

## MUSICOTERAPIA E GRAVIDANZA

### La voce materna, il canto e l'ascolto musicale nei corsi di preparazione al parto

S. Casadei-Fiorito

---

Nel campo della psicoprofilassi ostetrica la musicoterapia si colloca come una disciplina scientifica che si occupa dello studio e della ricerca del complesso suono – gestante – suono perché avvenga la comprensione delle modalità percettive, espressive e di significazione, tipicamente sollecitate dalla gravidanza" (1), affiancandosi ad altre discipline di tipo medico e psicoterapico, in un quadro di presa in carico globale della gestante. Tale disciplina utilizza il canale non verbale e il canale corporeo sonoro-musicale al fine di: mobilitare le risorse psico-fisiche della gestante, assecondare nella gestante il processo regressivo che naturalmente la coinvolge, avviare l'apertura di canali comunicativi madre-bambino e stimolare l'apprendimento del feto" (Tab. 1).

Di fatto nell'utero il feto si trova costantemente immerso in un "bagno di suoni" di natura sia endogena che esogena che vengono assorbiti in maniera viscerale attraverso le orecchie, la pelle e tutto il resto del corpo. Essi s'imprimono nella sua memoria e diventano parte intima del suo essere, segnando inevitabilmente la sua identità sonora.

I rumori endogeni, di origine materna e fetale, sono generati dal battito car-

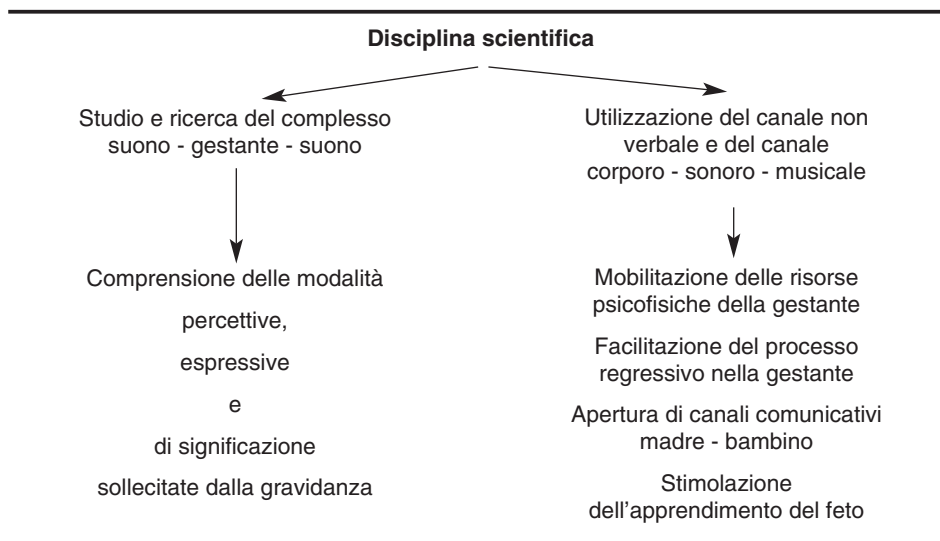
diaco, dai movimenti della peristalsi e dal sistema vascolare; pressoché continui costituiscono un 'rumore di fondo' che avvolge costantemente il feto. Probabilmente, proprio per il suo fluire continuo, il rumore di fondo viene percepito dal feto solo in funzione delle modificazioni di tale flusso costante e non in funzione della sua continuità. Le modificazioni sono identificabili tanto nelle variazioni del ritmo cardiaco o del respiro, quanto nel sovrappiungere di rumori esterni che emergono dal rumore di fondo intrauterino.

I suoni endogeni coprono una fascia di frequenze basse, da pochi Hz fino a 700 HZ (2).

È difficile fare una misurazione esatta dell'intensità di tali suoni; stime recenti danno un valore medio intorno ai 27-28 dB, dove l'intensità maggiore si misura per le frequenze più basse e diminuisce con il crescere delle frequenze (Tab. 2).

Già alla sedicesima settimana il feto comincia a sentire e a rispondere agli impulsi sonori, ancora prima che la formazione dell'orecchio sia stata completata, e questo grazie alla stessa natura vibratoria dello stimolo che, propagandosi attraverso onde di pressione, viene percepito, oltre che per le

Tab. 1 - La musicoterapia in gravidanza.



Tab. 2 - Suoni endogeni materni.

- Frequenza cardiaca
- Peristalsi
- Flusso ematico

Hertz < suoni endogeni materni < 700Hz

Intensità media 27-28 dB

Intensità maggiore per le frequenze più basse

Intensità minore per le frequenze più alte

vie uditive, anche per quelle tattili, le prime a giungere a maturazione.

La pelle, infatti, permette al feto di ascoltare con tutto il corpo e di avere una percezione vibratoria, da intendersi come unità di percezione sensoriale, della quale il movimento sarebbe il fattore più importante

Nel primo trimestre infatti, stimolando il feto con un suono a 110 dB (3), si è notata l'accelerazione della sua frequenza cardiaca ed una reazione moto-

ria a livello dei movimenti grossolani corporei: il neonato effettua graziose capriole, flette la schiena e il collo, rotea la testa, ondeggia le braccia, scalcia con le gambe.

Durante la ventiseiesima settimana si passa da risposte di tipo subcorticale, legate quindi ad una percezione più tattile che uditiva, a risposte più complesse che si fondano anche sulla percezione auditiva e sull'attivazione corticale.

In questa fase è stato riscontrato che il bambino è in grado di percepire il suono perché reagisce sempre trasalendo; nel caso però in cui lo stimolo venga ripetuto, il feto non altera più il suo stato.

Ciò evidenzia che il feto, se stimolato a livello sonoro, ha già la capacità di discriminazione, di memorizzazione e di alterare i suoi stati di sonno-veglia. In particolare si è rilevato come il feto abituandosi agli stimoli proposti, sia capace di distinguere l'inversione di due sillabe, la voce femminile da quel-

la maschile, la voce della madre dalle altre voci femminili, la lingua materna da quelle straniere e se la voce materna è indirizzata a lui o ad un'altra persona (4).

Vorrei sottolineare che il suono è per il feto principalmente un'esperienza dalle grandi valenze emozionali: viene impressa in tutto il suo sistema neurosensoriale, tanto che la riproposizione, dopo la nascita, di uno stesso stimolo sonoro proposto nella vita intrauterina, ha lo stesso potere attivante o passante. C'è quindi un apprendimento del corpo, non mediato dal pensiero, che ripropone, anche dopo la nascita, modelli comportamentali già presenti nell'ultimo trimestre di gestazione.

L'esperienza sonora, in particolare in questa fase, si colloca essenzialmente in una dimensione relazionale di comunicazione e di conoscenza che il bambino può vivere proprio attraverso la mediazione del suono; dove il suono non viene considerato come mero fenomeno fisico isolato, ma

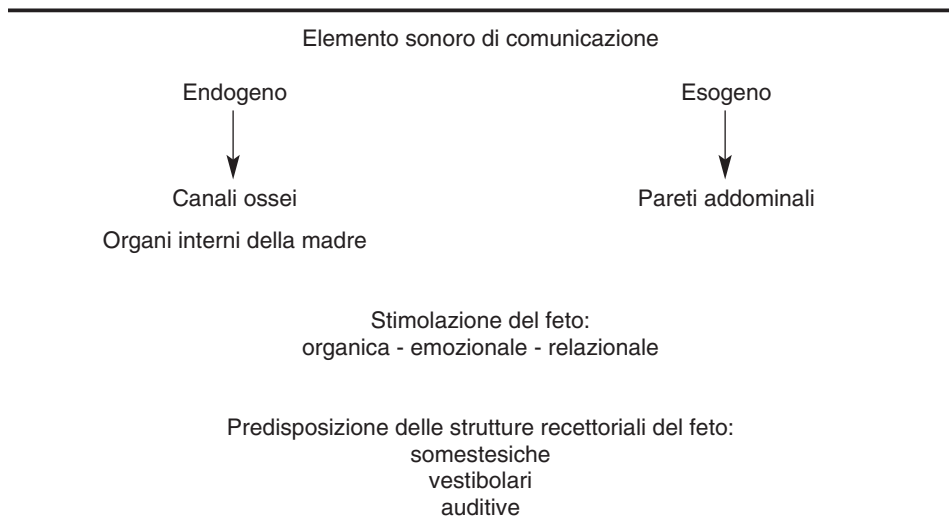
all'interno dei rapporto con la madre. All'interno dei ricco e variegato ambiente sonoro che avvolge il feto, spicca notevolmente la voce materna proprio perché gode dell'amplificazione data dalla struttura ossea della madre. Essa avvolge il bambino tanto dall'interno dello stesso sistema corporeo, attraverso i canali ossei e gli organi interni della madre, quanto dall'esterno, attraverso le pareti addominali, fungendo quindi da elemento sonoro di comunicazione, sia endogena che esogena.

La voce attiva un sistema di comunicazione stimolando a livello organico le funzioni vitali, e agendo a livello emozionale nella relazione con la madre ed il mondo esterno.

La voce, inoltre, con le variazioni neuro-endocrine che vi si associano, predisporre le strutture recettoriali somestesiche, vestibolari e auditive del feto, al riconoscimento dopo la nascita della stessa voce materna (Tab. 3).

Se l'intensità della voce materna che giunge al feto è di almeno 90 dB, le pa-

Tab. 3 - **Voce materna.**



role materne risultano intelligibili; al di sotto di tale intensità, invece, il feto percepisce la scansione ritmica e le caratteristiche intonative (curve melodiche).

I tratti prosodici, cioè quei tratti attraverso i quali viene veicolato il significato più profondo dato ad una frase, sono comunque sempre intesi dal feto.

Secondo studi recenti (5) il feto percepisce solo le frequenze più acute della voce materna. Inizialmente si ipotizzò che ciò fosse dovuto all'azione filtrante del liquido amniotico sulle frequenze più basse. In seguito si ritenne che la stessa maturazione neurofisiologica dell'organo del Corti influiva sulla percezione uditiva del feto, essendo lo sviluppo delle cellule ciliate, responsabili della percezione delle frequenze più acute, più precoce rispetto a quello delle cellule recettive delle frequenze più basse. Questa condizione permetterebbe al feto di distinguere più facilmente la voce materna favorendo così l'instaurarsi del "primo dialogo" madre-bambino.

Per nove mesi il bambino è accompagnato prevalentemente dalle voci della madre e del padre che, con le loro vibrazioni, stimolano la formazione

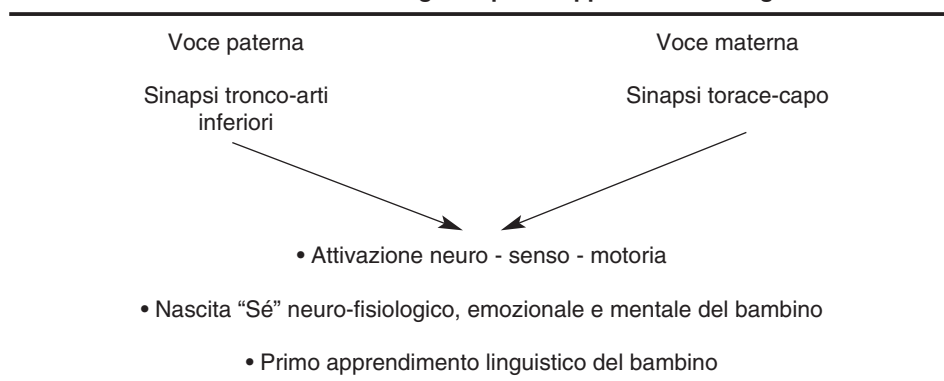
del sistema neurosensoriale del bambino.

Da ricerche specifiche si suppone che entrambe le voci abbiano proprietà sinaptogene: in particolare, quella paterna stimolerebbe prevalentemente le secrezioni endogene di neurotrasmettitori (adrenalina, noradrenalina, serotonina) delle connessioni neuronali del tronco e degli arti inferiori, mentre quella materna stimolerebbe prevalentemente le secrezioni endogene di neurotrasmettitori del torace e del capo, consentendo l'attivazione neurosenso-motoria della parte superiore del corpo. Per il feto, dunque, la voce dei genitori è un grande richiamo alla vita che marca la sua esistenza in termini emotivi, affettivi e cognitivi.

Le sollecitazioni tonico-foniche delle voci dei genitori, permettono la nascita del cosiddetto Sé neuro-fisiologico, emozionale e mentale del bambino. Tali sollecitazioni lo predispongono all'acquisizione del linguaggio che avverrà nei primi due anni di vita. Infatti il feto ha un primo imprinting linguistico proprio nell'utero (Tab. 4).

In particolare la voce cantata, avendo un campo di frequenze più ricco ri-

Tab. 4 - **Nascita del "Sé" neuro-fisiologico e primo apprendimento linguistico.**



spetto alla voce parlata, influenza maggiormente il primo apprendimento linguistico del feto nell'utero.

Nell'ambito della psicoprofilassi ostetrica, il metodo musicoterapico da noi utilizzato si basa sia sull'utilizzo della voce materna, secondo il metodo "Voce - Persona - Comunicazione" del Prof. Giovanni Maria Rossi (6), che sugli ascolti musicali.

Gli obiettivi da raggiungere sono:

- la mobilitazione delle risorse psicofisiche della gestante;
- la stimolazione all'apprendimento del feto;
- l'apertura dei canali comunicativi madre-feto;
- la capacità di affrontare il travaglio ed il parto in modo sereno e consapevole.

L'uso del suono e della musica in gravidanza fa sì che l'esperienza sonora sia significativa tanto per la donna, che compie un lavoro su se stessa, che per il bambino che beneficia dello stato di benessere della madre e dell'esperienza sonora che vive.

Il metodo Voce - Persona - Comunicazione è un percorso vocale che procede attraverso tre fasi: dall'IN-SONANZA, alla PER-SONANZA, alla CON-SONANZA.

Si comincia dalla conoscenza di se stessi attraverso l'ascolto empatico del proprio "Sé profondo" nel quale abita la "VOCE", l'insonanza primigenia e ancestrale.

Nella seconda fase, lavorare sulla propria voce significa scoprire e ricostruire tutta la ricchezza della propria "Per-Sonanza": far riemergere per poi ricostruire la propria variegata personalità troppe volte nascosta o falsificata, che attraverso la voce caratterizza e tipizza l'"Unicità" e l'"irripetibilità" individuale. Si passa quindi dalla vo-

ce In-sonante, alla voce Per-sonante per giungere nella terza fase del percorso alla voce Con-sonante, una voce che sia Com-Unic-Azione per creare una consonanza con l'altro.

Questa metodologia ha come riferimento principale il *modello teorico* di C. Rogers (7) e degli altri psicologi umanisti: partendo dall'ascolto empatico del sé, il punto focale del metodo è il presupposto per cui ogni persona ha in sé le risorse necessarie per l'adattamento all'ambiente, per cui il "facilitatore" (o terapeuta) si deve adeguare "al progetto di autoesplorazione e di autoespressione portato in seduta dal facilitato, nel suo tentativo e nella sua tensione tipicamente umana verso l'autorealizzazione" (7).

Il percorso ha anche come cornice teorico metodologica di riferimento la psicofonia, definita: "Un percorso autosperimentale di armonia vitale che utilizza, a favore della voce parlata e cantata, le corrispondenze tra l'uomo, i suoni, i ritmi e la parola, creando pazientemente una sintesi personale di conoscenza e di equilibrio" (8) (Tab. 5).

In riferimento al *procedimento*, il percorso guidato da un team specialistico (psicoterapeuta, musicoterapeuta, ginecologo e ostetrica) può partire dal terzo mese e per tutta la gravidanza, applicando i diversi training con cadenze settimanali regolari (almeno due volte a settimana).

Le *tecniche* utilizzate sono state le seguenti:

- training psicodinamici perimetrici;
- training di coscientizzazione propriocettiva;
- training per la tonificazione neuromuscolare;
- training respiratorio immaginativo;
- training per il sostegno ed il mantenimento del fiato (per quanto riguarda

Tab. 5 - **Metodo musicoterapico vocale “Voce - Persona - Comunicazione”.**

---

### Obiettivi

- Mobilitazione delle risorse psico-fisiche della gestante
- Stimolazione all'apprendimento del feto
- Apertura dei canali comunicativi madre-feto
- Capacità di affrontare il travaglio ed il parto in modo sereno e consapevole

### Fasi del percorso

- In-sonanza: Scoperta della propria vocalità
- Per-sonanza: Espressione e potenziamento della propria voce
- Con-sonanza: Utilizzo della voce per la comunicazione

### Modello teorico

- Psicologia umanista: *“ascolto empatico del sé per avviare un processo di autoesplorazione e di autoespressione tendente all'autorealizzazione”.*
  - Psicofonia: *“percorso autosperimentale che utilizza le corrispondenze tra l'uomo, i suoni, i ritmi e le parole per una sintesi personale di conoscenza e di equilibrio”.*
- 

la respirazione è fondamentale che soprattutto durante le contrazioni vi sia una buona ossigenazione delle varie zone corporee e soprattutto del bambino. La percezione del respiro e quindi dell'inspirazione e dell'espiazione dell'aria, durante gli esercizi di rilassamento, ripropongono in modo analogico i temi del contenere e dell'espellere);

- training per il passaggio dal fiato al suono/voce;
- training per la ricerca del suono personale;
- training per il sostegno del suono;
- percorsi vocalici vari per una corretta emissione del suono (Tab. 6).

Il punto di partenza per compiere un lavoro sulla voce è quello di porre la massima attenzione alla *respirazione*, che è il primo stadio della fonazione umana.

Infatti il respiro, oltre ad essere il rit-

mo vitale del nostro organismo, rappresenta il ponte che ci collega a noi stessi, agli altri e all'ambiente, attraverso le fasi d'inspirazione e di espirazione.

La riappropriazione di un buon ritmo respiratorio regolare e consapevole migliora l'ossigenazione dei tessuti, nonché della placenta e garantisce un miglior passaggio delle sostanze vitali al feto; il battito cardiaco si stabilizza ed assume il valore di segnale rassicurante. Inoltre esso favorisce il rilassamento, aiuta ad entrare in contatto profondo con se stessi e distribuisce in maniera positiva le energie in tutte le parti del corpo.

Il respiro è il primo importantissimo mezzo di comunicazione che la mamma ha con il feto, attraverso il quale si ha la possibilità di comunicare le emozioni, i pensieri, le sensazioni, le idee.

Tab. 6 - **Tecniche.**

- 
- Training psicodinamici perimetrici
  - Training di coscientizzazione propriocettiva
  - Training per la tonificazione neuromuscolare
  - Training respiratorio immaginativo
  - Training per il sostegno/mantenimento del fiato
  - Training per il passaggio dal fiato al suono/voce
  - Training per la ricerca del suono personale
  - Training per il sostegno del suono
  - Percorsi vocalici vari per una corretta emissione del suono
- 

Il respiro diventa quindi una viva fonte d'informazione per il bambino; è la garanzia che la vita c'è e va avanti.

Il dilatarsi ed il contrarsi delle pareti interne del corpo determina delle variazioni pressorie sull'utero e sul liquido amniotico percepite dalla cute fetale.

La respirazione durante la gravidanza varia in relazione ai cambiamenti del corpo della donna.

Con l'avanzare della gestazione, nell'apparato respiratorio si verificano delle modificazioni caratteristiche, tra cui quelle della gabbia toracica: "accentuazione della cifosi dorsale, diminuita inclinazione delle coste fluttuanti, aumento dell'angolo sottocostale. L'aumento di volume dell'utero gravidico determina un innalzamento di 4 cm del diaframma. Nel complesso, quindi, l'escursione polmonare non appare ridotta, anche se verso il termine si ha una prevalenza della respirazione costale rispetto a quella diaframmatica..." (9).

Nel metodo "Voce - Persona - Comunicazione", il tipo di respirazione suggerita è quella denominata "Respirazione totale", cioè diaframmatica costale, a partire dal ventre. In questa respirazione il muscolo principale è il diaframma, mentre i muscoli di sostegno dell'espiazione sono quelli addominali antagonisti del diaframma. Con l'aiuto di un training immaginativo possiamo visualizzare le seguenti fasi dell'inspirazione e dell'espiazione:

*Inspirazione:*

- movimenti inspiratori dal ventre al torace.
- Il diaframma si abbassa e si distende.
- L'addome, i fianchi ed i reni si modellano con l'immaginazione della distribuzione dell'aria.
- La cassa toracica si allarga ed il diaframma si distende verso i fianchi.

*Espiazione:*

- movimenti espiratori dal torace al ventre.
- L'appoggio è nel basso ventre.
- L'uscita del fiato deve essere controllata per una buona emissione vocale.
- Il diaframma s'innalza e la cassa toracica si restringe con ritorno alla posizione iniziale.

Per una buona respirazione è fondamentale porre attenzione alla *postura del corpo* ed in particolare a:

- "tenere la schiena eretta e non curva, evitando però l'irrigidimento, l'impettimento: immaginarsi di segnare una linea retta che vada dalla nuca all'osso sacro;
- tenere le spalle rilassate, non incurvate né in avanti, né indietro;
- tenere le braccia e le mani rilassate;

- tenere la pianta e le dita dei piedi ben rilassate: dal piede partono molte nervature che vanno ad influenzare tutto l'apparato nervoso e muscolare;
- le natiche saranno in leggera contrazione (in modo da collaborare con i muscoli addominali) durante l'espiazione; saranno invece totalmente rilassate durante l'inspirazione" (6) (Tab. 7).

In sintesi, le finalità del percorso sono le seguenti:

- sviluppo della capacità introspettiva e propriocettiva;
- apprendimento della respirazione ventrale/diaframmatico/costale;
- aumento della capacità respiratoria, e aumento della capacità di sostenere - mantenere il respiro;
- presa di coscienza e controllo delle varie funzioni muscolari, o sviluppo

delle capacità di emissione e sostegno dei suono/voce, o sviluppo della capacità di costruzione ed esposizione timbrica dei suono/voce, o apprendimento di una buona esposizione fonatoria.

In particolare, durante le *fasi del travaglio* la voce ha un'importanza determinante, perché:

- favorisce l'autoanalgesia;
- stimola la produzione di endorfine che attutiscono la sofferenza psicofisica alleviando il dolore delle contrazioni;
- aiuta ad esprimere la propria tensione interna;
- agisce sul diaframma mantenendo ritmica e profonda la respirazione ed inducendo quindi uno stato di maggiore rilassamento;
- favorisce la concentrazione e quindi la capacità di non farsi sopraffare

Tab. 7 - **Respirazione.**

---

### **Respirazione "totale", ventrale-diaframmatico-costale**

*Inspirazione (training immaginativo):*

- Movimenti inspiratori dal ventre al torace
- Il diaframma si abbassa e si distende
- L'addome, i fianchi ed i reni si modellano con l'immaginazione della distribuzione dell'aria
- la cassa toracica si allarga ed il diaframma si distende verso i fianchi

*Espirazione:*

- Movimenti espiratori dal torace al ventre
- L'appoggio è nel basso ventre
- L'uscita del fiato deve essere controllata per una buona emissione vocale
- Il diaframma s'innalza e la cassa toracica si restringe con ritorno alla posizione iniziale

*Postura:*

- Tenere la schiena eretta e non curva, evitando però l'irrigidimento
  - Tenere le spalle rilassate, non incurvate né in avanti, né indietro
  - Tenere le braccia e le mani rilassate
  - Tenere la pianta e le dita dei piedi ben rilassate
  - Tenere le natiche in leggera contrazione durante l'espiazione e totalmente rilassate durante l'inspirazione
-

dalla paura, mantenendo salda l'attenzione sul corpo per agevolare la nascita del bambino (Tab. 8).

La voce viene solitamente utilizzata nella fase più impegnativa del travaglio: è un mezzo sia per esprimere la propria tensione interna, sia per aiutare e mantenere ritmica e profonda la respirazione.

Infatti il canto agisce direttamente sul diaframma e cioè sulla struttura muscolare che divide lo stomaco dal torace e dai polmoni e contraendosi influisce sulla qualità della respirazione.

Cantando si aumenta la capacità respiratoria e si libera il muscolo del diaframma da tensioni e contrazioni.

In questo modo s'induce il corpo ad uno stato di maggiore rilassamento.

L'uso della voce ha anche un ruolo fondamentale sull'aumento della produzione di endorfine, le sostanze oppioidi che svolgono un effetto analge-

sico sull'organismo, attenuando così la sofferenza psico-fisica della partorientente.

A questo proposito però c'è da rilevare che l'urlo e l'abbandono posturale, che accompagnano il lamento, determinano un inutile dispendio di energie; al contrario una buona fonazione che si fonda sia sul corretto atteggiamento posturale, sia sul sostegno del fiato, può "ricaricare" consentendo di percepire in tutto il corpo le vibrazioni al posto delle sensazioni dolorose.

A tale scopo, nel corso della contrazione, è molto efficace il canto delle vocali aperte e della consonante "m" (6).

Le gestanti sono inoltre sollecitate a trovare dentro di loro il proprio suono interiore, espressione di creatività e mezzo per raggiungere uno stato di rilassamento.

Il buon andamento del travaglio è determinato inoltre dalla capacità di vi-

---

#### **Tab. 8 - Finalità del metodo musicoterapico vocale "Voce - Persona - Comunicazione".**

---

- sviluppo della capacità introspettiva e propriocettiva;
- apprendimento della respirazione ventrale/diaframmatico/costale;
- aumento della capacità respiratoria;
- aumento della capacità di sostenere - mantenere il respiro;
- presa di coscienza e controllo delle varie funzioni muscolari;
- sviluppo delle capacità di emissione e sostegno del suono/voce;
- sviluppo della capacità di costruzione ed esposizione timbrica del suono/voce;
- apprendimento di una buona esposizione fonatoria.

#### **Il canto come forma di autoanalgesia durante il travaglio:**

- stimola la produzione di endorfine che attenuano la sofferenza psicofisica alleviando il dolore delle contrazioni;
  - aiuta ad esprimere la propria tensione interna;
  - agisce sul diaframma mantenendo ritmica e profonda la respirazione ed inducendo quindi uno stato di maggiore rilassamento;
  - favorisce la concentrazione e quindi la capacità di non farsi sopraffare dalla paura, mantenendo salda l'attenzione sul corpo per agevolare la nascita del bambino.
-

sualizzare immagini positive, che permettono di ritrovare la concentrazione e l'equilibrio messo a dura prova dall'intensità della sofferenza fisica del parto, e dall'ascolto di alcuni brani musicali.

*Il momento dell'ascolto musicale*, nel quale la figura dello psicoterapeuta è di fondamentale importanza, coinvolge la gestante da un punto di vista fisico ed immaginativo, favorendo non solo riscontri sensoriali, ma anche la creazione di spazi fantastici in cui la famiglia, il bambino, il partner, ed altre situazioni, vengono connotate da un punto di vista affettivo.

La gestante si appropria dell'elemento musicale in modo assolutamente personale, così come soggettive sono le letture simboliche ed i significati attribuiti ai vari ascolti (11).

Un aspetto fondamentale è che attraverso l'ascolto la donna può fare riemergere gli aspetti piacevoli e rassicuranti della sua relazione primaria, in modo da consolidare le sue certezze sulla positività del suo rapporto con la madre (12).

Infatti la musica può essere vista come riappropriazione metaforica del mondo materno (13): le sonorità più regressive riportano alla vita intrauterina; le caratteristiche melodiche, ritmiche e d'intensità riconducono al

contatto tonico-fonico posteriore alla nascita; il canto femminile, espressione di forte affettività, sollecita ricordi sulle sfaccettature emotive della voce materna.

Un altro aspetto importante è che l'ascolto può essere funzionale alla creazione di fantasie ottimistiche, di immagini positive del bambino ed in generale di quadri felici, dei quali riappropriarsi soprattutto nei momenti più difficili (1) (Tab. 9).

Tuttavia l'ascolto è accettato dalla donna soltanto nelle prime fasi del travaglio, quando ci sono tempi di recupero abbastanza ampi; l'aumentare delle contrazioni che compaiono con ritmi sempre più incalzanti, non permette più al tempo mentale della partoriente di essere in sintonia con quello musicale.

Il suono viene allora percepito come elemento di disturbo, mentre c'è la necessità di calarsi completamente nelle proprie sensazioni corporee e di concentrarsi sul proprio suono come strumento di liberazione e di carica.

Il canto permette, infatti, alla partoriente di mantenere viva la concentrazione su ciò che sta accadendo, a non farsi prendere dal panico e quindi a mantenere l'attenzione sul suo corpo per accompagnare senza resistenze la nascita del figlio.

Nella nostra cultura non ci si sofferma

Tab. 9 - **Ascolto musicale.**

- 
- Creazione di spazi fantastici
  - Possibilità di esprimere le emozioni
  - Induzione di uno stato di rilassamento psico-fisico
  - Riappropriazione metaforica del mondo materno con la riscoperta degli aspetti piacevoli della relazione primaria
  - Creazione di fantasie ottimistiche e d'immagini positive del bambino
-

Tab. 10 - **Conclusioni.**

---

Il metodo musicoterapico correttamente applicato favorisce:

- riduzione della componente ansiosa;
  - aumento della fiducia, dell'ottimismo e l'apertura verso il mondo;
  - riduzione delle tensioni psico-fisiche;
  - raggiungimento di un equilibrio psico-fisico;
  - sviluppo della creatività come strumento d'introspezione e di comunicazione;
  - utilizzo della voce per l'espressione delle emozioni e la costruzione del legame con il bambino;
  - migliore sviluppo psico-fisico del feto
- 

mai sul valore e significato del dolore che viene visto in un'ottica del tutto negativa: il travaglio ed il parto invece rivestono la percezione dolorosa di un senso più percettivo e creativo. Infatti, nel caso del travaglio, la percezione del dolore incita la donna a dare il meglio di sé e può costituire una inaspettata scoperta delle proprie capacità e possibilità psico-fisiche.

In conclusione il metodo musicoterapico correttamente applicato favorisce:

- la riduzione della componente ansiosa;
- l'aumento della fiducia, dell'ottimismo e l'apertura verso il mondo;
- la riduzione delle tensioni psico-fisiche;
- il raggiungimento di un equilibrio psico-fisico;
- lo sviluppo della creatività come strumento d'introspezione e di comunicazione;
- l'utilizzo della voce per l'espressione delle emozioni e la costruzione del legame con il bambino;
- un miglior sviluppo psicofisico emozionale del feto (Tab. 10).

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BENASSI E.: *Preparare alla nascita con il suono e la musica*. In: *La medicina dei suoni. L'esperienza relazionale come cura di sé*. A cura di G.G. Pericli e F. Russo, ed. Borla, Roma, 1998.
- 2) QUERLEU D., RENARD X.: *Le Perceptions auditives du foetus humain*. *Medicine et Hygiène*, 39, pp. 2102-2110, 1981.
- 3) VERSYP F.: *Transmission intra-amniotique des sons et des voix humaines*. Thèse de Doctorat de Médecine, Lille, 1985.
- 4) BUSNEL M.C.: *La sensorialità fetale*. In: *Dalla preparazione al parto all'educazione prenatale*, Atti del I Convegno Nazionale dell'ANPEP Italia - Parma il 19 novembre 1994, pubblicato dall'ANEP, Cocquio Trevisago, Varese, 1995.

- 5) BENASSI E.: *Il feto apprende in utero?* In: Nuove prospettive in ostetricia e neonatologia, a cura di C. Zara e F. Polatti, Università degli Studi di Pavia, 1998.
- 6) TOMATIS A.: *L'oreille et la vie.* LAFFONT, Pads, 1977.
- 7) TOMATIS A.: *La nuit utérine.* Stock, Paris, 1981.
- 8) ROSSI G.M.: *Voce, Persona, Comunicazione.* Cittadello Ed., Assisi, 1995.
- 9) ROGERS C.R.: *La terapia centrata sul cliente.* Martinelli, Firenze, 1970.
- 10) AUCHER M.L.: *L'homme sonore.* Epi Editeurs, Paris, 1984.
- 11) Manuale di Ginecologia e Ostetricia, Monduzzi, Bologna 1982, pag. 635.
- 12) BENASSI E.: *Il Canto Prenatale e i vissuti delle madri.* In: Voce e movimento, a cura di F. La Rocca, Atti del V convegno di Musicoterapia e Danzaterapia, Università degli Studi di Verona, 1998.
- 13) MANCIA M.: *Nello sguardo di Narciso.* Laterza, Bari, 1990.
- 14) LECOURT E.: *La musicoterapia.* Cittadella Ed. Assisi, 1992.
- 15) FOMARI F.: *Psicoanalisi della musica.* Longanesi, Milano, 1984.