Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - DPSS

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali

Tesi di laurea

Trattamento della Music Performance Anxiety: evidenze e confronto con il modello sportivo

Relatrice:
Prof.ssa Irene Leo

Laureanda:
Maddalena Gatto
Matricola: 2011505

Anno accademico 2024/2025

Indice

1. Introduzione e contesto teorico

1.1 Music Performance Anxiety: definizione e prevalenza

1.2 Obiettivi e domande di ricerca

1.3 Premessa metodologica

2. Sintesi tematica degli studi analizzati

2.1 Interventi cognitivo-comportamentali

2.2 Biofeedback

2.3 Terapia farmacologica con β-bloccanti

2.4 Trattamenti combinati

2.5 Alexander technique

2.6 Yoga e mindfulness

2.7 Ipnositerapia

2.8 Musicoterapia

3. Discussione

3.1 Confronto tra musicisti e atleti e trasferibilità delle tecniche

3.2 Limiti metodologici e prospettive future

Conclusioni

Bibliografia

1. Introduzione e contesto teorico

1.1 Music Performance Anxiety: definizione e prevalenza

L'esecuzione musicale, soprattutto ad alti livelli e in contesto professionale, comporta un alto grado di esposizione sociale e di pressione emotiva. Se da un lato sperimentare la condizione stressogena durante l'esecuzione pubblica può portare a maggiore consapevolezza e maggiore concentrazione, dall'altra l'emozione sperimentata può divenire invalidante e definire la condizione nota come Music Performance Anxiety (MPA).

Secondo la definizione proposta da Kenny, la MPA è "una apprensione ansiosa marcata e persistente connessa alla performance musicale, manifestata attraverso sintomi affettivi, cognitivi, somatici e comportamentali". [9]

I sintomi comuni si raggruppano in:

- sintomi somatici: tremori, sudorazione, tachicardia;
- sintomi cognitivi: pensieri intrusivi, paura del giudizio, rimuginazione;
- sintomi comportamentali: comportamenti di evitamento, blocchi esecutivi, alterazioni dell'umore e del comportamento sul palco.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) inserisce la MPA all'interno del disturbo di ansia sociale, identificandola come un suo sottotipo specifico. In seguito ai criteri per la diagnosi è scritto "performance only: if the fear is restricted to speaking or performing in public", ovvero se l'ansia è presente solo in situazioni di esibizione pubblica, senza necessariamente essere presente nelle altre situazioni descritte invece come criteri per il disturbo di ansia sociale. [1]

Per quanto riguarda la prevalenza della MPA, studi recenti condotti su campione di musicisti professionisti (Fernholz et al., 2019; Ortiz Brugués, 2019) [4] indicano che la MPA è presente tra il 16,5% e il 60% dei musicisti coinvolti. Inoltre, le percentuali sono

più elevate tra gli studenti del conservatorio, la componente più giovane dello stesso campione. I fattori di rischio individuati sono il genere di appartenenza, con un'incidenza maggiore nelle donne, il livello di esperienza, il tipo di strumento suonato e il contesto performativo.

È significativo evidenziare che la MPA è per lo più ignorata o considerata marginalmente e secondaria in ambito musicale, contrariamente a quanto accade in ambito sportivo, dove la condizione di ansia legata alla performance e alle competizioni è riconosciuta e perseguita clinicamente e tenuta in ampia considerazione nella preparazione di un atleta.

Nonostante la MPA costituisca un grosso ostacolo e comporti gravi conseguenze per la salute mentale e la carriera artistica, le scuole e le istituzioni musicali non offrono programmi didattici formali, di prevenzione né trattamento in materia.

In questa prospettiva, nel presente elaborato analizzeremo il fenomeno della Music Performance Anxiety nei musicisti professionisti e i possibili trattamenti previsti dalla ricerca attuale, confrontandoli con i trattamenti e le strategie adottate in ambito sportivo, dove la ricerca risulta più avanzata e consolidata.

1.2 Obiettivi e domande di ricerca

L'elaborato si pone come obiettivo principale l'analisi del trattamento e delle strategie di *coping* della MPA nei musicisti professionisti attraverso una revisione della letteratura scientifica. Lo scopo della tesi è analizzare e sintetizzare le evidenze scientifiche attuali riguardo i trattamenti psicologici, comportamentali e farmacologici per fare fronte a questa forma specifica di ansia da performance.

Un secondo obiettivo riguarda il confronto fra gli interventi e gli approcci adoperati in contesto musicale e quelli adottati nei contesti sportivi. Cercheremo di capire se e in che

modo gli interventi e le strategie adoperate per affrontare e trattare l'ansia da performance in ambito sportivo siano applicabili nel contesto musicale, evidenziando punti di contatto, di differenza e punti critici.

In ultimo, l'elaborato si pone come obiettivo finale rilevare le lacune della letteratura scientifica attuale sulla MPA, mettendo in luce le aree di ricerca ancora poco sviluppate ed esplorate e in cui non sono state identificate delle linee guida da un punto di vista clinico, riflettendo poi sulla relazione tra le novità della ricerca e l'attuale allenamento e preparazione dei musicisti nell'affrontare questo tema.

Sulla base di ciò, la tesi verrà strutturata intorno alle seguenti domande di ricerca:

1. Quali interventi psicologici, farmacologici e multimodali sono efficaci nel trattamento della Music Performance Anxiety nei musicisti professionisti, secondo le evidenze attualmente disponibili?
2. Possiamo trasferire o adattare le strategie di anxiety management sviluppate nel settore sportivo al contesto musicale e in che misura? Quali differenze emergono tra gli approcci terapeutici e le strategie di allenamento usate dai musicisti per affrontare l'ansia da performance e quelle adottate invece dagli atleti?
3. Quali sono le criticità metodologiche che caratterizzano la letteratura scientifica sulla Music Performance Anxiety e in che direzione dovrebbe orientarsi la ricerca per farvi fronte e migliorare la comprensione e il trattamento della condizione?

1.3 Premessa metodologica

Il presente elaborato si fonda su una metodologia di tipo bibliografico, ed è centrato sull'analisi e il confronto tra dieci studi scientifici metanalisi o revisioni sistematiche. Sono stati scelti studi che permettessero di ottenere una panoramica sulla posizione attuale della ricerca per quanto riguarda i possibili trattamenti e strategie terapeutiche dell'ansia da performance in ambito musicale e in ambito sportivo.

La ricerca è stata condotta tramite database disponibili con accesso libero e con accesso istituzionale (come PubMed, Scopus, PsychINFO); le parole-chiave utilizzate hanno incluso “Music Perfomance Anxiety”, “Treatment”, “Coping strategies”, “meta-analysis”, “systematic review”, “Performing Anxiety in sports”.

Sono stati inclusi nella selezione degli studi solamente le revisioni sistematiche e le metanalisi, proprio perché, in quanto tali, rispondono a criteri di alto rigore metodologico e propongono risultati affidabili e basati su evidenze scientifiche.

Queste tipologie di studio, prendendo in analisi risultati da multiple fonti di ricerca, riescono quindi a restituire uno sguardo d’insieme sui trattamenti e gli interventi; e la veduta globale permette di identificare i pattern, le similarità e i limiti della ricerca presente in letteratura.

Possiamo quindi definire i criteri adottati per la selezione degli studi:

1. Pubblicazione in una rivista peer-reviewed tra il 2005 e il 2025;
2. Lingua di pubblicazione: inglese o italiano;
3. Coerenza e rilevanza rispetto al tema centrale: la selezione ha incluso solamente studi che prendono in esame interventi specifici per la Performance Anxiety;
4. Qualità e affidabilità scientifica: studi peer-reviewed ovvero revisioni sistematiche o metanalisi;
5. Campione: sono state selezionate ricerche il cui campione fosse costituito da musicisti professionisti, o in alcuni casi musicisti ad alto livello, e atleti professionisti. Quest’ultimo punto è stato considerato per rispondere all’intento comparativo tra i due ambiti - musicale e sportivo - e per avere quindi un campione statistico valido di riferimento.

Sono stati in seguito esclusi gli studi che non presentavano rigore metodologico o non definivano chiaramente la metodologia e i criteri di selezione, studi svolti su un singolo caso e studi che non rispondevano ai criteri di inclusione sopra citati. Ad esempio, l’articolo “Biasutti, M., & Concina, E. (2014). *The role of coping strategy and experience in predicting music performance anxiety.* Musicae Scientiae” [3], inizialmente preso in considerazione perchè appartenente al contesto accademico italiano e rilevante

all'argomento di ricerca, è stato in seguito scartato in quanto non costituisce una revisione sistematica o una metanalisi, ma uno studio quantitativo correlazionale predittivo condotto tramite questionario a somministrazione unica.

I dieci articoli selezionati sono stati poi divisi in categorie in base al tipo di intervento proposto:

- trattamenti di tipo cognitivo-comportamentali;
- trattamenti farmacologici;
- biofeedback e metodi integrati;
- approcci psicologici con pratica mindfulness e multimodali;

Questa categorizzazione guida la sintesi che verrà presentata nel secondo capitolo e costituirà inoltre la base per il confronto tra i diversi approcci nei due ambiti presi in analisi.

Sette tra i dieci studi riportano di aver seguito le linee guida PRISMA: Gropel et al. (2022) [5], Reyes-Bossio et al. (2022) [16], Fernholz et al. (2019) [4], Nuetzel et al. (2023) [14], Klein et al. (2014) [11], Kinney et al. (2022) [10], and Niering et al. (2023) [13]. I tre studi rimanenti - Ong & Chua (2020) [15], Rumbold et al. (2012) [17], e Kenny (2005) [8] - non seguono ufficialmente le linee guida PRISMA ma sono stati ritenuti ugualmente idonei in quanto aderiscono ai criteri di selezione, sono rigorosi nella struttura metodologica e rilevanti per gli obiettivi di ricerca.

La tesi non si pone l'obiettivo di costituire a sua volta una revisione sistematica, quanto piuttosto di fornire un'analisi critica delle evidenze già oggetto di sintesi nella letteratura scientifica.

La seconda parte dell'elaborato riguarderà la trasferibilità degli approcci e degli interventi già adottati nello sport, le specificità del campo musicale e infine le aree non ancora esplorate in letteratura, in particolare nel contesto dell'educazione musicale e per quanto riguarda il supporto per i musicisti.

È essenziale, nel delineare l'approccio metodologico utilizzato, evidenziarne sia i punti di forza sia i punti di debolezza. Questo permette maggiore comprensione per quanto

riguarda affidabilità e criticità dell'analisi proposta, e assicura una valutazione trasparente della qualità e la validità complessive dello studio.

Il presente elaborato non costituisce una revisione sistematica, ma segue un approccio rigoroso e scientifico nel trattare l'argomento di ricerca.

In primo luogo, quest'ultima si basa su evidenze ricavate unicamente da studi sistematici, metanalisi o revisioni scientifiche, le quali riuniscono e sintetizzano dati da più fonti analizzando e sottoponendo a verifica i risultati e la loro generalizzabilità.

In secondo luogo, il processo di selezione è stato condotto seguendo precisi criteri di inclusione ed esclusione, facendo riferimento anche alle linee guida PRISMA.

Infine, l'obiettivo di sintesi condotto secondo un approccio comparativo tra l'ambito musicale e quello sportivo offre una prospettiva originale, che mette in luce da una parte le lacune nella ricerca in contesto musicale, dall'altra propone potenziali punti di contatto tra i due ambiti. Vengono così avanzate ipotesi di trasferibilità delle tecniche e dei trattamenti, la cui plausibilità risulta compatibile con i dati raccolti.

La metodologia adottata dall'elaborato presenta diversi limiti. Per cominciare, non adotta un protocollo formale ufficiale registrato anticipatamente, come avviene invece nelle revisioni sistematiche condotte secondo standard internazionali. Nonostante la tesi segua il protocollo PRISMA come guida concettuale metodologica, infatti, le linee guida non sono state applicate interamente e rigorosamente.

Inoltre, sebbene i criteri di inclusione ed esclusione siano stati definiti in maniera precisa e esplicita, il fatto che la selezione degli studi e l'indagine siano state realizzate da un unico revisore espone il procedimento a giudizio soggettivo, comportando il rischio di possibili bias di selezione e riducendo la riproducibilità dell'analisi.

In terzo luogo, gli articoli selezionati sono sì revisioni sistematiche o metanalisi, ma gli ambiti tematici degli studi e la loro metodologia sono eterogenei e diversi tra loro.

In ultimo, la ricerca in letteratura si è limitata ad articoli pubblicati in lingua inglese o italiana e a fonti disponibili su banche dati a libero accesso o tramite banche dati accademiche istituzionali. Questo procedimento potrebbe aver portato all'esclusione di

studi rilevanti, pubblicati in altre lingue o in database non accessibili tramite le risorse bibliografiche dell'ateneo, restringendo quindi l'ampiezza e la varietà delle evidenze disponibili.

Con la consapevolezza di tali limitazioni, la trattazione consente ugualmente una sintesi critica e tematicamente strutturata delle evidenze disponibili, e permette un'analisi comparativa e tra i modelli di intervento nei contesti di performance musicale e sportiva.

2. Sintesi tematica degli studi analizzati

2.1 Interventi cognitivo-comportamentali

La terapia cognitivo-comportamentale è tra gli approcci maggiormente studiati e validati scientificamente, è applicata in diversi ambiti ed è tra le più studiate per attenuare la MPA. Integra due tipologie di intervento: gli interventi cognitivi e gli interventi comportamentali.

I primi riguardano i processi di pensiero e le credenze individuali; una volta individuati i pensieri ricorrenti, gli schemi fissi di ragionamento e di interpretazione della realtà, la terapia punta alla modifica di questi processi e all'integrazione di forme di pensiero più realistiche e funzionali. Le tecniche adottate sono la ristrutturazione cognitiva, il self-talk positivo o l'identificazione di distorsioni cognitive per modificare schemi di pensiero disfunzionali.

Gli interventi comportamentali invece aiutano a ristrutturare le connessioni tra le situazioni che creano difficoltà e le reazioni emotive e comportamentali abituali dell'individuo, attraverso l'acquisizione di nuove modalità di risposta, l'esposizione graduale alle situazioni problematiche e strategie alternative. Tra gli interventi comportamentali troviamo il rilassamento muscolare progressivo, la desensibilizzazione sistematica, tecniche di respirazione controllata. La terapia cognitivo-comportamentale cerca quindi di riconoscere e ristrutturare i pensieri e i modelli comportamentali disfunzionali che contribuiscono all'ansia e ai sintomi della Music Performance Anxiety. Gli studi presi in esame dall'elaborato adottano interventi separatamente cognitivi e comportamentali e cognitivo-comportamentali insieme.

Per quanto riguarda le tecniche comportamentali, gli studi presi in analisi da "A Systematic Review of Treatments for Music Performance Anxiety" di D.T. Kenny [8] che hanno adottato interventi di rilassamento muscolare, rilassamento controllato da stimolo, tecniche di consapevolezza e di respirazione, evidenziano qualche

miglioramento nell'ansia, in studenti e musicisti affetti da MPA, nella frequenza cardiaca e nella percezione soggettiva di ansia. Non tutti gli studi presentano però risultati significativi, inoltre tra gli aspetti considerati, la qualità della performance è stata quella meno influenzata dai trattamenti. In uno degli studi inseriti nella revisione il riscontro positivo aumenta con trattamenti di tipo cognitivo-comportamentale.
È presente solo uno studio che adotta un trattamento unicamente cognitivo [18], inserito nella revisione di Kenny, che riscontra effetti significativi positivi di tecniche di ristrutturazione cognitiva su MPA, ansia, qualità della performance e frequenza cardiaca. Questi risultati sono in accordo a quelli riferiti ai trattamenti cognitivo-comportamentali combinati.

La Acceptance and Commitment Therapy ha avuto risultati positivi. L'ACT è una psicoterapia cognitivo-comportamentale che mira ad aumentare la flessibilità psicologica tramite modifiche comportamentali, strategie di accettazione e mindfulness. La cosiddetta "terapia di terza generazione" si basa su una concezione della psicologia umana esistenziale non convenzionale.

La revisione di Fernholz et al. riscontra effetti positivi dopo 12 sessioni di ACT, con riduzione significativa dell'ansia prestazionale, effetti che non si riscontrano però nelle valutazioni della qualità della performance (Juncos et al., 2017) [4].

All'interno della revisione sistematica di Kinney et al. tre studi quasi-sperimentali hanno riscontrato riduzione significativa della MPA con trattamento di ACT, con rafforzamento della flessibilità psicologica, controllo dell'ansia, e aumento della qualità della performance valutata da giudici (Clarke et al. 2020, Mahony et al. 2022, Juncos et al. 2017) [10].

Nella revisione sistematica di Fernholz et al., uno studio ha compreso sei sessioni di gruppo di terapia cognitiva, rilassamento muscolare progressivo (PMR) e feedback individuale settimanale della temperatura (Nagel et al., 1989) [4], e ha riscontrato una riduzione significativa di MPA. La revisione riporta che anche Sweeney e Horan (1982) [18] hanno esaminato sei sessioni di gruppo di ristrutturazione cognitiva, con o senza rilassamento controllato da segnali, riscontrando una significativa diminuzione dei

sintomi d'ansia. La riduzione della MPA era significativa soprattutto nella condizione che combinava ristrutturazione cognitiva e rilassamento controllato da segnali.
Nella revisione di Kenny, tre studi hanno valutato l'effetto delle strategie cognitivo-comportamentali sulla MPA, riportando tutti miglioramenti significativi con tecniche standard di CBT. Sono stati osservati effetti da moderati a forti sul miglioramento della qualità della performance (Kendrick et al., 1982; Roland, 1993) [8]; in particolare Kendrick et al. (1982) hanno evidenziato come la CBT fosse superiore al trattamento puramente comportamentale nel migliorare le aspettative di auto-efficacia e i segni visivi di ansia.
Sweeney e Horan (1982), studio preso in analisi dalla stessa revisione, hanno riscontrato che interventi comportamentali, cognitivi e cognitivo-comportamentali erano tutti efficaci nel trattamento della MPA negli studenti, ma senza differenze significative tra le tre tipologie di trattamento.

Nella revisione sistematica di Fernholz et al. dieci studi che hanno indagato diverse tecniche di CBT (otto dei quali con gruppi di controllo) hanno mostrato effetti positivi sulla MPA. Inoltre, cinque case report (Norton et al., 1978; Rider, 1987; Salmon, 1992; Lazarus e Abramovitz, 2004; Juncos e Markman, 2016) [4] hanno esaminato la desensibilizzazione sistematica, l'addestramento a dichiarazioni positive auto-dirette verbali, la ristrutturazione cognitiva e l'ACT, riportando in tutti i casi un miglioramento o la remissione della MPA.
Nella revisione sistematica di Kinney, cinque studi quasi-sperimentali su sei hanno riportato benefici significativi della CBT nel trattamento della MPA.

In conclusione, i miglioramenti prodotti dalla terapia cognitivo-comportamentale nella Music Performance Anxiety rappresentano evidenze coerenti e, sebbene siano necessarie ulteriori ricerche con campioni più ampi per confermarne l'efficacia, questi promettenti risultati sono in linea con il ruolo della CBT come trattamento di riferimento per la SAD (Social Anxiety Disorder).

2.2 Biofeedback

Il biofeedback è una tecnica che consente di acquisire il controllo su funzioni corporee normalmente involontarie, attraverso un allenamento eseguito tramite biofeedback, ovvero con il riscontro immediato dei propri parametri fisiologici. Grazie all'uso di elettrodi, il soggetto può visualizzare i propri indici fisiologici e imparare a controllarli attraverso questo monitoraggio continuo. Dopo alcune sessioni la capacità di controllare queste funzioni diviene possibile senza la visualizzazione su monitor, si acquisisce quindi l'autoregolazione delle funzioni corporee, comprese quelle associate a stress e ansia.

Dai due studi, presenti nella revisione sistematica di Kinney, che hanno valutato il trattamento a biofeedback non sono stati ricavati risultati coerenti o significativi (Thurber et al. 2010, Wells et al. 2012) [10]

In altri studi si è riscontrata una riduzione significativa dell'ansia grazie a sessioni di controllo della respirazione e di respirazione lenta. L'effetto positivo su ansia e frequenza cardiaca è stato però rilevato dopo sessioni di esercizi di respirazione lenta in presenza e in assenza di biofeedback, senza effetti differenziali tra i due. Questo rende improbabile o non verificato che il biofeedback fosse il fattore causale di per sé.

2.3 Terapia farmacologica con β-bloccanti

L'effetto dei β-bloccanti come approccio farmacologico al trattamento della MPA è stato studiato piuttosto intensamente.

Nonostante il trattamento del SAD (Social Anxiety Disorder) includa spesso la somministrazione di alcuni ansiolitici, questa tipologia di farmaci possono influenzare la respirazione e compromettere il controllo motorio fine, rendendoli impraticabili per i performer. I farmaci beta-bloccanti risultano invece tra i farmaci più utilizzati dai

musicisti [10], sebbene agiscano principalmente sui sintomi somatici dell'ansia, come palpitazioni, iperventilazione e tremore, mentre hanno minore efficacia sugli aspetti cognitivi e psicologici.

Tra i farmaci studiati si ritrova soprattutto il nadololo e il propranololo. Si tratta di farmaci con azione antagonista per i recettori del sistema simpatico: agiscono bloccando i recettori per adrenalina e noradrenalina e riducono la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, rallentando il battito.

La revisione di Fernholz riporta come in uno studio trasversale i β-bloccanti siano stati valutati utili dal 93% dei musicisti (Kenny et al., 2014) [4]. Nonostante questo, nella maggior parte degli studi presi in analisi dalla revisione non sono state trovate differenze significative, con i gruppi di controllo, nell'ansia e nelle valutazioni sulla qualità delle performance. Sono state testate somministrazioni di nadololo e di propranololo a diverse dosi, contro placebo. La frequenza cardiaca era più bassa, rispetto ai controlli, in tutti i gruppi a cui era stato dato il farmaco, ma non c'erano differenze significative nella MPA tra i gruppi. Questo è stato riscontrato nelle revisioni sistematiche di Fernholz e di Kinney (Clark e Agras, 1991). [4] [10]

Uno studio preso in analisi dalla revisione di Fernholz (James et al., 1977; Pearson e Simpson, 1978) ha dimostrato riduzioni significative sulle valutazioni dell'ansia auto-riferita con trattamento di oxprenolo (farmaco beta-bloccante), oltre a riduzioni della frequenza cardiaca.

La revisione di Kenny aggrega undici studi sui beta-bloccanti (Atenololo, Metoprololo, Nadololo, Oxprenololo, Propanololo, Pindololo), eterogenei per quanto riguarda di farmaci, dosaggi e misure, e caratterizzati da campioni ridotti (8-30 soggetti). Nove di questi mostrano un miglioramento significativo dei sintomi legati all'iperattività simpatica. I risultati cambiano però in base al farmaco testato e le misure soggettive non hanno riscontrato miglioramenti significativi sulla percezione della performance.

La revisione prende poi in analisi uno studio con campione più ampio (Berens & Ostrosky, 1988) di 150 musicisti: i risultati hanno confermato una riduzione della tachicardia e un miglioramento della qualità della performance, ma hanno anche evidenziato rischi legati alla sospensione del farmaco e effetti collaterali, tra cui bradicardia e ipotensione, estremità fredde, disturbi gastrointestinali, disturbi del sonno e affaticamento muscolare, riportati da almeno il 10% degli utenti.

Il quadro complessivo delineato dalla revisione di Kenny sul trattamento con beta-bloccanti rimane inconcludente.

In generale, dalle revisioni sistematiche considerate emerge che il trattamento con farmaci beta-bloccanti riduce i sintomi fisiologici della MPA, come frequenza cardiaca e tremore, mentre ansia e cognizioni negative non risultano influenzate.

2.4 Trattamenti combinati

È stata esplorata l'efficacia di trattamenti combinati che integrano la CBT con interventi farmacologici e interventi di biofeedback.
Nella revisione di Kenny, solo uno studio (Clark & Agras, 1991) ha mostrato dati solidi esaminando una combinazione di approcci, evidenziando che la CBT è più efficace del buspirone (farmaco ansiolitico) e migliora la qualità della performance. Gli altri studi sugli approcci combinati presentano invece limiti metodologici che ne riducono la validità. [8]
La stessa revisione analizza uno studio (Nagel et al., 1989, Kenny) che riporta una marcata riduzione dell'ansia di tratto e della MPA dopo un trattamento combinato di CBT, PMR e training di biofeedback della temperatura, coerente con i risultati di altri due studi (Nagel, Himle e Papsdorf, 1989; e Niemann, Pratt e Maughan, 1993) che hanno attuato un trattamento combinato di CBT e biofeedback. Altri studi come quello di Sweeney-Burton (1997) non hanno tuttavia riscontrato efficacia, ma è possibile ipotizzare la presenza di un effetto pavimento, in quanto i campioni non erano selezionati tra musicisti con elevata MPA.

2.5 Alexander technique

Oltre alle ripercussioni sul benessere mentale, l'ansia da prestazione nei musicisti ha tra i suoi sintomi fisiologici l'irrigidimento della postura e dei movimenti, che contribuiscono a influenzare negativamente la qualità dell'esecuzione.
Negli studenti di musica e nei musicisti professionisti lo stress e l'ansia causano spesso lesioni e fastidi muscoloscheletrici, come infiammazioni dei tendini, dolori alla schiena e al collo, sindromi legate al sovraccarico muscolare e all'accumulo di tensione.
I sintomi fisici si ripercuotono negativamente sulla capacità performativa e più in generale sull'ansia e lo stress soggettivi percepiti.
I disturbi muscoloscheletrici vengono solitamente trattati con fisioterapia, ma raramente sono disponibili e vengono proposte cure specializzate per i musicisti. [11].

Uno degli obiettivi della tecnica di Alexander è di creare facilità e libertà nel movimento, e permettere quindi ai musicisti di superare posture abituali, aumentare la propriocezione e rilasciare tensioni muscolari che riducono le abilità digitali in sede d'esecuzione e la qualità esecutiva in generale.
La tecnica Alexander è un metodo psico-fisico sviluppato da Frederick Matthias Alexander (1869–1955). Si basa sul creare e aumentare la consapevolezza cinestetica e sull'inibizione volontaria di schemi di movimenti non benefici e comportamenti abituali non voluti, lavorando sulla coordinazione, la propriocezione e l'equilibrio. L'effetto è la distensione muscolare e la rieducazione consapevole del movimento.
L'AT solitamente prevede sessioni individuali o di gruppo con un insegnante qualificato, che fornisce istruzioni verbali insieme a una guida manuale, una manipolazione corporea con attenzione primaria a testa, collo e schiena.
Si tratta di una tecnica ancora poco studiata, con poche ricerche presenti in letteratura, che ha però avuto prove solide di efficacia per il trattamento del mal di schiena cronico [20] e nelle persone affette da malattia di Parkinson [19].

Nella revisione sistematica "*The Alexander Technique and musicians: a systematic review of controlled trials*" di S.D. Klein, C. Bayard e U.Wolf [11], sono riportati quattro studi (3 RCT e 1 CT) che hanno indagato e valutato la performance

musicale, e solo in un RCT la qualità musicale è migliorata nel gruppo AT. Sei studi (4 RCT e 2CT) hanno indagato la postura, la relazione testa-collo e i movimenti a seguito di sessioni di AT; solo un RCT riporta miglioramenti posturali e di movimento rispetto al gruppo di controllo. Altri sei studi (3 RCT e 3CT) hanno indagato l'ansia da prestazione e in cinque di questi ci sono stati effetti positivi significativi.

Gli effetti sulla performance musicale e sulla funzione respiratoria restano inconclusivi. Notiamo che dove non ci sono stati effetti significativi dell'AT sono stati riscontrati comunque cambiamenti a livello posturale con rilascio di tensione conseguente ed effetti positivi sulla muscolatura [11].

La revisione sistematica di Klein et al. mostra evidenze maggiori riscontrate invece per il miglioramento dell'ansia da prestazione, valutata principalmente tramite questionari.

In conclusione, osserviamo che i risultati degli studi si sono generalmente rivelati inconcludenti. L'ipotesi presentata nella revisione sistematica vede le ragioni in primis nella complessità della performance musicale, che rende il processo non facile da valutare, in secondo luogo nelle tempistiche inadeguate del trattamento, in quanto gli studi si strutturano lungo massimo 3-4 mesi, e questo potrebbe costituire un periodo troppo breve per imparare e incorporare le abilità acquisite nelle sessioni di AT con ripercussioni visibili nelle esecuzioni.

Inoltre, gli studi considerati sono altamente soggetti a bias metodologici, e presentano poca chiarezza e trasparenza a riguardo. Le altre revisioni prese in analisi dall'elaborato non si concentrano sulla AT e non contengono aspetti aggiuntivi da prendere in considerazione.

2.6 Yoga e mindfulness

Lo yoga e la mindfulness sono stati esplorati come approcci promettenti per ridurre l'MPA grazie ai benefici che apportano allo stato mentale e alla consapevolezza corporea.

Diversi studi hanno valutato la loro efficacia: in uno studio trasversale analizzato da Fernholz et al. lo yoga è stato considerato un intervento utile dal 58% dei musicisti (Fishbein et al., 1988). [4]
Inoltre, due studi di intervento hanno evidenziato riduzioni significative della MPA nei questionari dopo programmi di yoga di 8 settimane o 14 lezioni. In particolare, Khalsa e Cope (2006) hanno riscontrato un cambiamento significativo nella performance, mentre Stern et al. (2012) hanno riportato ampie riduzioni significative nell'ansia di tratto (STAI) e nei punteggi di ansia da prestazione musicale in contesti solistici. L'effetto è stato mantenuto a follow-up di 7-14 mesi. [4]
Un altro studio riportato in Fernholz et al. ha confrontato un intervento di yoga lifestyle, solo yoga e un gruppo di controllo senza trattamento (Khalsa et al., 2009), rilevando miglioramenti significativi della MPA in entrambi i gruppi yoga. Tuttavia, non sono state osservate differenze significative rispetto al gruppo di controllo.

Lo studio di Khalsa et al. (2013), il più ampio tra quelli inclusi, analizzato all'interno della revisione di Kinney et al., ha coinvolto 135 giovani musicisti adulti che hanno seguito un programma di yoga di 6 settimane: anche in questo caso sono emerse riduzioni significative della MPA rispetto ai controlli, sebbene non vi fossero differenze significative nell'ansia di stato generale (STAI, State-Trait Anxiety Inventory). [10]

La revisione di Kinney et al. prende inoltre in esame un'analisi condotta da Butzer et al. (2016), basata su dati raccolti in tre anni, che riporta come programmi di yoga di 8 settimane aumentassero significativamente il *flusso disposizionale* e i tratti di mindfulness in giovani musicisti adulti, miglioramenti che risultavano associati a una riduzione della MPA sia in contesti di performance individuali che di gruppo.

Complessivamente, i benefici più consistenti dello yoga sono stati osservati nei programmi caratterizzati da elevata frequenza e intensità, con un impatto positivo principalmente sugli aspetti cognitivi dell'ansia da prestazione, ma con ricadute favorevoli anche sulla MPA nel suo complesso.

Nonostante gli studi presentino gruppi di controllo, campioni ampi e in alcuni casi randomizzazione, sono presenti pochi follow-up a lungo termine e problemi di aderenza (*compliance*) al trattamento. Nonostante i dati favorevoli, risultano necessari approcci metodologici più rigorosi per confermarne l'efficacia.

2.7 Ipnositerapia

La letteratura sull'efficacia dell'ipnosi nel trattamento dell'ansia da prestazione musicale è limitata, ma i pochi studi disponibili indicano risultati promettenti e mostrano un potenziale nella riduzione della MPA e dei sintomi associati.

In studi trasversali, è stata valutata come utile dal 60% al 76% dei musicisti nello studio di Stanton (1994), riportato nelle revisioni di Fernholz et al., Kenny e Kinney et al. Questo studio ha confrontato l'ipnoterapia con un gruppo di controllo attivo e ha riscontrato una riduzione significativa della MPA, misurata tramite questionario, sia dopo l'intervento sia al follow-up. [4] [8] [10]

Uno studio di Brooker (2018), incluso nella revisione di Kinney et al., ha mostrato che sia l'ipnoterapia cognitiva (CH) sia l'EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) hanno ridotto significativamente l'ansia di stato rispetto ai controlli non trattati e hanno determinato un miglioramento significativo della performance; in aggiunta, il gruppo EMDR ha evidenziato un'ansia di tratto significativamente più bassa rispetto sia al gruppo di controllo sia al gruppo CH. [10]

2.8 Musicoterapia

La musicoterapia, in particolare l'improvvisazione e la desensibilizzazione assistita dalla musica (*music assisted desensitization*), ha mostrato risultati promettenti ma non sempre coerenti nella riduzione della MPA e dei sintomi correlati.

Secondo la revisione di Fernholz et al., quattro studi hanno esaminato la musicoterapia (incentrata su improvvisazione e desensibilizzazione) e tutti riportano una riduzione significativa della MPA dopo l'intervento.

Lo studio di Montello et al. (1990), incluso nelle revisioni di Fernholz et al., Kenny, Kinney et al., ha evidenziato che un intervento di musicoterapia di gruppo della durata di 12 settimane ha portato a una significativa riduzione dell'ansia da prestazione rispetto a un gruppo di controllo passivo e a uno attivo, con miglioramenti anche nell'ansia di tratto e nella fiducia nella performance. [4] [8]

Fernholz et al. e Kinney et al. riportano inoltre uno studio di Kim (2008), che ha confrontato l'efficacia della musicoterapia con quella del rilassamento muscolare progressivo (PMR) e delle tecniche immaginative. Entrambi gli interventi si sono rivelati efficaci nel ridurre la MPA, ma in modo differenziato: il gruppo che ha ricevuto PMR combinato con un intervento musicale ha mostrato miglioramenti significativi nella MPA, nell'ansia di stato, nella tensione, nel comfort e nella temperatura delle dita; il gruppo sottoposto a desensibilizzazione assistita da improvvisazione ha riportato riduzioni significative nell'ansia di stato, nella tensione e nella temperatura delle dita, ma non nella MPA. [4] [10]

In un altro studio di Kim (2005), è stata osservata una riduzione significativa dell'ansia in pianisti universitari dopo un trattamento di musicoterapia con improvvisazione e desensibilizzazione, anche se non sono emerse variazioni significative nei punteggi relativi all'ansia di tratto o nei questionari specifici per la MPA.

Infine, la revisione di Kinney et al. include uno studio di Clements-Cortés et al. (2024), in cui un programma di musicoterapia di gruppo non ha prodotto differenze significative

nei livelli di ansia di stato o di tratto, ma ha mostrato miglioramenti nei punteggi Likert relativi all'ansia.

In questo contesto, è stato notato e raccomandato il modello di musicoterapia olistica di gruppo per la sua efficacia nel promuovere una maggiore consapevolezza dei meccanismi della MPA e nell'offrire supporto emotivo.

Nonostante i risultati promettenti, è evidente che la ricerca in questo ambito necessiti di ulteriori approfondimenti. Le evidenze disponibili per i trattamenti di mindfulness, yoga, ipnosi e musicoterapia sono ancora preliminari e presentano diverse limitazioni: campioni ridotti, assenza di follow-up e di gruppi di controllo, programmi di trattamento eterogenei e scarsa adozione di misure standardizzate della MPA. Queste limitazioni metodologiche ostacolano la valutazione degli effetti a lungo termine nonché l'attribuzioni causale degli esiti dei trattamenti.

Sono quindi necessarie ricerche più ampie e metodologicamente rigorose per verificare la validità terapeutica, anche alla luce delle discrepanze nei risultati, probabilmente legate anche alla mancanza di standardizzazione delle tecniche e degli strumenti di valutazione.

3. Discussione

3.1 Confronto tra musicisti e atleti e trasferibilità delle tecniche

Il primo aspetto che osserviamo nell'affrontare le condizioni di stress in ambito competitivo sportivo è la distinzione tra ansia di tratto, che rappresenta la tendenza stabile a percepire i segnali ambientali come minacciosi, e ansia di stato, ovvero la condizione temporanea e transitoria che si verifica in un determinato contesto contingente.

I risultati migliori dei trattamenti presi in esame dalle revisioni sistematiche sono stati rilevati sull'ansia di stato di stato: Niering et al. (2023) hanno riscontrato, tra gli studi considerati, un effetto grande complessivo di SMD=0.88 (Differenza Media Standardizzata). Al contrario, l'effetto complessivo per l'ansia di tratto è stato limitato e non significativo, con miglioramenti lievi tra gli atleti di livello amatoriale. [13]

Per quanto riguarda l'ansia di stato, la revisione differenzia tra gli studi che hanno utilizzato punteggi totali attraverso STAI (State-Trait Anxiety Inventory) e quelli che hanno rilevato le misurazioni di ansia con strumenti come CSAI-2 e CSAI-2R che contengono le sottocategorie di ansia cognitiva, ansia somatica e autoefficacia (*self-confidence*). I primi hanno riscontrato un effetto medio a favore dei gruppi di trattamento (SMD=0.62), ma non significativo (p=0.36), si tratta pertanto di un'evidenza non abbastanza solida da poter escludere che la differenzia sia dovuta al caso; mentre invece i secondi, che valutavano l'ansia di stato articolata in tre componenti, hanno riscontrato effetto molto ampio (SMD>0.90) e statisticamente significativo (p<0.001) in ognuna. [13]

La metanalisi di Ong e Chua (2020) ottiene una riduzione medio-grande dell'ansia cognitiva (g=-0.54), piccola-media dell'ansia somatica (g=-0.36) e un aumento medio grande dell'autoefficacia (g=0.55).

Dopo aver condotto un'analisi globale degli studi presi in considerazione, si può affermare che gli approcci specifici che hanno prodotto migliori risultati nel ridurre l'ansia di stato da performance sono stati gli interventi multimodali, in particolare quelli basati sulla ristrutturazione cognitiva, sul self-talk motivazionale e sulle tecniche di immaginazione guidata (*imagery*). [13] [17] [15]
La revisione di Rumbold et al. (2012) ha riscontrato effetti positivi dell'*imagery* sia quando considerata separatamente sia in combinazione ad altri approcci; risultati simili sono stati osservati per le tecniche di rilassamento, che tuttavia nella metanalisi di Ong e Chua (2020) hanno mostrato un effetto trascurabile.

In ultimo, la ricerca condotta da Gröpel et al. (2017) sul *choking under pressure* merita un approfondimento a parte. L'espressione descrive in generale il verificarsi di prestazioni inferiori alla norma nel corso di una prova sportiva stressante.
Il "blocco" implica una riduzione acuta nell'esecuzione di abilità normalmente possedute dall'atleta e non rappresenta una mancanza di capacità né di motivazione.
Gli interventi adottati per prevenire il *choking* integrano elementi di terapia cognitivo-comportamentale, analogamente a quanto accade per i trattamenti esaminati finora, che agiscono sui processi attentivi e cognitivi e su abitudini comportamentali, tecniche di distrazione o di esposizione graduale.
Alla base del choking si trovano due modelli attentivi: il "distraction model" e il "self-focus model".
Secondo il modello "della distrazione" il *choking* è causato dallo spostamento dell'attenzione su aspetti irrilevanti al compito, che possono essere segnali interni, come preoccupazioni o pensieri catastrofici, o esterni dovuti all'ambiente circostante. Lo spazio attentivo diviene così non disponibile per concentrarsi sull'esecuzione della prestazione.
Il modello "self-focus", dell'auto-focalizzazione, interpreta il *choking* come conseguenza dello spostamento attentivo del performer sull'esecuzione cosciente dei propri movimenti. L'attenzione cosciente interferisce con il funzionamento normalmente automatico dell'esecuzione del movimento e porta a un rendimento inferiore.

La revisione di Gröpel prende in analisi tre tipologie di intervento, tutte caratterizzate da esiti positivi e statisticamente significativi.

Primi tra questi ci sono gli interventi *distraction-based* come la *Pre-Performance Routine* (PPR); questi interventi hanno avuto effetti positivi per il miglioramento della performance sotto pressione, riuscendo a prevenire distrazioni interne o esterne e favorendo un focus attentivo rilevante per il compito.
Vi sono poi i trattamenti basati sul *self-focus*, che comprendono il *Quiet-Eye Training* (QE), le *left-hand contractions* e il *dual task*. Questa tipologia di strategie comportamentali punta ad evitare che l'atleta ripercorra consciamente tutti i passaggi espliciti che ha imparato in fase di allenamento, ostacolando l'esecuzione fluida del gesto ("to minimise the reinvestment of explicit knowledge and the conscious control of skill execution", Gröpel et al. 2017, *Choking interventions in sports: A systematic review*, p.4).
In ultimo vi sono gli interventi di "acclimatazione", che cercano di replicare, durante l'allenamento, le situazioni di stress competitivo per esporre lo sportivo a condizioni ansiogene ma in un contesto protetto, affinché si sviluppi un adattamento e una resistenza agli effetti negativi della pressione.

Una distinzione analoga nella gestione dell'attenzione emerge nel volume *The psychology of music performance anxiety* di Kenny [9], nel quale vengono individuate tre aree di focalizzazione durante una performance musicale: il sé, il pubblico e la musica. Si tratta di pensieri autoreferenziali negativi e iperfissazione verso di sé, che possono inoltre creare cicli viziosi in cui la paura dei sintomi somatici rafforza le convinzioni disfunzionali, la paura del giudizio esterno e aumenta la probabilità di errori nella prestazione.
Al contrario, riuscire a spostare il focus attentivo verso il compito musicale provoca diminuzione significativa del livello di ansia.

Le amnesie momentanee che sperimentano i musicisti durante l'esecuzione in condizioni di stress rappresentano un esempio emblematico degli analoghi meccanismi alla base dei processi associati all'ansia nei musicisti e negli sportivi. I "vuoti" di memoria riflettono infatti il modello *self-focus* del *choking*: nel momento in cui il musicista sposta l'attenzione sui propri movimenti e li considera in modo frammentato e "freddamente" analitico, viene meno l'automatismo legato alla memoria muscolare e sopraggiunge l'errore.

La terapia cognitivo-comportamentale, in contesto sportivo così come in quello musicale, è l'approccio che ha ottenuto maggiori risultati in termini di riduzione dell'ansia da prestazione, del *choking* degli sportivi e della *Music Performance Anxiety*.
Gli interventi di CBT mirano a sostituire i pensieri autoreferenziali negativi e disfunzionali con affermazioni positive e orientate al compito.
Il *positive self-talk*, le tecniche di immaginazione mentale e l'addestramento attentivo lavorano sul dialogo interno del musicista e dell'atleta e sullo spostamento del focus attentivo, favoriscono una concentrazione funzionale al compito e contrastano i pensieri catastrofici, aumentando le sensazioni di autoefficacia e la sicurezza di sé.

Nonostante le evidenze più solide provengano dalla psicologia dello sport, dove la produzione scientifica è più estesa, queste strategie hanno mostrato notevole efficacia anche in ambito musicale, confermandosi tra gli strumenti più validi per la gestione dell'ansia da performance.

3.2 Limiti metodologici e prospettive future

Il limite metodologico principale e più rilevante dell'elaborato riguarda il numero esiguo di studi presi in considerazione. Nonostante gli studi esaminati siano revisioni sistematiche e comprendano a loro volta un bacino più ampio di ricerche, il materiale complessivo rimane ridotto e costituisce pertanto un limite significativo.
Questa carenza metodologica rappresenta un vincolo per la possibilità di generalizzare i risultati: le riflessioni elaborate nella tesi necessitano di ulteriori approfondimenti per consolidare e ampliare la comprensione dell'argomento di ricerca.

La critica più ricorrente tra gli studi analizzati riguarda l'insufficienza metodologica: si rimarca l'esigenza di ricerche con metodologia più solida, omogenea e standardizzata.

Innanzitutto, si osserva la mancanza di una definizione consistente e specifica della MPA: nonostante la definizione proposta da Kenny [8] [9] e l'introduzione della MPA come un sottotipo specifico del disturbo d'ansia sociale [1], non vengono adottati criteri univoci specifici per la Music Performance Anxiety all'interno dei disegni di ricerca.

I limiti metodologici riguardano poi la qualità dei disegni di ricerca: emerge un'eccessiva eterogeneità in termini di disegno di studio, ovvero pochi studi randomizzati controllati e carenza di dati di follow-up [10], di campione, tipologia di intervento adottato, modalità di somministrazione del trattamento e strumenti di misurazione, nonché grande variabilità di età dei soggetti. Gli studi considerati all'interno delle revisioni sistematiche si basano su campioni di piccole dimensioni, a volte senza distinzione tra professionisti e studenti e senza selezionare partecipanti con livelli elevati di MPA iniziali. [8].

L'età inoltre è indicata come fattore significativo, in quanto le popolazioni più giovani sono più colpite dalla MPA rispetto alle popolazioni più anziane [4], tuttavia molti studi non differenziano per questa variabile. È opportuno tenere conto che il livello basale di ansia risulta generalmente maggiore nei giovani e negli adolescenti e potrebbe quindi portare a modifiche rispetto ai risultati delle ricerche.
Inoltre, sono state avanzate ipotesi riguardo all'influenza dell'ambiente familiare di crescita dei giovani con elevata MPA: un contesto competitivo precoce e la pressione per il perfezionismo internalizzata alimentano sensazioni di inadeguatezza tipiche dell'adolescenza. Questi vissuti possono sfociare in vergogna, paura del giudizio e sintomi somatici, soprattutto in assenza di un contesto di supporto empatico e comprensivo che sostenga la formazione di un sé autonomo e distinto dall'aspetto performativo. [9].

Carenze metodologiche riguardano anche la questione della misurazione: la MPA è rilevata prevalentemente tramite auto-valutazioni dei partecipanti allo studio e non da professionisti esterni, vengono utilizzate molte misure e questionari diversi e non validati, rendendo difficile l'interpretazione e la comparazione dei risultati.

Appare chiara l'urgenza di strumenti di misurazione standardizzati e specifici.

Osservazione rilevante ci viene fornita da Kinney et al. (2025) che sottolinea come significatività statistica e significatività clinica non sono necessariamente equivalenti, concetto ancora non riconosciuto in ambito di ricerca riguardo alla MPA. Conseguentemente, non è stato ancora stabilito uno specifico livello di miglioramento che corrisponda a un valore clinicamente significativo. Questa lacuna ha dirette implicazioni nella ricerca, in quanto senza una soglia che determini ciò che è rilevante e significativo a livello clinico diventa difficile decidere le dimensioni appropriate dei campioni e interpretare i risultati. [10]

L'assenza di una definizione chiara di Music Performance Anxiety comporta la mancanza di una prospettiva personalizzata della condizione e conseguentemente degli interventi. La ricerca dovrebbe distinguere tra i diversi sottotipi di MPA e indagare possibili differenze nella risposta terapeutica, differenziando l'approccio in base alle caratteristiche del sottotipo, creando interventi su misura che riescano a rispondere alle esigenze specifiche dei singoli musicisti.

Nel definire la condizione e il trattamento della MPA risulta auspicabile adottare un approccio ampio che non si fermi alla semplice rilevazione dei sintomi: viene osservato che, in contesti sportivi di alto livello, il *coping* è complesso e influenzato da diversi fattori, come le risorse cognitive e psicologiche dell'atleta e le caratteristiche dell'ambiente che lo circondano [14]. Dinamiche analoghe si ritrovano nell'ambiente musicale e dovrebbero orientare la ricerca, al fine di comprendere come le diverse componenti interagiscono tra loro e concorrono all'emergere o all'aggravarsi dell'ansia prestazionale.

Un interessante punto di vista da approfondire per la ricerca futura della Music Performance Anxiety riguarda il ruolo dell'autoefficacia, concetto posto in secondo piano dagli studi, che merita invece maggiore attenzione.

L'autoefficacia è la fiducia di un individuo nelle proprie capacità di agire sull'ambiente in una situazione circoscritta: non riguarda le abilità effettivamente possedute, quanto invece la convinzione di saper affrontare e portare a termine un compito specifico [2].
Si fonda e agisce su un sistema dinamico di convinzioni su sé stessi, processi di autoregolazione emotiva e interazioni con le risposte ambientali.
Gli individui con alti livelli di autoefficacia in un determinato ambito sono portati a dare un'interpretazione positiva e funzionale dei sintomi dell'ansia e degli elementi potenzialmente stressogeni dell'ambiente circostante, riuscendo a regolare il livello di attivazione fisiologica e a percepire in maniera diversa le proprie possibilità all'interno del contesto.

All'autoefficacia si affianca il livello di controllo percepito, ovvero la percezione di possedere le abilità e le risorse necessarie per far fronte a un compito e raggiungere l'obiettivo sotto condizioni di stress. Quando la percezione di controllo è elevata, l'ansia risulta meno debilitante e la prestazione tende a migliorare. [7]
La ricerca dovrebbe approfondire il legame della Music Performance Anxiety con queste dimensioni e considerarle variabili di rilievo nei meccanismi di origine e di mantenimento della MPA.

Sono quindi richiesti non solo strumenti specifici e standardizzati per valutare l'autoefficacia dominio-specifica dei musicisti e monitorarne i cambiamenti, ma anche disegni di studio longitudinali che permettano di osservare l'influenza che il contesto ambientale esercita sull'autoefficacia nei musicisti. Indagare questi aspetti aiuterebbe a comprendere se e in che modo lo sviluppo dell'autoefficacia e del controllo percepito sia sostenuto dal contesto, in particolare durante il periodo di formazione; si tratta di includere nell'analisi una valutazione di ambienti scolastici, scuole di musica, conservatori, non per ultimo la relazione tra studente e insegnante e il clima relazionale familiare.

Nonostante ci siano evidenze preliminari che associano alti livelli di autoefficacia a miglioramenti nella prestazione [8] e a riduzioni dell'ansia [18], e che rivelano inoltre il ruolo del controllo percepito come dimensione regolatoria dell'ansia [7], questi aspetti risultano trattati in modo sporadico e marginale.

I risultati promettenti finora ottenuti richiedono invece un cambiamento nell'approccio di ricerca, che guardi al fenomeno della MPA considerandolo all'interno di una cornice teorica più ampia, la quale può allo stesso tempo offrire spunti concreti per lo sviluppo di interventi di prevenzione e di trattamento.

Inoltre, inquadrare l'MPA in una prospettiva più estesa significa anche adottare un intervento ecologico, che non si limiti al singolo soggetto ma includa il suo ambiente familiare e sociale. Diventa quindi importante la creazione di un sistema di supporto che sostenga lo sviluppo dell'autoefficacia e faciliti l'adozione di strategie di *coping*.

Realizzare tale sistema richiede innanzitutto una maggiore consapevolezza del problema: è quindi fondamentale promuovere la sensibilizzazione rispetto al tema della MPA, una condizione ancora poco conosciuta e non adeguatamente affrontata nemmeno in contesti educativi musicali di alto livello. È altrettanto importante che i docenti ricevano una formazione specifica sulla MPA, così da riconoscerne la gravità, comprenderne gli effetti ed essere capaci di offrire sostegno ai propri allievi.

Si noti inoltre che non è prevista una figura professionale di supporto psicologico che affianchi il musicista, diversamente da quanto accade nel mondo sportivo, dove il sostegno psicologico è spesso fornito da figure di rilievo come i mental coach.

Si rende quindi necessaria, oltre all'introduzione di queste figure all'interno dei contesti educativi musicali, l'attuazione di iniziative istituzionali volte a rafforzare le risorse personali e contestuali.
Attraverso programmi di prevenzione, interventi psicoeducativi e laboratori esperienziali che includano tecniche di rilassamento, di respirazione e simulazioni di situazioni di performance stressanti, è possibile potenziare la percezione di competenza e controllo nei musicisti.
In questo modo si facilita la trasformazione dei vissuti associati all'esperienza competitiva, promuovendo non solo il superamento dell'ansia prestazionale e il benessere psicologico, ma anche un percorso di maturazione personale e di crescita artistica.

Conclusioni

Dall'analisi della selezione di studi presenti in letteratura emerge come gli interventi di maggiore efficacia per il trattamento della Music Performance Anxiety rientrino nel bacino delle strategie di tipo cognitivo-comportamentale.
Gli interventi multimodali combinano elementi della terapia cognitivo-comportamentale, integrano aspetti consolidati con approcci ed evidenze più recenti come l'Acceptance and Commitment Therapy, e costituiscono la direzione più promettente da intraprendere al fine di far fronte ai sintomi somatici e cognitivi dell'ansia prestazionale e infine al miglioramento della performance.
In particolare, le strategie del *positive self-talk*, le tecniche immaginative e il training attentivo hanno portato a riduzioni statisticamente significative dell'ansia, riuscendo inoltre ad aumentare il rendimento dell'esecuzione performativa.

Le evidenze si riscontrano tanto in ambito musicale quanto sportivo, tuttavia risultano più solide in quest'ultimo, in cui la ricerca riguardante il benessere mentale e la gestione dello stress competitivo ha prodotto una quantità superiore di studi.

Gli interventi che hanno dimostrato maggiore efficacia operano in un'ottica di ristrutturazione cognitiva e sono accomunati da obiettivi simili: spostare il focus attentivo dai pensieri disfunzionali al compito, rafforzare la concentrazione e aumentare l'autoefficacia.
I risultati della ricerca in psicologia dello sport possono fornire indicazioni utili e indirizzare la ricerca nel mondo musicale, poiché in entrambi gli ambiti si riscontrano meccanismi analoghi alla base dell'ansia da prestazione e dei processi di stress.

In ultimo, appare indispensabile adottare una metodologia più solida, che definisca in maniera chiara e specifica l'oggetto di ricerca e si avvalga di misure validate e standardizzate.
È opportuno inoltre sottolineare che il presente elaborato ha esaminato un corpus esiguo di studi, e che tale carenza rappresenta un fattore limitante nell'estendere la validità delle conclusioni e dei risultati emersi.

Grazie a disegni di studio robusti e a una ricerca metodologica rigorosa diventa così possibile inquadrare la Music Performance Anxiety in una prospettiva più ampia ed ecologica, che tenga in considerazione non solo l'influenza che i fattori ambientali possono avere sull'emergere dell'ansia, ma anche il loro ruolo come possibili risorse di sostegno, o al contrario di esacerbazione del disagio.

Quest'ottica allargata può aumentare la comprensione del fenomeno e permettere l'attuazione di risposte più efficaci, mirate e adatte alle esigenze individuali.

Bibliografia

[1] American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

[2] Bandura, A. (2000). *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Erickson.

[3] Biasutti, M., & Concina, E. (2014). The role of coping strategy and experience in predicting music performance anxiety. *Musicae Scientiae*, 1–14. doi.10.1177/1029864914523282

[4] Fernholz, I., Mumm, J. L. M., Plag, J., Noeres, K., Rotter, G., Willich, S. N., Ströhle, A., Berghöfer, A., & Schmidt, A. (2019). Performance anxiety in professional musicians: a systematic review on prevalence, risk factors and clinical treatment effects. *Psychological Medicine*, *49*, 2287–2306.

[5] Gröpel, P., & Mesagno, C. (2017). Choking interventions in sports: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*.

[6] Guptill CA. The lived experience of professional musicians with playing-related injuries: a phenomenological inquiry. *Med Probl Perform Art.* 2011; 26(2):84-95. PMID: 21695356.

[7] Jones, E. S., Mullen, R., & Hardy, L. (2019). Measurement and validation of a three factor hierarchical model of competitive anxiety. *Psychology of Sport & Exercise, 43*, 34–44.

[8] Kenny, D. T. (2005). A systematic review of treatments for music performance anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*. DOI: 10.1080/10615800500167258.

[9] Kenny, D. T. (2011). *The psychology of music performance anxiety*. Oxford University Press.

[10] Kinney, C., Saville, P., Heiderscheit, A., & Himmerich, H. (2025). Therapeutic Interventions for Music Performance Anxiety: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Behavioral Sciences*, *15*(2), 138.

[11] Klein, C., Fiedler, S. D., & Willich, S. N. (2014). The Alexander Technique and musicians: a systematic review of controlled trials. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *14*(414). DOI: 10.1186/1472-6882-14-414.

[12] Logan, E. C. (2022). *Managing Music Performance Anxiety: A Performer's Perspective* [Tesi di dottorato, The University of British Columbia]. Vancouver.

[13] Niering, M., Monsberger, T., Seifert, J., & Muehlbauer, T. (2023). Effects of Psychological Interventions on Performance Anxiety in Performing Artists and Athletes: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Behavioral Sciences*, *13*(910).

[14] Nuetzel, B. (2023). Coping strategies for handling stress and providing mental health in elite athletes: a systematic review. *Front. Sports Act. Living*, *5*(1265783). DOI: 10.3389/fspor.2023.1265783.

[15] Ong, N. C. H., & Chua, J. H. E. (2020). Effects of psychological interventions on competitive anxiety in sport: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*.

[16] Reyes-Bossio, M., Corcuera-Bustamante, S., Veliz-Salinas, G., Villas Boas Junior, M., Delgado-Campusano, M., Brocca-Alvarado, P., Caycho-Rodríguez, T., Casas-Apayco, L., Tutte-Vallarino, V., Carbajal-León, C., & Brandão, R. (2022). Effects of psychological interventions on high sports performance: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *13*(106%3(6).

[17] Rumbold, J. L., Fletcher, D., & Daniels, K. (2012). A Systematic Review of Stress Management Interventions With Sport Performers. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, *1*(3), 173–193. DOI: 10.1037/a0026628.

[18] Sweeney, G. A., & Horan, J. J. (1982). Separate and combined effects of cue-controlled relaxation and cognitive restructuring in the treatment of musical performance anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, *29*(5), 486–497. doi: 10.1037/0022-0167.29.5.486

[19] Stallibrass C, Sissons P, Chalmers C. Randomized controlled trial of the Alexander technique for idiopathic Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*. (2002) 16(7):695-708. doi: 10.1191/0269215502cr544oa. PMID: 12428818.

[20] Woodman JP, Moore NR. Evidence for the effectiveness of Alexander Technique lessons in medical and health-related conditions: a systematic review. *International Journal of Clinical Practice.* (2012); 66(1):98-112. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02817. x. PMID: 22171910.