone, medico psichiatra, è iniziato studiando gli eventi che hanno segnato profondamente gli individui alterandone i rapporti interpersonali, sia con la famiglia di origine che con la società, creando relazioni disfunzionali inducenti al reato.

Abbiamo studiato le strutture familiari ed evidenziato il punto di frattura “dove la relazione si è ammalata” da qui la necessità attraverso la musica di trasformare l’omeostasi patologica in cambiamento terapeutico.

La musicoterapia è una forma di linguaggio non verbale che percorre le vie percettive afferenti alla coscienza e soprattutto all’inconscio.

Attraverso il simbolismo e le vibrazioni si è impegnata la persona nella sua totalità e individualità intervenendo sulle sfere del Sé in modo costruttivo, evolutivo e integrativo.

Gli obiettivi che ci siamo proposti sono stati quelli di: rilevare i meccanismi psico-patologici che li hanno indotti al reato, Slatentizzare i vissuti sofferenti, sottocelati per un’omeostasi patologica.

Il percorso è stato integrato alla psicofarmacologia.

Il farmaco e la musica agiscono nelle stesse zone cerebrali: il farmaco modula l’azione; la musica stimola l’azione.

Su 150 pazienti ne sono stati selezionati cinque aventi comuni caratteristiche: età, contesto familiare, sociale e motivazioni.

I pazienti sono stati sottoposti a test propedeutici:

Aggressività –(amplificata)

Personalità – (problematiche legate all’identità di personalità e sessuali).

Emato-chimici—(alterazioni della prolattina e del litio).

Musicoterapeutici – (fuori struttura, carenti dell’archetipo genitoriale materno).

L’attività musicoterapeutica è stata svolta in una stanza dall’acustica ottimale e insonorizzata.

Pianificata in un arco di tempo di sei mesi, con incontri settimanali.

Sono stati utilizzati strumenti tipo Orff e brani musicali standard.

Durante la prima seduta ho voluto **sensibilizzare i pazienti della musica**; da questo incontro è emerso lo stupore di essere sottoposti all'ascolto della musica e, in alcuni, il disagio nell'essere trascinati e coinvolti emotivamente.

Durante le sedute successive si è applicata la tecnica del “**rilassamento frazionato**” per la presa di coscienza del corpo e il rilassamento di esso.

Caratteristica degli psicotici è accentrare le proprie energie nella zona della testa, perdendo ben presto il proprio rapporto “col polo inferiore” e quindi con le proprie radici, le uniche in grado di tenerli ben saldi alla vita. Il rilassamento frazionato è stato molto efficace sui pazienti che presentavano tremori, (effetti extra piramidali provocati dagli psicofarmaci) determinandone, durante il rilassamento, la scomparsa. Alcuni hanno vissuto l'esperienza di scoprire il proprio corpo, altri di riappropriarsene, altri ancora hanno evidenziato ostacoli ad accedere ad alcune parti del corpo.

I pazienti sono stati sottoposti a **test musicali** associati alle osservazioni del linguaggio non verbale, questo per verificare il brano corrispondente al proprio stato emotivo, la struttura e la carenza archetipica.

I pazienti, non sono stati sempre fedeli alle risposte date precedentemente per cui sono risalita alla struttura archetipica attraverso lo studio del loro comportamento dal quale si sono evidenziate le seguenti caratteristiche: paura di amare ed essere amati, paura di lasciarsi andare, legati alle regole, (hanno commesso il reato consapevoli della punizione).posseggono e non desiderano abbastanza ciò che hanno, hanno tendenze sadiche, nutrono risentimento e sono eteroattributivi tanto che quando sono sprofondati nella patologia psichica hanno ucciso.

Poi ho applicato altre tecniche musicoterapeutiche:

Immaginative in tempo reale:”Il viaggio nel corpo”, attraverso la quale il paziente ha vissuto nell'immaginario, il proprio corpo, individuandone, difficoltà

relazionali, comportamentali e carenze. Le vibrazioni sonore, hanno stimolato il corpo del paziente determinando nuovi vissuti emozionali i quali, usando come mezzo espressivo il colore, sono stati proiettati su fogli attraverso la colorazione della propria sagoma.

Da questa esperienza i pazienti ci hanno mandato un chiaro messaggio: **punisco la corporeità e i corpi,(anaffettività) uccidendo.**

La resistenza ad accedere al proprio corpo ha evidenziato che il carico angoscioso basso e caratteristico di chi ha commesso un lieve reato, quello alto è di chi ha commesso un grave reato. Antonio N. (triplice omicidio).

“Musicoterapia Corporeo Sistemica” in cui il paziente ha prodotto musica assieme al terapeuta, il quale lo ha stimolato, attraverso le tecniche dell’isomorfismo e dell’aggancio, ad esprimere gli impedimenti emotivi e ad alimentare l’archetipo genitoriale carente.

La musicoterapia “Simbolica Immaginativa” nella quale, su base musicale neutra, il paziente ha vissuto nell’immaginario un tema da me descritto, nel quale ho notato: rimozioni, amplificazioni e riduzioni .

Le immaginative simboliche, dei pazienti psicotici, non le ho interpretate perché le loro descrizioni non sono state frutto di immaginazione ma, veri vissuti di un’esistenza tormentata, la realtà si alternava all’immaginazione, ai sogni e al loro passato creando un groviglio discontinuo di eventi, quindi, non interpretabili perché descritte dal linguaggio dello psicotico che non fa parte del linguaggio comune ma non inefficaci, perché le immaginative simboliche contengono gli archetipi, cioè ciò che in noi è innato, quindi le ho somministrate ai fini terapeutici e non interpretativi.

Dall’evoluzioni dei pazienti: apertura, sblocchi emotivi ecc...

si è verificato: la presa di coscienza del Sé corporeo, dell’Io ideale e dell’Io reale.

Sono state esternate e chiarite le problematiche riguardanti la vera identità del paziente compreso quelle sessuali e quelle legate alla famiglia d'origine.

Il ridimensionamento dell'aggressività e attraverso brani musicali "materni" si è riequilibrato l'archetipo genitoriale carente.

Concludendo: sia l'approccio musicoterapeutico che quello sistemico relazionale, hanno fatto simbioticamente emergere la patologia esistente.

La musicoterapia ha reso possibile, ai pazienti, un percorso preferenziale per la guarigione o il superamento dell'omeostasi patologica in quanto sono stati messi in condizione di rivisitarsi, di mettersi in discussione, di valutare i propri errori, di guardarsi allo specchio, di accettarsi e rafforzarsi.

A dare valenza a questo intervento è stata l'uniformità dei risultati emersi con la musica, con la psicodiagnosi, con gli esami di laboratorio, con gli esami strumentali che hanno rivelato la stessa diagnosi: cattivo controllo degli impulsi e disturbi esplosivi intermittenti appartenenti al capitolo nosologico dell'affettività.

Esperienza di Antonio N. recluso da tre anni in O.P.G.

Dopo l'esperienza musicoterapeutica ha manifestato delle difficoltà nell'ambito delle consapevolezza; sia per la non accettazione della propria identità sessuale e sia perché la musica gli procurava benessere psichico ma non era risolutivo delle problematiche giudiziarie. Dopo un periodo di oppositività terapeutica, indispensabili per poter rielaborare le forti emozioni suscitate dalla terapia, si è reinserito nel gruppo.

Esperienze dell'Ass. Capo Tartaglione

Questa esperienza mi ha rafforzato, ho acquistato maggiore grinta e sensibilità. Mi ha permesso, attraverso i vissuti dei pazienti, di avere una visione più umanistica dell'ospite dell'O.P.G., tipo di carcerato che ho sempre inquadrato come "pazzo

criminale” o “altro” e non come un essere umano troppo sensibile agli eventi della vita.

Esperienza del Dott. Carizzone

Mi sono avvicinato all’approccio musicoterapeutico con molto scetticismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici questo, anche perché, la mia impostazione di tipo sistemico- relazionale e familiare, permette una lettura delle situazioni cliniche più pragmatica, cioè una chiave di lettura diversa. Nel momento in cui sono stato sottoposto alla musicoterapia, mi sono dovuto ricredere perché, ho vissuto nuove sensazioni, le immaginative mi hanno slatentizzato e mi hanno permesso di prendere coscienza delle situazioni che vivevo in maniera down, dei conflitti e delle frustrazioni che credevo superate. La musica mi ha aiutato a ridefinire rapporti e relazioni e fatto emergere un ego più forte più combattivo a volte più propositivo. Io da questa esperienza ho imparato a non farmi autogol.

Luigi Carizzone

La mia esperienza

Ciò che mi ha spinto ad avventurarmi in una tale esperienza è stata, oltre alla mia opera infermieristica che sentivo limitata, la necessità di dare un maggiore contributo alle persone che si trovano in un vicolo cieco come la psicosi.. La loro sofferenza, la loro incapacità di reagire, di non riuscire a riprendere il controllo di loro stessi mi ha sempre afflitto e allo stesso tempo alimentato la fiducia nelle possibilità dell’essere umano, di potersi riappropriare delle proprie potenzialità per uscire dal buio della patologia psichica.

Avendo sperimentato su me stessa la valenza della tecnica musicoterapeutica del prof. Trippetti l’ ho volta attuare sui pazienti psichiatrici certa dell’efficacia e del successo che ne avrei ottenuto.

Riferimenti bibliografici

- Leonard B.Meyer:** Emozione e significato nella musica, Il Mulino, 1992
- B.Luban-Plozza-W.Poldinger-F.Kroger:** Il malato psicosomatico e la sua cura, Astrolabio 1992
- Paul Watzlawick-Janet Helmick Beavin-Don D. Jackson:** Pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio, 1971
- Frederick S. Perls:** La terapia gestaltica, Astrolabio, 1980
- Joseph Le Doux:** Il cervello emotivo, i Nani Baldini e Castaldi 1999
- Max Lüscher:** Il test dei colori, Astrolabio, 1976
- Cesare De Silvestri:** Il mestiere di psicoterapeuta, Astrolabio, 1999
- Aldo Carotenuto:** La scala che scende nell'acqua, Bollati Boringhieri, 1996
- Aldo Carotenuto:** Amare tradire, Bompiani, 2001
- Jung:** Psicologia, sogno e associazione verbale, Newton, 1995
- Giulio Granata :** La programmazione neurolinguistica, De Vecchi Editore, 2001
- Michael Argyle:** Il corpo e il suo linguaggio, Zanichelli, 1996
- Thorwald Dethlefsen:** Malattia e destino, Edizioni Mediterranee, 2000
- A.Farau H. Schaffer:** La psicologia del profondo, Astrolabio, 1960
- Karl Jaspers:** Genio e follia, Raffaello Cortina Editore, 2001
- Rudiger Dahlke:** Malattia linguaggio dell'anima, Mediterranee, 1992
- Niels Peter Nielsen:** Pillole o parole?, Raffaello Cortina, 1998
- Pietro Sarteschi- Carlo Maggini:** Manuale di psichiatria
- Vittorio Catapano:** Problemi di psichiatria (pubblicazione edita dall'Ospedale psichiatrico "S. Maria Maddalena di Aversa), 1970
- Bartolomeo Lombardo:** Nuova psichiatria storia e metodo, Carecas, 1977
- G. Boschi:** Un ospedale speciale per malati nervosi, Ferraiola, Ferrara, 1918

R. Canosa: Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi, Feltrinelli, Milano, 1980

K.Dörner: Il borghese e il folle, Laterza, Bari, 1975.

Enciclopedia Treccani: Voce Aversa.

C.Ferrio: Psichiatria clinica e forense, Vol.II, UTET, Torino.

M. Foucault: Sorvegliare e punire, Einaudi, Torino, 1976.

Storia della follia nell'età classica, Rizzoli, Milano, 1984.

G.Gorgoglione: La legislazione vigente sui manicomi e sugli alienati, nei suoi lineamenti di carattere giudiziario, Cet, Lanciano, 1953

M. Ristich De Groote: La follia attraverso i secoli, Tattilo, Roma, 1973

M. Valcarengi: I manicomi criminali, Mazzotta, Milano, 1975

H.Zilboorg: Storia della psichiatria, Feltrinelli, Milano, 1973

F. Trippetti: Dispense

C. Viani: Dispense

G. Virgilio: "Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delirio", Rivista discipline carcerarie, anno IV, 1874 pag. 382.

Arrigo Tamassia: "la pazzia dei criminali italiani" Rivista carceraria anno IV 1874.

Cesare Lombroso:Il momento attuale, Milano 1903 pag. 94

Filippo Saporito: "Il manicomio criminale e i suoi inquilini" Rivista carceraria 1908, pag. 361

Susan L.W. Krupnick-Andrew J.Wade: Piani di assistenza in psichiatria, Daniela Guazzetti, 1996

INDICE

Prefazione	pag. 5
Introduzione	pag. 6
Capitolo I	
Le origini del manicomio criminale	pag. 10
I presupposti culturali e giuridici	pag. 12
Ad Aversa (Napoli) nasce la sezione per maniaci	pag. 15
Note	pag. 17
La psichiatria	pag. 18
La schizofrenia	pag. 19
Il farmaco	pag. 22
Gli antipsicotici e la musicoterapica	pag. 24
Perché il lavoro di gruppo	pag. 28
Capitolo II	
Progetto	pag. 30
Antonio A.	pag. 32
Diego C.	pag. 37
Daniele C.	pag. 41
Remo di F.	pag. 46
Antonio N.	pag. 51
Musicoterapia attiva corporeo-sistemica	pag. 57
Sedute	pag. 58
Rilassamento frazionato	pag. 60
Sedute	pag. 61
Musicoterapia in tempo reale	pag. 65
Sedute	pag. 66
Musicoterapia immaginativa-simbolica	pag. 71
Test musicoterapeutici	pag. 71
Sedute	pag. 72
Foto	
Conclusioni	pag. 74
Sedute	pag. 75
Conclusioni	pag. 91

Musicoterapia attiva corporeo-sistemica	pag. 92
Foto	
Capitolo III	
Conclusioni	pag. 93
Riferimenti bibliografici	pag. 99