

NON TI SCORDAR DI ME!

Musicoterapia e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in Pediatria

JENNY BURNAZZI

Musicoterapeuta, Ravenna

Lavoro come musicoterapeuta dal 2017 nel Reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna. Dal 2022 ho iniziato a incontrare con continuità adolescenti ricoverati per Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA).

La musicoterapia ha assunto una connotazione diversa rispetto agli interventi brevi e autoconclusivi tipici del reparto: i ricoveri prolungati e i Day Hospital ripetuti permettono una continuità relazionale, ma espongono anche a dinamiche più complesse di alleanza, resistenza e transfert.

Nei DNA il corpo parla prima delle parole. L'anorexia, come scrive Massimo Recalcati¹, si offre allo sguardo come un'evidenza: il sintomo è incarnato. In questo scenario, ogni proposta rischia di essere vissuta come intrusione; ogni richiesta come un'ulteriore pressione. Ma c'è un aspetto noto forse da valorizzare: in adolescenza, la musica costituisce un riferimento identitario cruciale. Molte ragazze/i si riconoscono in un genere musicale, in un artista, in uno stile che riflette un loro modo di essere e di sentirsi parte di un gruppo. La musica

non solo accompagna l'adolescente, ma contribuisce alla costruzione di un'identità più profonda, che va oltre i segni esteriori – abiti, trucco, capelli – per toccare dimensioni emotive, intrapersonali e interpersonali².

IL LAVORO NELLA STANZA: STARE SENZA INVADERE

Con alcune pazienti il lavoro è stato innanzitutto una questione di presenza.

Anna (nome di fantasia), sedici anni, non accettava facilmente l'interazione con i volontari. Con me consentiva un tempo di permanenza in stanza, ma senza trasformarlo in una vera "seduta". Poche parole, lunghi silenzi. Non suonavamo quasi mai.

Ho compreso progressivamente che il mio compito non era attivare, ma non forzare. In una patologia che può configurarsi come rifiuto radicale della domanda dell'Altro, anche la proposta musicale può essere percepita come eccesso. Pensavo spesso a 4'33" di John Cage: il silenzio non è assenza, è spazio potenziale.

In quelle stanze il lavoro consisteva nel legittimare un silenzio abitato, senza riempirlo per sedare la mia ansia. L'interrogativo clinico non era "cosa facciamo?", ma "posso restare senza invadere?". L'interruzione improvvisa degli incontri, dovuta a dimissioni, permessi, mi ha insegnato quanto fragile sia il tempo relazionale in reparto. Anche questo fa parte del lavoro con i DNA: accettare che il legame possa non avere una chiusura simbolicamente ordinata.

COLLABORAZIONE E COMPIACENZA: INTERROGARE L'ALLEANZA

Con Giulia, coetanea di Anna, il clima era opposto. Mi aspettava, sorrideva, partecipava con entusiasmo. Ascoltavamo brani, parlavamo di concerti, suonavamo insieme.



Box 1 - ASCOLTARE OLTRE LA MALATTIA: FRAMMENTI DI LAVORO IN MUSICOTERAPIA

A metà aprile entrò nel gruppo Sara, 13 anni. Pur studiando pianoforte, faceva a proporre canzoni e rimaneva molto sullo sfondo. Ebbi l'occasione di incontrarla da sola la settimana successiva e ne approfittai per cercare un contatto più personale. Mi confidò la sua preoccupazione per l'esame di terza media, nonostante avesse sempre ottenuto ottimi risultati. Pensai a quel perfezionismo, a quella sua ansia da prestazione scolastica chiedendomi se fossero espressione del sintomo o se caratterizzassero naturalmente un momento critico di passaggio. Nel lavoro nel contesto sanitario il rischio per il musicoterapeuta può essere a volte quello di lasciarsi guidare da una prospettiva centrata sul sintomo; questo lavoro, invece, invita a mettere in luce le parti sane, nelle possibilità presenti, illuminando ciò che nella persona continua a essere vitale.

A gennaio il progetto ripartì con due nuove pazienti che frequentavano il reparto tre volte a settimana per il pranzo assistito: Vanessa, 16 anni, e Veronica, 15. Il volto di Veronica mi appariva familiare, ma solo dopo qualche incontro realizzai di averla conosciuta precedentemente. La malattia l'aveva trasformata, rendendola difficilmente riconoscibile: frequentava il liceo musicale e aveva alle spalle un lungo percorso di studi come bassista. Musicalmente era molto dotata, sorprendente nella padronanza degli strumenti, ma notavo una certa rigidità: ripeteva ossessivamente frammenti studiati senza lasciarsi andare a una libera esplorazione sonora e faceva fatica a inserirsi nelle improvvisazioni collettive.

Un giorno, andai a trovarla in camera. La madre mi mostrò una foto della figlia di qualche mese prima: sul palco, con un corpo molto diverso, braccia carnose e volto tondeggiante. Lei reagì con rabbia; io distolsi lo sguardo, per non accentuare il suo imbarazzo. E l'esposizione allo sguardo dell'Altro che Recalcati descrive in *Clinica del vuoto*³: l'anoressia si offre come pura evidenza e forse Veronica voleva mostrare in questo momento proprio questa visibilità estrema che annulla il soggetto e forse proprio per questo reagì così violentemente al gesto materno.

Al primo incontro di gruppo proposi l'ascolto del Canone di Pachelbel. Vanessa mi interruppe bruscamente: "No, la musica classica mi fa schifo!". Quella frase, così diretta, mi proiettò in un contesto differente rispetto al gruppo precedente.

Con Vanessa e Veronica abbiamo poi ascoltato numerosi brani, sempre scelti spontaneamente, senza bisogno di ricorrere a playlist già salvate sul telefono. Il tempo con la musica sembrava restituire loro una dimensione più autenticamente adolescenziale. In questo senso, la musicoterapia si distingue da attività di intrattenimento o sostegno spontaneo perché mira a costruire uno spazio estetico-relazionale fondato su competenza e intenzionalità clinica.

Mi chiedeva spesso quale fosse la mia musica preferita. La domanda mi metteva in tensione: condividere avrebbe favorito l'autenticità della relazione o spostato il focus su di me? Ho scelto di mantenere le mie preferenze sullo sfondo, riportando l'attenzione sul suo repertorio.

Col tempo ho iniziato a interrogarmi: la sua disponibilità era espressione di fiducia o forma sottile di compiacenza? La soddisfazione che provavo al termine degli incontri era indice di efficacia clinica o semplice riduzione dell'ansia post-prandiale?

Le proposi di imparare un brano all'ukulele (uno strumento a corde di piccole dimensioni, simile alla chitarra ma più leggero e facilmente gestibile in un contesto ospedaliero). Ripeteva il giro armonico con determinazione quasi ossessiva. In quel gesto riconoscevo la stessa energia del controllo che struttura il sintomo, ma lì trovava un canale creativo. Quando le lasciai lo strumento in stanza fino all'incontro successivo, reagì con sorpresa: «Davvero posso tenerlo?».

Scelsi di non chiederle se si fosse esercitata. Non doveva diventare un compito performativo, ma uno spazio di desiderio.

Mi accompagnava una domanda costante: è sufficiente una canzone per riportare qualcuno a galla?

La musica non può sostituire la responsabilità del percorso terapeutico, ma può aprire una zona in cui il soggetto non sia interamente definito dal sintomo.

IL GRUPPO: IDENTITÀ E SCELTA

Il passaggio al lavoro di gruppo ha richiesto una negoziazione dell'alleanza. Ho iniziato con ascolti guidati associati a disegno e mandala (figure circolari strutturate utilizzate come supporto espressivo e proiettivo); successivamente ho introdotto la condivisione di brani personali, anche tramite bigliettini anonimi per facilitare l'espressione del desiderio musicale.

L'improvvisazione strumentale – tastiera, ukulele, violoncello, chitarra – ha generato un'esperienza di co-costruzione. Progressivamente ogni strumento diventava "di" qualcuno, come se offrisse una micro-identità temporanea ma riconoscibile.

In quei momenti il corpo non era oggetto da misurare ma strumento che produce suono. La sincronizzazione ritmica, la respirazione condivisa nel canto, la vibrazione fisica degli strumenti introducevano un'esperienza corporea diversa: non centrata sul controllo calorico, ma sulla relazione.

Non sempre la partecipazione era spontanea.

L'ingresso di un ragazzo nel gruppo mi ha posto un dilemma: in un contesto in cui la cura può essere vissuta come minaccia, l'obbligatorietà rischia di rinforzare la resistenza. Inoltre, la presenza di un maschio in un gruppo di sole ragazze evidenziava quanto il mio stesso immaginario associasse ancora l'anoressia prevalentemente al femminile, come ricostruito storicamente anche da Rudolph Bell⁴.

Questa esperienza mi ha obbligata a interrogare i miei schemi e a considerare la specificità del vissuto identitario maschile nel DNA.

SONG-WRITING: OLTRE IL CORPO, LA PAROLA

Il *song-writing*, inteso come metodo musicoterapico strutturato⁵ si è rivelato uno degli strumenti più significativi. Nel lavoro con le pazienti, l'offerta di stimoli semplici ("Mi ricordo...", "Vorrei...", "Mi piace...") permetteva di aggirare la paralisi del foglio bianco.

Una paziente inizialmente oppositiva, dopo aver rifiutato la proposta di scrittura, tornò la settimana successiva con un testo già pronto. Musicammo insieme il brano, scegliendo stile e armonie. Durante la registrazione ho percepito uno spostamento: l'energia investita nel controllo del corpo si orientava verso una produzione creativa condivisa.

In altri casi la scrittura circolare – una frase iniziata da una e completata da un'altra – ha introdotto un'esperienza di co-autorialità che contrastava l'isolamento tipico del disturbo.

L'ascolto del brano registrato restituiva alle ragazze un'immagine sonora di sé: non riflessa dallo specchio, ma costruita nel tempo e nella relazione.

Box 2 - TESTIMONIANZE DELLE PAZIENTI

M., 19 anni - "L'ospedale non è un luogo facile in cui stare, e le giornate possono risultare molto lunghe. Gli incontri di musicoterapia rappresentavano per me un momento prezioso: ascoltare musica, suonare e condividere queste esperienze con un'altra persona mi permetteva di evadere e alleggerire il peso della quotidianità.

Fuori dall'ospedale non ascoltavo molta musica, ma lì diventava uno spazio importante, rilassante, capace di mettere in pausa i pensieri più difficili. Anche nei momenti di crisi, quando arrivava la musicoterapia, era come se tutto si fermasse per un po'.

È un'esperienza che porterò sempre con me, perché mi ha toccata profondamente e, in una situazione così difficile, mi ha restituito anche un po' di voglia di vivere. Ricordo con affetto anche l'ukulele che mi era stato lasciato: provavo a imparare nuove canzoni e la sera, dopo cena, cantavo con mia madre. È stato un momento molto bello".

A., 16 anni - "Quando ero in camera tendevo a pensare soprattutto a me stessa e raramente a ciò che stava fuori. Durante gli incontri di musicoterapia, invece, soprattutto nel gruppo, riuscivo a connettermi con gli altri. Era come se condividessimo tutti la stessa storia, camminando insieme. La musica creava un legame: permetteva di entrare in relazione anche senza parlare molto, cosa importante in un momento in cui eravamo più chiusi e riservati. Attraverso gli strumenti, ognuno esprimeva qualcosa di sé; ascoltare gli altri era come entrare nel loro mondo e comprenderne le emozioni.

Ricordo anche quando ognuno di noi scriveva una frase per poi costruire insieme una canzone. Una parola, "altalenante", mi è rimasta particolarmente impressa e ancora oggi mi riporta a quel momento. La musica era come la chiave di una gabbia: mi permetteva di sentirmi libera, di vivere davvero, almeno con la mente, come se fossi fuori dall'ospedale".

IMMAGINE E CULTURA DELLA BELLEZZA

Il tema dell'immagine attraversa costantemente il lavoro clinico. Naomi Wolf⁶ ha descritto come l'ideale estetico agisca come dispositivo normativo sui corpi femminili. In reparto questo si traduce in un confronto continuo con modelli interiorizzati e irraggiungibili.

La musicoterapia introduce uno scarto simbolico: il valore non è nella forma del corpo, ma nella qualità della presenza, nell'ascolto reciproco, nella creazione condivisa. Dal corpo-oggetto al corpo-sonoro.

UNA POSIZIONE LIMINALE

Non faccio parte dell'équipe medica in senso stretto: non decido calorie, non partecipo ai colloqui clinici, non stabilisco dimissioni. Questo mi colloca in una posizione liminale. Le ragazze spesso mi percepiscono come meno minacciosa, talvolta come alleata. Ma proprio per questo è necessario vigilare sul rischio di colludere con la resistenza.

Nel lavoro con i DNA ho imparato che la musicoterapia non salva e non sostituisce la presa in carico multidisciplinare. Può però offrire:

- uno spazio non centrato sul peso,
- un'esperienza di scelta possibile,
- una produzione creativa condivisa, spazio di elaborazione simbolica e relazionale
- un tempo in cui la malattia arretra sullo sfondo.

La letteratura sulla musicoterapia nei DCA rimane ancora limitata sotto il profilo metodologico e numerico; tuttavia, le recenti revisioni, insieme a con-

tributi orientati alla programmazione dell'intervento e a studi clinici applicativi in setting specialistici, segnalano un crescente interesse verso la definizione di modelli operativi più strutturati⁷⁻¹⁰. La musicoterapia, in reparto, non aggiusta lo specchio, ma può offrire un'altra superficie di riflesso: il suono condiviso, dove l'identità non è fissata in un'immagine immobile, bensì si costruisce nel tempo, nella relazione, nella possibilità di essere ascoltati. L'ascolto e la produzione musicale condivisi con il musicoterapeuta e con il gruppo possono condurre progressivamente il soggetto nell'ambito dei ricordi, delle sensazioni e dei blocchi non elaborati. La musica diventa così uno spazio di attraversamento: ciò che era chiuso può trovare parola, e l'emozione, dapprima agita o trattenuta nel corpo, può essere espressa, riconosciuta e gradualmente regolata.

Prima della dimissione, una ragazza mi ha detto: «Non ti scordare di me». In quella frase ho riconosciuto il nucleo profondo del lavoro con i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: dietro il corpo che si assottiglia fino quasi a scomparire, c'è un soggetto che teme di dissolversi nello sguardo dell'altro.

Ringraziamenti - Si ringraziano l'associazione di volontariato A.G.E.B.O. ODV – Associazione Genitori Bambini Ospedalizzati per il sostegno e l'impegno a favore delle attività di musicoterapia nel Reparto di Pediatria di Ravenna e tutto il personale medico e infermieristico per l'accoglienza, l'ascolto e la condivisione

Bibliografia

1. Recalcati M. L'ultima cena. 2ª ed. Roma: Castelvecchi; 2024.
2. McFerran K, Derrington P, Saarikallio S. Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing. Oxford: Oxford University Press; 2019.
3. Recalcati M. Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi. Milano: Raffaello Cortina; 2025.
4. Bell RM. La santa anoressia: digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi. Roma-Bari: Laterza; 1992.
5. Baker F. Therapeutic Songwriting: Development in Theory, Methods and Practice. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
6. Wolf N. Il mito della bellezza. Milano: Tlon; 2022.
7. Heiderscheit A, Gawronska J, Bloska J, Ragnhildstveit A, Milton T, Neufeld SAS. Music-based interventions in the treatment of eating disorders: a scoping review. Front Psychiatry 2025;16:1660696. doi: 10.3389/fpsy.2025.1660696.
8. Chang EX, Brooker J, Hiscock R, O'Callaghan C. Music-based intervention impacts for people with eating disorders: a narrative synthesis systematic review. J Music Ther 2023;60(2):202-31. doi: 10.1093/jmt/thac018.
9. Pasiali V, Quick D, Hassall J, Park HA. Music therapy programming for persons with eating disorders. Voices 2020;20(3):15. doi:10.15845/voices.v20i3.2785.
10. Aitchison KA, Withington KA. Post-meal resource-oriented music therapy groups in a specialist day program for adolescents with eating disorders. Aust J Music Ther 2023;34:7-20.

Indirizzo per corrispondenza:

Jenny Burnazzi
jennyburnazzi81@gmail.com