

CORSO TRIENNALE DI MUSICOTERAPIA

- SCUOLA APIM DI TORINO -

Tesi di diploma

TITOLO:

“UNO SGUARDO, UN CONTATTO, UN PICCOLO

MOVIMENTO:

LA MUSICOTERAPIA CON LA DISABILITÀ GRAVE E

L’INCONTRO CON LA DANZATERAPIA”

Un viaggio fra definizioni, modelli, esperienze ed emozioni...

Relatore:

Antonio (Mauro) Sarcinella

Diplomando:

Giovanni Petta

*Approdo oggi in questo nuovo porto, una tappa della vita
che si concretizza.*

Grazie a...

...chi ha creduto in me

...chi mi ha supportato

...chi mi ha permesso di cambiare strada

offrendomi un nuovo punto di vista

...chi mi ha detto che ce la potevo fare.

A chi si è fidato della mia esperienza e della mia inesperienza...

Ai bambini,

ai ragazzi

e agli adulti

che mi hanno fatto Emozionare

accettando che gli porgevo la mano o che gli offrissi un abbraccio.

INDICE

- **Grazie a..**
- **Introduzione**

CAP 1. Elementi di Musicologia e Psicologia della musica

- L'aspetto primitivo e innato della musica
- Il cervello "modulare" e le neuroscienze
- Il fondamento senso-motorio dell'atto musicale

CAP 2. Modelli e teorie

- La musicoterapia benenzoniana
- La musicoterapia di gruppo
- La sintonizzazione

CAP 3. La disabilità grave

- Dalla patologia alle particolarità
- Gli universi relazionali
- L'importanza della regressione

CAP 4. Suono e movimento, danza e musica.. insieme per fare terapia

- Come nasce l'idea
- Elementi di DanzaMovimentoterapia Gestalt
- L'esperienza di tirocinio nel centro diurno
- Il valore dell'esperienza

• **Conclusioni**

• **Appendice:**

Allegato 1: ***"What is integrated music therapy and art therapy (IMAT)?"***

• **Bibliografia**

INTRODUZIONE

Prima lezione del corso di Musicoterapia, ottobre 2008, nel tipico giro di presentazione e "perché sono qui", dico:

"mi piace l'idea di utilizzare la musica in campo educativo"

Probabilmente il mio interlocutore avrà pensato che fossi nel posto sbagliato... Effettivamente non avevo ben chiaro quale fosse il percorso in cui mi stavo avventurando, o meglio, forse non ero del tutto consapevole di ciò che volevo approfondire.

Sono passati cinque anni ed ecco la conclusione di un percorso, che è passato attraverso indecisioni, paure, acquisizione di nuove competenze, errori e correzioni.

La tappa finale ha avuto luogo attraverso l'esperienza del tirocinio che andrò a documentare in questa tesi.

Da quasi quindici anni sono a contatto con la disabilità, fra volontariato, obiezione di coscienza e lavoro. Già qualche anno, prima di avvicinarmi alla scuola di Musicoterapia, proponevo un laboratorio di Ascolto Musica in un altro centro diurno in cui lavoravo, uno "spazio/tempo" in cui lo scopo per me era capire se c'erano nuove possibilità di relazione con i ragazzi, se la

musica in qualche modo poteva avvicinare il mio mondo al loro e se poteva in qualche modo "fargli bene".

Attraverso gli anni di scuola e le esperienze di tirocinio sono arrivato ad avere nuove consapevolezza che cercherò di testimoniare attraverso questo documento.

Ecco allora una tesi su una delle tre esperienze di tirocinio, quella svoltasi nel centro diurno in cui lavoro, che si è caratterizzata per la collaborazione con un danzamentoterapeuta: è nata l'anno scorso infatti l'idea di far incontrare le due artiterapie, in modo da poter sperimentare l'unione di due canali espressivo-comunicativi per potenziare la stimolazione e le possibilità di interazione/espressione dei pazienti.

I capitoli si susseguono nell'approfondimento fra aspetti teorici e sviluppo del pensiero del sottoscritto, approdando poi all'esperienza diretta del tirocinio.

Il primo capitolo riguarda le basi della Musicoterapia, partendo dalle capacità musicali innate del neonato, per arrivare alle ricerche delle neuroscienze. Il trend di ricerca mi è parso davvero interessante. Tuttavia, in definitiva, le ricerche lasciano spazio all'indefinibilità (di fatto) della musicoterapia: ciò che non è ancora classificabile e dimostrabile è l'emozione

dell'uomo legata all'ascolto e alla produzione di suoni e di musica. In questo capitolo, poi, c'è spazio anche per un aspetto più concreto: il pensiero di Delalande riguardo al fondamento senso-motorio dell'atto musicale.

Nel secondo capitolo sono riportati i principali riferimenti teorici ed i modelli applicativi della Musicoterapia: l'approccio attivo relazionale di Rolando Benenzon, basato sulla creazione di un contesto non-verbale in cui proporre momenti di libera improvvisazione, volti all'apertura di canali di comunicazione per migliorare i processi relazionali e comunicativi utilizzando la *regressione* e la *catarsi* prodotte e vissute; le teorie di Edith Lecourt, di estrazione psicoanalitica e legate alla dimensione gruppale vista come costitutiva della vita psichica; e, infine, il pensiero di Pierluigi Postacchini che fonda la relazione nel rapporto terapeutico sulla teorizzazione di Stern in merito alla comunicazione madre-bambino ed in particolar modo sul concetto di sintonizzazione.

Nel terzo capitolo viene presentato il mondo della disabilità grave, sia dal punto di vista delle diagnosi che da quello della relazione. È infatti fondamentale per un Musicoterapista conoscere le patologie e, allo stesso tempo, saper andare oltre la diagnosi (in questi casi si tratta di diagnosi

molto gravi), per poter entrare nell'universo relazionale di persone che, a prima vista, non interagiscono (o interagiscono molto poco) con il loro contesto quotidiano. Spesso infatti è necessario agire un ascolto molto attento e rispettoso, per poter entrare in relazione, stimolare e comunicare.

Il quarto capitolo presenta infine l'esperienza del tirocinio: l'incontro fra due artiterapie, un territorio di scoperta in cui si sono potuti vivere ed osservare alcuni nodi critici, che lasciano spazio a domande e dubbi per poter migliorare e teorizzare, un giorno, i potenziali terapeutici di tale collaborazione nell'ambito della disabilità grave, ma non solo.

Al fondo della tesi propongo nell'Appendice la presentazione di un'esperienza fatta nel Connecticut (USA), nel comune di New Caanan: loro la chiamano IMAT, che sta per *Integrated Music Therapy and Art Therapy*; ovvero, come nel nostro caso, un'esperienza di integrazione di due artiterapie basata sul potenziale terapeutico dell'unione di due ambiti espressivi, come terreno di stimolazione dell'integrazione psichica.

CAPITOLO 1

ELEMENTI DI MUSICOLOGIA E PSICOLOGIA DELLA MUSICA

1. L'aspetto primitivo e innato della musica

Nella storia della ricerca in Musicoterapia la domanda forse più formulata potrebbe essere "*cos'è la Musica?*"; e al secondo posto potrebbe esserci "*da dove arriva la Musica?*". Si può rispondere, senza fare troppa filosofia, che la musica è nell'esperienza personale, nella cultura in cui cresciamo, ma anche della storia della nostra razza.

Come sostiene Bencivelli (2007) sono stati molti gli esperimenti sugli animali e sull'uomo, partendo dalle definizioni di *analogie* (ovvero quei tratti in comune fra due specie riconducibili ad un antenato comune) e *omologie* (tratti comuni fra due specie che non hanno antenati in comune), per tentare di dare una connotazione evolutiva al concetto di Musica. Alcuni scienziati hanno tentato di dimostrare la provenienza della Musica nell'uomo, attuando esperimenti sulle scimmie e studiando le risposte e i contesti comunicativi di altri animali.

Per rispondere quindi alla domanda "*da dove arriva la musica?*" si potrebbero citare le teorie di Pitagora e Keplero, i quali sostennero con vigore che tutto è riconducibile alle relazioni perfette fra i numeri (es.: consonanza e dissonanza

sono determinate dai rapporti fra i numeri delle frequenze); a cui poi si contrapposero Galilei (padre e figlio) e Helmholtz che ricondussero il tutto alla struttura dell'apparato uditivo. Successivamente Tecumesh Ficht presentò la sua tesi sulla musica come protolinguaggio: ovvero l'uomo, prima di arrivare al linguaggio avrebbe sviluppato un modo di comunicare "musicale", che poi avrebbe portato al linguaggio parlato. La musica sarebbe arrivata a noi non per selezione evolutiva, ma semplicemente come fonte di piacere. Sloboda aggiunse che la musica ed il linguaggio sono "specie-specifiche e universali", cioè si trovano solo negli uomini e in ciascuno di loro e che <<non si hanno paralleli nel mondo animale con la funzione che la musica svolge nell'uomo; molti dei comportamenti sonori degli animali... sono segnali intra-specifici relativamente rigidi di territorialità, aggressione, sesso e così via>>. Ancora altri esperimenti e teorie sostengono che la musica sia nata come "forma di comunicazione favorita dalla selezione sessuale perché permette il corteggiamento", oppure potrebbe essere nata come forma di gestione familiare da parte della mamma che ne faceva uso (cantando) per accudire il piccolo potendo occuparsi contemporaneamente della raccolta del cibo; sarebbe anche un "collante sociale", definizione che si rifà al potenziale aggregante della musica, come possibilità di chiedere aiuto o di trovare sostegno o identità in un *gruppo*.

Anche Adrian North diede il suo contributo nel 2003, sostenendo la tesi che poco prima di lui era stata definita "effetto Château Lafite": la musica condiziona le scelte dell'uomo, riguardo al consumo/acquisto di cibo e bevande (come hanno dimostrato i vari esperimenti condotti in ristoranti e supermercati in cui veniva somministrato l'ascolto di musiche specifiche a cui seguiva una risposta comportamentale comune). Infine citerò il famoso "effetto Mozart": nel 1993 Frances Raucher pubblicò sulla rivista *Nature* la sua ricerca che sosteneva la migliorabilità delle prestazioni intellettive (trattasi di intelligenza spazio-temporale) per brevi periodi, ascoltando la *Sonata K 448 per due pianoforti*. Iniziò un dibattito, ancora oggi in atto, sull'attendibilità di questa tesi, considerando che altri scienziati hanno eseguito esperimenti che la smentissero arrivando a concludere che diversi stimoli (altre musiche, storie ascoltate...) possono dare lo stesso effetto.

(Bencivelli, *Perché ci piace la musica*, 2007)

Interessante rimane classificare quali risposte a quali stimoli: dagli innumerevoli ed importanti studi non c'è stata, infatti, una risposta soddisfacente del perché a stimolo musicale corrisponda non solo una risposta chimica, ma anche un successiva rielaborazione emozionale, che si trasforma poi eventualmente in produzione, a sua volta, di suono o musica.

Rimanendo nell'ambito di ciò che è stato oggetto di studi dimostrativi, possiamo concentrarci sulle prime esperienze "musicali" dell'uomo, sulla percezione sonora intrauterina del feto e del ruolo di queste ultime nel primo contatto con il mondo. Come sostiene Lecaunet, "già a tre-quattro mesi il feto è in grado di percepire gli stimoli acustici, mentre a partire dal settimo mese e mezzo è documentabile una reazione alla stimolazione acustica. Tale esposizione ha effetti strutturali e funzionali (in quanto matura la sensibilità e la preferenza per un interlocutore preciso, la madre, per determinate sequenze prosodiche, per una certa lingua)" (Manarolo, 2006). Questi dati ci aiutano a contestualizzare il ruolo che l'elemento sonoro/musicale ha per l'uomo sin dalla gravidanza. È fondamentale, infatti, sapere che già all'interno dell'utero il feto è in grado di percepire dei suoni, di coglierne timbro e frequenze (filtrate dall'ambiente "subacqueo" dovuto al liquido amniotico), e ritmo; e che al momento della nascita troverà "riconoscibile" la voce della mamma (come aggancio al nuovo mondo, dopo 9 mesi "al buio") così come eventuali musiche ascoltate in gravidanza.

Partendo, quindi, dalla peculiarità dell'elemento sonoro/musicale, in quanto presente sia nel mondo, appunto, "prenatale", che nella dimensione "neonatale", con la

predisposizione "ad impiegare il suono ed elementi pre e protomusicali... come veicolo espressivo e comunicativo" (Manarolo, 2006), la musicoterapia sviluppa teorie e metodi di intervento volti alla prevenzione, alla riabilitazione o alla terapia, attraverso l'utilizzo di tecniche relazionali (es.: sintonizzazione), proponendo dimensioni regressogene volte all'integrazione "spaziale", "temporale" e "sociale" del paziente. (Postacchini, *In viaggio attraverso la Musicoterapia*, 2006)

2. Il cervello "modulare" e le neuroscienze

Nel tentativo di dare una cornice scientifica all'esperienza musicale, possiamo utilizzare gli studi delle neuroscienze cognitive che, pur non offrendo delle risposte definitive, hanno comunque analizzato diversi campi di ricerca e elaborato diverse ipotesi.

È necessario innanzitutto citare la storia dell'analisi cerebrale riguardo alla musica, partendo dalle teorie che hanno sostenuto (prima dell'avvento delle tecniche di neuroimmagine), grazie alla tecnica dell'ascolto dicotomico, la prevalenza e l'attivazione emisferica del cervello umano alla risposta agli stimoli. Tali studi, condotti attraverso la somministrazione in contemporanea di due stimoli musicali o linguistici diversi in ciascun orecchio, hanno portato a collocare la localizzazione della risposta allo stimolo musicale

nell'emisfero destro del cervello e quella del linguaggio nell'emisfero sinistro. Quando al paziente veniva chiesto, a seguito della stimolazione, di riportare ciò che aveva ascoltato, l'analisi evidenziava una prevalenza emisferica rispetto allo stimolo proposto. Studi successivi condotti da Bever e Chiarello dimostrarono che, a seconda dell'esperienza in ambito musicale del soggetto, l'ascolto di uno stimolo sonoro non attiva sempre lo stesso emisfero: un paziente musicista, ricevuto lo stimolo musicale, attiva l'emisfero sinistro, ovvero quello delegato al linguaggio. L'ascolto, in questo caso, risulterebbe di tipo analitico, diversamente rispetto ad un paziente non musicista che ascolterebbe lo stimolo in maniera globale, attivando quindi l'emisfero destro. (Shon, Akiva-Kabiri, Vecchi, *Psicologia della musica*, 2012)

A queste teorie si aggiunsero più avanti quelle riguardanti la modularità del cervello: si tratta di considerare l'organizzazione cerebrale in una suddivisione in moduli specifici per ogni attività cognitiva. Per dimostrare questo sono stati condotti studi su pazienti cerebrolesi (in vita e *post-mortem*). In presenza di un danno cerebrale con compromissione del linguaggio, sono riportati casi in cui è stata perfettamente mantenuta la capacità musicale e viceversa. Caso particolare è quello del compositore russo Vissarion Shebalin il quale, dopo un'emorragia nell'emisfero sinistro subì una paralisi temporanea

della parte destra del corpo e un grave disturbo linguistico (afasia). Nonostante queste difficoltà, continuò a lavorare come compositore ed insegnante. (Shon, Akiva-Kabiri, Vecchi, 2012)

Altri casi vengono descritti da vari autori a dimostrazione del fatto che ci sarebbe una divisione modulare delle funzioni cognitive e che, a favore dell'intervento musicoterapico, in presenza di danni cerebrali (es.: cerebropatie) potrebbero essere state risparmiate le aree musicali.

Nel 2003 Perets e Coltheart descrivono un modello per il riconoscimento della musica secondo cui esistono due sistemi paralleli e indipendenti: uno elabora *l'analisi melodica* (contorno, intervalli e tonalità) e l'altro *l'analisi temporale* (aspetti metrici e aspetti ritmici). Entrambe le vie mandano il loro output ad un lessico che classifica le informazioni e le lega ad altri sistemi: il linguaggio (titoli e testi delle canzoni), emozioni o immagini legate a quell'ascolto, etc... Questo meccanismo di riconoscimento avviene tramite il recupero, da parte degli analizzatori, delle *proprietà astratte* della musica ascoltata; non sarebbe altrimenti possibile riconoscere una stessa melodia ascoltata in diverse tonalità o con diverso ritmo.

Diversi studi affermano l'indipendenza di questi sistemi e dei loro sottocomponenti, così come altri studi di matrice comportamentale la negano, sostenendo anche che alcuni moduli non siano strettamente dedicati solo alla musica. Risulta

quindi prematuro dare certezza a queste teorie. (Shon, Akiva-Kabiri, Vecchi, 2012)

Negli ultimi 20 anni ci sono stati notevoli progressi per lo studio delle reazioni cerebrali a stimoli musicali e sono stati affinati metodi per il rilevamento e l'analisi di queste reazioni, in particolar modo attraverso:

1. l'attività elettrica neuronale → dato per assodato che i tessuti muscolari e nervosi hanno proprietà elettriche e che queste si possono registrare sulla corteccia cerebrale, attraverso l'uso dell'elettroencefalogramma (EEG) è possibile analizzare i potenziali evento-relati (EPRs) e rilevare le variazioni di flusso energetico in relazione a standard predefiniti (l'EPR P600, per esempio, si registrerebbe in presenza di una nota fuori tonalità). Altro metodo è la magnetoencefalografia (MEG), in cui si misura il corrispettivo magnetico del segnale elettrico. Entrambi questi due metodi non sono invasivi.
2. la registrazione del flusso sanguigno → registrare il flusso sanguigno significa mappare la richiesta energetica dei neuroni (in quanto il sangue è portatore di energia). Esistono due tecniche di rilevamento: la tomografia ad emissione di positroni (PET), che consiste nell'iniezione di un prodotto radioattivo nel circuito sanguigno cerebrale, e

la risonanza magnetica funzionale (fMRI), che registra la concentrazione di un agente paramagnetico del sangue.

(Shon, Akiva-Kabiri, Vecchi, 2012)

Nonostante i numerosi studi e le sempre maggiori possibilità d'indagine, non si è ancora giunti, per certi versi fortunatamente, alla possibilità matematica di inserire in delle tabelle stimoli e risposte musicali, ovvero non è possibile dimostrare che lo stimolo sonoro/musicale sia causa unica e ben riconoscibile delle risposte psico-corporee dell'uomo. Entrano infatti in gioco alcune variabili concrete quali la propria storia musicale, il vissuto intrauterino, l'eventuale ereditarietà e altre relative al mondo intra e inter-personale, quali il contesto relazionale, il contesto emotivo, la propria personalità...

3. Fondamento senso-motorio dell'atto musicale

Agli studi delle neuroscienze si affiancano quelli sulle condotte musicali dei bambini: approfondire i processi cognitivi e simbolici legati al gesto musicale è molto importante per due motivi:

- si arricchisce la consapevolezza nell'utilizzo della musica come dimensione regressogena
- nel contesto in questione si considera di avere a che fare con persone che presentano un ritardo mentale grave,

che quindi interagiscono con il setting musicale con tratti molto comuni ad un bambino di due o tre anni.

Secondo Delalande (*Le condotte musicali*, 1993), che propone un approccio Piagetiano allo studio dell'infante, esiste un fondamento senso-motorio alla base dell'atto musicale.

Un neonato di tre mesi, se stimolato, mette in atto l'acquisizione di nuovi schemi motori in funzione dell'atto musicale: se gli si dà in mano uno strumento musicale semplice (un sonaglio), egli inizia una fase di esplorazione senso-motoria alla ricerca di sensazioni o rumori interessanti e, trovatele, (es.: muovendo il sonaglio questo produce un suono) fissa l'azione che lo ha prodotto, inserendo nel suo "database" il nuovo schema motorio appena acquisito. Stessa cosa vale per un tamburello o altri strumenti: il suono fa nascere un sorriso e si genera una "reazione circolare" che fissa pian piano diversi schemi motori che potranno poi alternarsi o combinarsi. Il meccanismo di adattamento avviene tramite *l'assimilazione* (incorporazione del nuovo oggetto nell'universo gestuale e consolidamento degli schemi precedentemente acquisiti) e *l'accomodamento* (regolazione degli schemi in funzione delle proprietà del contesto specifico). Per schema s'intende che "il gesto utilizzato è un'organizzazione complessa di movimenti muscolari elementari che sono stati progressivamente

sincronizzati e regolati grazie alla ripetizione". (Delalande, 1993) Man mano che vengono scoperti e fissati nuovi schemi questi potranno essere combinati e sviluppati, producendo dei veri e propri "modi di suonare".

Alla base primordiale di ogni gesto musicale ci sarebbe quindi una motivazione del tutto istintiva e di ricerca sensorio-motoria.

La Musicoterapia si avvale quindi di tutti gli studi e le esperienze che fino ad oggi hanno dato contributi funzionali ad una sempre maggior consapevolezza dell'utilizzo della Musica nei processi di prevenzione, riabilitazione e terapia, insieme agli studi della psiche, in particolare di quelli a base psicodinamica. Nel prossimo capitolo sono delineate alcune basi teoriche per la costituzione di una metodologia d'intervento.

CAPITOLO 2

MODELLI E TEORIE

Nel 1999 in occasione del IX congresso mondiale di musicoterapia la *World Federation Of Music Therapy* ha individuato e riconosciuto cinque modelli musicoterapici:

- approccio basato sull'**improvvisazione creativa** (Nordoff-Robbins), che si pone come obiettivi: promuovere l'essere umano, potenziarne l'espressività e gli aspetti comunicativi e relazionali e ridurre i comportamenti patologici, e pone come fondamento la comprensibilità e l'universalità del linguaggio musicale;
- approccio **comportamentale/cognitivo** (Madsen), che attraverso l'utilizzo di rinforzi positivi e negativi, il rilassamento e i giochi di ruolo, punta alla modificazione del comportamento, attraverso il condizionamento di comportamenti non musicali;
- approccio recettivo, **immaginario guidato e musica** (H.L.Bonny), che propone l'utilizzo di tecniche di rilassamento e l'ascolto di musica classica per esplorare le potenzialità immaginative ed evocative, inducendo risposte affettive;
- approccio **junghiano psicanalitico** (Mary Priestley), che si presenta come uno strumento introspettivo finalizzato all'evoluzione psichica (connotazione psicoterapeutica);
- approccio **attivo relazionale**, libera improvvisazione (Rolando O. Benenzon), che attraverso la libera improvvisazione ed il contesto non verbale, propone

processi di regressione e catarsi finalizzati all'apertura di canali di comunicazione, per migliorare i processi comunicativi e relazionali.

Approfondirò di seguito il solo metodo benenzoniano, data la sua maggiore diffusione nell'ambito applicativo della musicoterapia in Italia e dato il mio percorso formativo e di tirocinio che mi portano a sceglierlo come modello di riferimento, che sia alla base di una appena iniziata ricerca di un mio metodo applicativo.

1. La musicoterapia benenzoniana

Rolando Benenzon (1998, *Manuale di Musicoterapia*) definisce la Musicoterapia <<una disciplina scientifica che si occupa dello studio e della ricerca del complesso suono-essere umano [...] con l'obiettivo di ricercare elementi di diagnosi e metodi terapeutici>> e anche <<una disciplina paramedica che utilizza il suono, la musica e il movimento per provocare effetti regressivi e aprire canali di comunicazione, con l'obiettivo di attivare, per loro tramite, il processo di socializzazione e di inserimento sociale>>. (Benenzon, *Manuale di Musicoterapia*, 1984/2005)

Concretamente, Benenzon propone in seduta la creazione di un contesto non verbale in cui poter proporre la libera improvvisazione. A sostegno di questo setting troviamo un

atteggiamento non direttivo del musicoterapeuta che si mette in ascolto e osservazione del paziente. Attraverso la *regressione* e la *catarsi* prodotte e vissute si punta all'apertura di canali di comunicazione per migliorare i processi relazionali e comunicativi.

Alla base del modello benenzoniano troviamo tre concetti:

l'ISO, l'oggetto intermediario e l'oggetto integratore.

L'**ISO** (identità sonora) si può definire quell'insieme di suoni che caratterizzano l'esistenza di ciascun individuo e si suddivide in:

- gestaltico → comprende i suoni intrauterini e il vissuto sonoro dalla nascita fino all'età attuale; è una dimensione inconscia
- complementare → è l'adattamento dell'ISO gestaltico ad ambiente e circostanze
- grupale → è la sintesi delle identità sonore degli individui che compongono un gruppo
- culturale → si riferisce ai suoni etnici, a ciò che riguarda le proprie origini culturali
- universale → è indipendente dal contesto sociale e culturale dell'individuo ed è composto dai suoni "regressivo-genetici" (Manarolo, 2006): il battito cardiaco, la voce della mamma, la respirazione...

La definizione di **oggetto intermediario** deriva dall'autore Rojas Bermudez, che nell'esperienza dello psicodramma inserì

le marionette, attraverso le quali riusciva ad instaurare relazioni con il paziente, altrimenti chiuso nel suo isolamento. La marionetta risulta essere oggetto intermediario in quanto:

- esiste concretamente nella realtà
- è innocua
- è malleabile (può essere utilizzata per qualsiasi ruolo)
- è un trasmettitore ("trasmette" la relazione permettendo di rimanere a distanza)
- è assimilabile a se stessi (il paziente può identificarsi intimamente)
- è strumentale (può essere il prolungamento del soggetto)
- è identificabile (è facilmente riconoscibile)

(Benenzon, 1984/2005)

Riportando tutto questo nella seduta di musicoterapia, l'oggetto intermediario diventa lo strumento musicale che, in più, a differenza della marionetta, ha una sua identità sonora ben precisa e permette al musicoterapeuta un distacco ancora maggiore. In una dimensione di gruppo la funzione di "catalizzatore" della comunicazione dei pazienti e del musicoterapeuta la assolve l'**oggetto integratore**, ovvero quello strumento suonato dal paziente leader del gruppo.

Andando quindi a raccontare specificamente cosa accade nella seduta musicoterapica benenzoniana vediamo tre fasi:

1. riscaldamento → fase di libera espressione e di catarsi, in cui si lascia la possibilità al paziente di sfogare le proprie energie
2. percezione e osservazione → attraverso il riscaldamento si giunge a questa seconda fase, in cui entrano in gioco l'ISO del paziente e quello del musicoterapeuta
3. dialogo sonoro → ciò che cerca di instaurare il musicoterapeuta, partendo dagli scambi vissuti nella fase precedente

2. La musicoterapia di gruppo

Secondo i criteri di presa in carico (Manarolo, 2006) si sceglierà di indirizzare un paziente ad un trattamento di musicoterapia attiva di gruppo, se si individuano i seguenti aspetti:

- necessità di vivere una dimensione che promuova i processi comunicativi, relazionali e socializzanti; che promuova "una migliore integrazione intrapsichica e intersichica" e favorisca "l'espressione emotiva e la sua regolazione"
- scarse capacità di modularsi in relazione al contesto e meccanismi proiettivi

(Manarolo, *Manuale di Musicoterapia*, 2006)

Il musicoterapeuta, nella dimensione gruppale ha l'importante compito di favorire l'avvio di processi espressivi-comunicativi-relazionali, proponendosi con un atteggiamento neutrale, a volte direttivo a volte non direttivo, offrendo un tempo di libera espressione connotato anche da valenze artistiche ed estetiche.

Basandosi sul concetto psicanalitico dell'Io gruppale, Edith Lecourt sviluppa empiricamente un metodo per proporre un percorso di Musicoterapia di gruppo. Ciò che concretamente riporta alla funzionalità di tale esperienza parte da:

- la dimensione gruppale in musica, la formazione spontanea di "band" composte da persone che condividono una sofferenza o un forte ideale; quindi la capacità della musica di indirizzare in un canale comune ciò che altrimenti resterebbe inespresso o non condiviso
- l'improvvisazione come espressione libera del pensiero, come connubio fra creazione ed esecuzione
- il riconoscimento psicologico del singolo nella dimensione di gruppo e la funzione del gruppo nell'auto-determinazione del singolo

Il metodo proposto dall'autrice prevede la costituzione di una *cornice*, ovvero un contesto che rimane costante, l'insieme di oggetti, aspetti, disposizioni fisiche o mentali. In particolare specifica che la cornice psicoanalitica è ciò che viene

costruito dal MT per facilitare il processo terapeutico, mentre la cornice dell'Io viene costruita dal paziente come veicolo psicotico di difesa: quest'ultima deve divenire processo, ovvero il setting terapeutico di gruppo ("non-processo") ha la funzione di "smontare la cornice personale" per tentare di risolvere i tratti psicotici attraverso la relazione terapeutica ("processo").

È inoltre necessario stabilire un tipo di *consegna*, che verrà data al gruppo in questo modo:

<<Cercate di entrare in relazione, in modo non verbale, tramite l'intermediazione dei suoni>>.

Non viene quindi chiesto al gruppo di "fare musica", bensì di entrare in relazione attraverso essa.

Successivamente alla consegna vengono definite due fasi della seduta:

fase1 → fase "non-verbale", in cui viene proposto l'ascolto o l'improvvisazione musicale (rispettivamente in caso di MT recettiva o attiva); in questa fase possono esserci delle consegne complementari tipo "tenere gli occhi chiusi" (isolamento sensoriale)

fase2 → fase "verbale", di rielaborazione dell'esperienza vissuta, delle sensazioni, emozioni, percezioni, associazioni libere...

Nella prima fase la dimensione grupppale è caratterizzata da un ascolto multiplo, da cui scaturisce un'espressione

personale basata sulla relazione che si è instaurata con l'altro nel "qui ed ora"; nella fase dell'elaborazione il "noi" diventa "io" e la persona è stimolata a specchiarsi analizzando ciò che è appena avvenuto.

Lecourt propone, dopo la prima verbalizzazione, l'ascolto della registrazione della seduta, e poi una seconda verbalizzazione. (Lecourt, *Analisi di gruppo e musicoterapia*, 1996).

Alla base dell'esperienza proposta dall'autrice c'è la teoria psicanalitica che definisce la dimensione gruppale come costitutiva della vita psichica. L'esperienza di improvvisazione in gruppo, oltre al riconosciuto ruolo "sociale", è di fatto una possibilità terapeutica di integrazione psichica.

3. Le Sintonizzazioni

A partire dal pensiero di Stern che, a partire dal 1985 introdusse il concetto di *sintonizzazione* analizzando il rapporto fra madre e bambino, Postacchini (2006) teorizza un approccio musicoterapico in cui la relazione terapeutica viene impostata sull'utilizzo delle sintonizzazioni.

Nella sua descrizione l'autore parte dalla definizione di Albert, che presenta tre gradi di sensibilità musicale: *ritmo* (sensi, fisico), *melodia* (efficacia psichica), *musica* (contemplazione artistica, "riflessione sulla natura del bello

musicale"). Inoltre cita la concezione dei greci che contemplavano la presenza di una *forza demoniaca* della musica, che diedero una definizione di **ethos musicale** e che formularono un postulato secondo cui la musica può determinare o modificare gli stati d'animo e può agire sulle capacità volitive. I greci giunsero a codificare tre tipi di reazioni possibili all'ascolto musicale:

- *ethos energico* (produce un atto della volontà)
- *ethos snervante* (paralizza la volontà)
- *ethos estasiante* (ebbrezza ed estasi)

Tornando al tempo delle "terapie espressivo-artistiche", Postacchini distingue (nel lavoro terapeutico) due processi:

- processo estetico (valutabile dal grado di investimento libidico)
- processo terapeutico (ovvero la tecnica impiegata)

Partendo dal presupposto che "un'attenta valutazione del parametro musicale consente di stabilire come intensità, tono, ritmo e timbro, opportunamente modulati ed analizzati, permettano di costruire ed articolare lo sviluppo della relazione" (Postacchini, 2006), si giunge ad una prima definizione di *armonizzazione* come risultato di una buona sintonizzazione fra paziente e terapeuta, che ha come obiettivi:

- favorire la percezione e l'espressione delle emozioni

- consentire un apprendimento di tipo elaborativo
- permettere la costruzione di relazioni "il più possibile mature e vantaggiose"

La sintonizzazione risulta quindi essere di fatto una tecnica relazionale finalizzata a creare i presupposti per un'integrazione spaziale, temporale e sociale del paziente (Postacchini, 2006)

Esistono, sempre secondo Postacchini (2006) tre tipi di sintonizzazioni

- *sinestetiche*: traduzioni trans-modali (utilizzo di due sensi, per es. uno comunicante e uno raffigurante)
- *esatte*: imitazioni identiche del comportamento (rispecchiamento sonoro, imitazioni esatte)
- *inesatte*: leggere variazioni o sfalsature temporali e formali (scarti mentali che stimolano un lavoro di integrazione interna da parte del paziente)

Nella relazione terapeutica il musicoterapista dovrà essere in grado di *armonizzare sintonizzandosi* con il paziente, dovrà cercare di stimolare il cambiamento nel paziente passando attraverso le sintonizzazioni inesatte. Questo processo si rifà completamente alla concezione di Stern e alla sua teorizzazione del rapporto madre-bambino. (Postacchini, 2006)

CAPITOLO 3

LA DISABILITÀ GRAVE

1. Dalla patologia alle particolarità

Il mondo delle diagnosi nella disabilità grave risulta essere per certi versi limitativo, in quanto riguarda e classifica le funzioni del corpo, le reazioni comportamentali a stimoli concreti, spesso attraverso la compilazione di test a base, appunto, comportamentale (es.: ICF). Ecco alcune definizioni.

Cerebropatia (Paralisi Cerebrale Infantile)

Disordine persistente, ma non immodificabile, del movimento e della postura, dovuto ad una lesione non progressiva causata da un danno del Sistema Nervoso Centrale avvenuto nel periodo pre, peri o post-natale del cervello immaturo.

Persiste ancora confusione sull'età in cui il cervello non è più considerato immaturo e quindi fino a che età gli esiti di lesioni acquisite possano essere inclusi nelle P.C.I. Attualmente è in uso definire le P.C.I. come una serie di quadri clinici a varia eziologia e con diversi sintomi, che hanno in comune i disordini del movimento e la non progressività della lesione. I disordini del movimento possono essere l'unica manifestazione clinica o possono essere associati a disordini delle altre funzioni cognitive, sensoriali o neuropsicologiche. [...] (definizione del *Centro Medico Riabilitativo di Mentana (RM)*, consultabile sul sito internet *www.centromedicoriabilitativo.it*)

La PCI può essere classificata secondo i disturbi motori:

- **monoplegia** (lesione relativa ad un solo arto)
- **emiplegia** (lesione di metà del corpo, del lato sinistro o del lato destro)
- **diplegia** (lesione di due arti, malattia di Little)
- **paraplegia** (lesione degli arti inferiori)
- **tetraplegia** (lesione dei quattro arti)

Oppure secondo le caratteristiche del movimento:

- **forme spastiche:** aumento costante del tono muscolare e dei "riflessi da stiramento". Sono presenti alcuni atteggiamenti posturali tipici (arto superiore addotto e intra-ruotato, gomito, polso e dita flessi, piede equino);
- **forme ipotoniche:** diminuzione costante del tono muscolare;
- **forme atassiche:** disturbi della coordinazione e dell'equilibrio;
- **forme discinetiche o distoniche:** fluttuazione continua del tono muscolare, e presenza di movimenti parassiti influenzabili dalle emozioni e dalla fatica, ma che scompaiono nel sonno;
- **forme miste:** sintomatologia combinata di due o più forme.

(Marcelli, *Psicopatologia del bambino*, 1982/2009)

Ritardo mentale grave

Ritardo mentale:

condizione di interrotto o incompleto sviluppo intellettivo che è soprattutto caratterizzato da compromissione delle abilità, che si manifestano durante il periodo di sviluppo, le quali contribuiscono al livello globale di intelligenza quali quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. Il ritardo mentale può o meno associarsi con altri disturbi mentali o fisici. I livelli di ritardo mentale sono valutati convenzionalmente mediante test di intelligenza standardizzati. A questi si possono aggiungere scale di valutazione per l'adattamento sociale in un dato ambiente. Tali misurazioni forniscono indicazioni approssimative circa l'entità del ritardo mentale. La diagnosi dipende inoltre anche da una valutazione globale del funzionamento intellettivo da parte di uno specialista. Le abilità intellettive e l'adattamento sociale possono modificarsi nel tempo e, pur essendo comunque scarsi, sono suscettibili di miglioramento in seguito all'addestramento e alla riabilitazione. La diagnosi andrebbe posta basandosi sui livelli attuali di funzionamento.

Ritardo mentale grave:

Il Q.I è compreso approssimativamente tra 20 e 34 (negli adulti, età mentale tra 3 e meno di 6 anni). E' probabile la necessità di un supporto continuo.

(definizione dell'ICD 10, codici F70 e F72)

Si potrebbero ancora citare alcune sindromi da anomalia genetica:

sindrome di Angelman → ritardo mentale grave con assenza di linguaggio; disturbi del comportamento con grave deficit attentivo, iperattività e riso frequente anche eccessivo e inadeguato; atassia; a volte sono presenti epilessia e disturbi della vista;

sindrome di Down → la più frequente delle alterazioni cromosomiche, presenta uno sviluppo psicomotorio rallentato, ostacolato dall'ipotonia e dall'eccessiva lassità dei legamenti. Lo sviluppo cognitivo è variabile, dal lieve al grave ritardo mentale e influenza le possibilità di apprendimento e di socializzazione;

sindrome di Williams → sindrome caratterizzata da alcuni aspetti normalizzanti (tipo l'acquisizione del linguaggio) che si contrappongono a difficoltà di vario genere: instabilità emotiva, iperattività, insufficienti capacità logico-matematiche, disattenzione, scarsa capacità di rappresentazione pittorica, disturbi di coordinazione motoria.

E quelle epilettogene:

sindrome di West → encefalopatia epilettogena che nasce nel corso del primo anno di vita caratterizzata da un danno cerebrale grave che esclude perlopiù le interazioni con il mondo esterno e arresta lo sviluppo psichico. Presenti forti e frequenti crisi epilettiche;

sindrome di Lennon-Gestaut → encefalopatia epilettogena che si manifesta fra i 2 e i 7 anni caratterizzata anch'essa dalla presenza di forti e frequenti crisi epilettiche e da un danno cerebrale grave con possibile insufficienza mentale profonda. È possibile inoltre che i soggetti siano "farmaco-resistenti". Si ipotizza che possa essere l'evoluzione della sindrome di West.

(Marcelli, *Psicopatologia del bambino*, 1982/2009)

Data appunto la giusta importanza all'avere una diagnosi medico-comportamentale, la Musicoterapia non può soffermarsi a questo. Ciò che non è classificabile o dimostrabile attraverso i test riguarda le emozioni, i vissuti relazionali, le esperienze di vita di queste persone. Spesso i segnali comunicativi legati all'esperienza di vita di una persona con tetraplegia e ritardo mentale grave sono davvero minimi, e necessitano quindi di un grande ascolto e di una grande valorizzazione.

Entrare in relazione con queste persone necessita di tempo e attenzioni, e in certi casi per me è stato (e in futuro potrà esserlo con altri) molto difficile. Sono davvero pochi i "movimenti" vitali di un tetraplegico, o le sue espressioni, di riso o di rabbia, davvero pochi i suoi segni e, peraltro, di difficile interpretazione: proprio per questo motivo hanno un'importanza vitale per lui e per le persone che gli sono a fianco.

Ecco che ciascuno di loro è una persona e non solo l'espressione di una patologia.

2. **Gli universi relazionali**

Cosa vuol dire *Relazione*? Innanzitutto *relazione*, in musicoterapia e non solo, significa saper entrare con discrezione nel mondo della persona che si ha di fronte, chiedendo "permesso" e rispettando i tempi e gli spazi di chi abbiamo di fronte.

La relazione è il canale che abbiamo per avvicinare una persona che ci viene affidata da un servizio o dalla famiglia, o che si affida a noi consapevolmente, in senso assistenziale o terapeutico.

La relazione comprende delusioni, invadenze, pretese, ricatti, seduzione, abbandono, aspettative, dipendenza, consapevolezza, rispetto, distacco, comprensione, pena, accudimento, salvezza, eroismo, speranza, ricordo, compensazione, paura, vincolo, lucidità, istinto, visione d'insieme, gelosie, invidia, proiezioni, stimolo, potenzialità, il qui ed ora, viaggio, avventura, alleanza, complicità, accettazione, rifiuto, antipatia, "a pelle", correttezza, responsabilità, cambiamento, mettersi in gioco, gioie e dolori...

Tutto questo è ciò che c'è di profondamente insito nelle relazioni umane e che si amplifica nel momento in cui si ha a che fare con persone che non sembrano avere, secondo le modalità usuali, gli strumenti comunicativi (o propriamente relazionali) per incontrare l'altro in autonomia.

Come già descritto, avere a che fare con persone gravemente compromesse a livello relazionale significa farsi carico del loro universo relazionale, avere la responsabilità di poter arricchire il loro quotidiano mettendosi nel ruolo di stimolatori ed interpretatori delle relazioni in atto, garantendo (quasi utopico) un atteggiamento imparziale e lucido, distaccato e consapevole, senza incorrere nei territori appunto dell'eroismo, della seduzione, della dipendenza...

Sarebbe quanto meno di facile realizzazione, per esempio, una relazione di tipo "dipendente" nei confronti di un tetraplegico, ai cui occhi l'operatore si prende la briga di presentarsi come "eroe", come qualcuno che ha il merito di avere più attenzioni, per esempio, degli altri operatori dell'equipe e che si occuperà meglio di quella persona. Oltre alla facilità nel creare questo tipo di relazione si rischia di creare aspettative, di mettere in cattiva luce gli altri operatori e quindi, andando contro ogni obiettivo relazionale, di chiudere dei canali comunicativi o, appunto, relazionali.

Questo per ciò che riguarda i tratti generali della relazione con persone disabili gravi.

Relazione d'aiuto VS relazione terapeutica

Nella mia esperienza professionale e di tirocinio, però, ho sperimentato almeno due tipi di relazione: la **relazione d'aiuto** e la **relazione terapeutica**; due mondi ben distinti che presentano aspetti comuni, conflitti e differenze.

Come già descritto, lavoro con la disabilità da ormai più di 10 anni, e questi anni sono stati per me un lungo percorso di consapevolezza e di acquisizione di una professionalità che difficilmente è inquadrabile in una precisa deontologia. O meglio potrebbe esserlo, ma non ci sono, ad oggi, le possibilità formative specifiche per farlo. Ovvero l'operatore che lavora con la disabilità grave, OSS o educatore che sia, ha la possibilità di formarsi (in maniera specifica nell'ambito della disabilità grave) esclusivamente in maniera empirica, e non ci sono, tra l'altro, mezzi di verifica che questa formazione avvenga in una direzione sensata... Tuttavia, credo di aver acquisito una certa professionalità in termini di **relazione d'aiuto** e di mansioni dell'operatore di un centro diurno per disabili. Proverò a farne un quadro sintetico:

- occuparsi dell'igiene e della cura della persona (compresa l'alimentazione)

- sapersi relazionare con la persona, avendo come obiettivo una relazione positiva, accogliente e stimolante al tempo stesso
- saper ascoltare
- saper proporre dei contenitori relazionali e comportamentali chiari e definiti
- saper animare, giocare, sorridere per offrire un "tempo di qualità"
- saper offrire stimoli educativi, finalizzati al mantenimento o al miglioramento dell'autonomia

Ecco invece in sintesi alcune mansioni previste per la

relazione terapeutica:

- saper proporre un contesto di libera espressione
- saper cogliere e osservare
- saper empatizzare
- avere la capacità di emozionarsi per emozionare, mantenendo un distacco emotivo e relazionale
- offrire la possibilità di aprire canali di comunicazione
- saper regredire per far regredire
- stare in silenzio e ascoltare

È evidente che alcuni punti entrano in conflitto. Per esempio credo sia sconveniente offrire in seduta un contesto finalizzato alla libera espressione e poi subito dopo dare rimandi

direttivi su come gestire il quotidiano al centro (es.: “adesso metti le scarpe a posto altrimenti non vieni a giocare con gli altri!!”); oppure vivere una situazione intima in seduta, in termini di scambio emotivo e poi occuparsi dell’igiene intimo di quella persona... Ci sono appunto vari aspetti che evidenziano la difficoltà di mantenere un equilibrio fra ciò che capita in seduta, nella stanza delle attività e ciò che poi capita fuori, nel quotidiano della vita del centro. Si rischia per altro di creare legami privilegiati, di diventare punto di riferimento più forte rispetto agli altri componenti dell’equipe, di vivere emotivamente delle preferenze (“non sono direttivo con te nel quotidiano perché devo essere accogliente così come lo sono in seduta...”). Peraltro si aggiungerebbe il rischio di mandare messaggi discordanti e creare confusione in persone che hanno difficoltà nell’elaborazione. Equivoci come questo sono possibili, salvo una grande capacità di gestione della relazione da parte dell’operatore-terapeuta. Comunque io credo sia, in definitiva, una situazione da evitare. Avrei preferito di gran lunga proporre la seduta, poi uscire e andare via, perché ciò che accade in seduta è una storia a sé, che non può continuare nel quotidiano, ma necessita di contesti chiari e definiti, per mantenere il valore e la potenzialità stimolante. Nell’ultima parte del tirocinio (da Marzo a Maggio) questo è stato possibile perché la mia mansione da operatore è venuta meno (per via

della cassa integrazione), per cui in quei 3 mesi sono stato solo terapeuta, e credo che questa situazione mi abbia permesso di dedicarmi con maggior lucidità ed energia al tempo della seduta, concentrandomi più facilmente sul percorso in atto.

Di fondamentale importanza è quindi la consapevolezza del terapeuta nel proporre una relazione che sia chiara, definita che sia parte esclusiva del setting. Questo faciliterà il percorso terapeutico e lo veicolerà verso il raggiungimento dei possibili obiettivi.

3. L'importanza della regressione

Dedico ancora un piccolo paragrafo alla trattazione dell'argomento della *regressione*, importante, in generale, nell'approccio alla disabilità e, in particolare, nella relazione musicoterapica.

Avere la capacità di regredire nella relazione con una persona disabile significa saper entrare nel suo mondo, spesso caratterizzato da atteggiamenti, affetti e processi cognitivi simili a quelli di un bambino. Come già descritto, in presenza di un ritardo mentale grave si è in presenza di un'età cognitiva che si aggira intorno ai due o tre anni, e si arriva al massimo fino ai sei. Così come nella relazione con un bambino, l'adulto deve saper entrare nel mondo del bambino, saper parlare la sua lingua e farsi capire, saper emozionarsi insieme al bambino per

potergli ispirare fiducia e condurlo nella relazione educativa, allo stesso modo, l'operatore ha la "possibilità" (perché come si diceva non è deontologicamente riconosciuto...; invece dovrebbe far parte di una *buona prassi* professionale) di *sintonizzarsi* (parlando il linguaggio di Stern) con la persona, andando a recuperare gli aspetti peculiari della sua comunicazione e dei suoi atteggiamenti che spesso hanno a che fare con le espressioni primitive dell'uomo: versi, movimenti apparentemente non finalizzati, grida, neologismi verbali e costruzioni delle frasi non strettamente corrette, etc...

Racconterò un'esperienza legata a questo aspetto.

Tempo fa, quasi 15 anni ormai, mi imbattei in un centro diurno per disabili gestito dall'ANFFAS di Trento. Era frequentato da utenti con varie diagnosi. Uno degli utenti aveva, credo, un disturbo autistico grave, che si esprimeva, fra le altre cose, con una caratteristica della comunicazione verbale: durante la giornata e nelle sue attività quotidiane, ogni tanto produceva ad intermittenza le vocali, con suoni ben definiti, forti e brevi. L'operatore fondatore del centro aveva scovato il modo per comunicare con questa persona ripetendo alla fine di ogni parola l'ultima vocale della parola stessa. Es.: "*Vieni qua - A!*" oppure "*Metti la sedia a posto - O!*". Parlandogli in questo modo ed enfatizzando la vocale (con suoni

ugualmente definiti, forti e brevi) riprendeva il modo di comunicare dell'utente e riusciva, così, a catturare la sua attenzione e a proporgli stimoli e compiti nel quotidiano.

Altre attenzioni e scoperte relazionali metteva in atto questo operatore che, da solo, gestiva il centro diurno facendosi aiutare nel quotidiano dagli utenti stessi, trovando per ciascuno il modo di costruire relazioni e di eseguire compiti per la comunità.

Quell'esperienza, tra l'altro, mi emozionò a tal punto da far nascere in me il desiderio di perseguire la professione di operatore in un centro per disabili... Ma questa è un'altra storia.

CAPITOLO 4

SUONO E MOVIMENTO, DANZA E MUSICA... INSIEME PER FARE TERAPIA

1. Come nasce l'idea

Da 8 anni, nel centro in cui lavoro (Raf diurna di tipo A), viene proposta ai ragazzi l'attività di DanzaMovimentoTerapia. Nel corso degli anni è stata proposta in modi diversi, con consapevolezza e strumenti diversi. All'inizio di quest'anno Francesco Bruno (il DanzaMovimentoterapeuta) mi propone di interagire... Ovvero: data la mia necessità di svolgere un tirocinio e la sua volontà di sperimentare nel suo percorso l'integrazione con la musicoterapia, e date le riflessioni che lui stesso già aveva portato riguardo alle potenzialità dell'elemento "ritmico-sonoro" da lui osservata con questi ragazzi... beh è nata l'idea. È nato il progetto che ha preso il nome "*Suono e movimento, danza e musica.. insieme per fare terapia*", un percorso di integrazione fra due arti-terapie basato sull'unione di due setting, sul rafforzamento di alcuni strumenti relazionali e sull'inserimento dell'elemento sonoro musicale in un setting che attraverso il movimento e la musica aveva come obiettivo l'entrare nel difficile mondo relazionale della disabilità grave e promuovere il benessere psicofisico di queste persone.

2. La DanzaMovimentoterapia Gestalt

L'incontrarsi di due artiterapie è stato molto arricchente, un incontro peraltro avvenuto con due approcci psicologici diversi: la psicologia dinamica per la Musicoterapia e la psicoterapia della Gestalt per la Danzamoivmentoterapia. Ritengo sia necessario in questo percorso di documentazione dell'esperienza di tirocinio offrire una sintesi teorica della Danzamoivmentoterapia Gestalt.

Partiamo dalla definizione ufficiale dell'APID:

"La Danzamoivmentoterapia è una modalità specifica di trattamento di una pluralità di manifestazioni della patologia psichica, somatica e relazionale e contemporaneamente una suggestiva possibilità di positiva ricerca del benessere e di evoluzione personale. (...)

"(...) si collega idealmente alle antiche tradizioni nelle quali la danza era un mezzo fondamentale nelle pratiche di guarigione, ripropone negli attuali contesti clinico-sociali le risorse del processo creativo, della danza e del movimento per promuovere l'integrazione psicofisica, relazionale e spirituale, il benessere e la qualità della vita della persona.

Associata di frequente con altre forme di cura, la Danzamoivmentoterapia trova applicazione nel trattamento di numerosi disturbi psichiatrici: dalle psicosi ai disturbi d'ansia e

dell'umore, dalle malattie psicosomatiche ai disturbi del comportamento alimentare e alle tossicodipendenze.

"(...) è, inoltre, una collaudata modalità di approccio a diverse forme di handicap psichico, fisico e sensoriale.

Al di là della dimensione terapeutica e riabilitativa, la Danzamentoterapia esprime anche competenze e tecniche rivolte allo sviluppo delle risorse umane, alla prevenzione del disagio psicosociale, alla formazione e al lavoro educativo.

Nei più diversi contesti pubblici e privati (centri diurni, unità riabilitative, comunità terapeutiche, centri socio-educativi, ospedali, studi professionali, carceri, scuole, consultori...) la Danzamentoterapia ha trovato terreno fertile per un lavoro basato sull'unità mente-corpo-relazione che incontra immediatamente il bisogno di salute della gente".

(APID, Registro professionale dei Danzamentoterapeuti italiani, 2003)

In particolare, la DMT Gestalt (DMTG) tiene conto dell'individuo nelle sue molteplici potenzialità creative, espressive e relazionali e si avvale, inoltre, di apporti teorico-pratici provenienti, soprattutto, dall'Expression Primitive oltre che da altri modelli di DMT nazionali e internazionali.

Verranno quindi successivamente illustrate in sintesi le due parti fondamentali di questa metodologia:

- la Psicoterapia della Gestalt
- l'Expression Primitive

LA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT

La psicoterapia della Gestalt rappresenta un modello esistenziale/fenomenologico con una visione olistica dell'individuo, considerato come "organismo" in relazione con l'"ambiente" nel "qui-e-ora" (consapevolezza) e con una tensione verso il "now-for-next" (intenzionalità).

L'attenzione viene posta sull'osservazione del "fenomeno", quindi più sul "processo" che sui "contenuti": questi ultimi recedono nello "sfondo" mentre il primo diventa "figura".

F. Perls, il padre della Psicoterapia della Gestalt, sosteneva che studiare il modo in cui una persona funziona nel suo ambiente comporta studiare ciò che accade al "Confine di Contatto", luogo di incontro fra Organismo e Ambiente.

Tale concetto è di importanza basilare per questo orientamento teorico-metodologico: "(...) gli autori Perls et al. 1970 definiscono il "sè" come "il confine di contatto in funzione" e, altrove, parafrasando Aristotele asseriscono – riferendosi al confine di contatto – "Quando il pollice viene pizzicato, il sè esiste nel pollice che duole" .

Per questo motivo e considerando che ogni individuo è anche il risultato dei "contatti" significativi avuti nella sua vita, la Gestalt viene definita la "Terapia del Contatto"

Sotto questo profilo essa evidenzia, attraverso una curva, le modalità (dimensione sincronica) e i tempi (dimensione diacronica) attraverso le quali il contatto viene sperimentato dall'organismo (IO) in relazione con l'Ambiente (TU/ALTRI).

[...] (Traveni Massella, *Introduzione alla Psicoterapia della Gestalt*, Seminario Scuola A.P.R.A.G.I-C.O.I.R.A.G.)

EXPRESSION PRIMITIVE (EP)

Viene introdotta in Francia, a Parigi, circa nel 1970 da HERN Duplein, haitiano, proveniente dal teatro, dalla musica, dalla danza, ballerino nella compagnia di Katrine Dunham, danzatrice ed etnologa americana, famosa negli anni 1960.

Nelle sue coreografie si ispirava alle danze tradizionali, era alla ricerca del "gesto universale" e sosteneva che le radici della danza fossero da ritrovare nel ritmo e nella energia della "pulsazione" dei piedi sulla terra.

Il dinamismo della sua tecnica, chiamata "Modern Primitive", si riscontrava nel rapporto con il suolo e nell'ascolto del tamburo, considerati fonti di energia per il danzatore che, in tal modo, riusciva ad "abitare" il movimento fino all'estremità dei suoi arti e con il massimo di "presenza".

Herns Duplan ha portato in Francia la tecnica di Katrine Dunham chiamandola "*Expression Primitive*": termine che vuole sottolineare il "rapporto con le origini" e il "ritorno alle fonti".

France Schott-Billmann, psicoanalista francese, incontrando Herns Duplan e la sua tecnica, ne è rimasta folgorata e ha voluto darle un particolare "corpo" teorico-pratico, portandone l'applicazione a livello psicoterapeutico.

Secondo Herns Duplan il termine "primitive" rinvia a quanto per l'uomo ha carattere primario e universale: egli, infatti, parla di "... ritorno all'alba dell'umanità".

Per France Schott-Billmann, sua allieva, il termine "primitive" può essere inteso:

- in senso cronologico facendo riferimento agli elementi fondamentali di cui l'uomo preistorico ha lasciato traccia (tracce che si ritrovano nelle società tradizionali dette, appunto, primitive);
- in senso genetico rimandando alle strutture psichiche primarie che organizzano lo sviluppo del bambino.

Herns Duplan rimane il padre dell'*Expression Primitive* che ha proliferato e i suoi semi sono germogliati producendo frutti diversi e diversificati fra di loro, per cui lo stesso Duplan a stento e con un certo riserbo, guarda alla evoluzione della sua "creatura".

L'Expression Primitive si ispira ai rituali delle danze tradizionali e ricerca, come le correnti artistiche primitiviste contemporanee, l'“essenziale” che “*trascende le particolarità individuali e culturali*”.

Si può definire *L'Expression Primitive* come “una danza antropologica” che consente l'esplorazione delle proprie strutture profonde e che risveglia le sorgenti ritmiche delle nostre pulsioni, mettendole in scena in modo simbolico, mobilitandole e canalizzandole.

Un'altra definizione che viene data spesso all'*Expression Primitive* è “*la danza dell'Altro*”, quasi in contrapposizione alla “danza dell'io”.

Per HERNS DUPLAN, ancora, è “*un tema di ricerca di ciò che è dentro di noi, di ciò che ci collega all'alba dell'umanità o all'albero della vita*”. Egli considera, inoltre, *L'Expression Primitive* come un processo di esplorazione di sé a livello “tridimensionale”, ovvero, dell'“apparire, vivere, scomparire”.

Johan Dhaese afferma che *L'Expression Primitive* permette di ritrovare le proprie radici in una “espressione primaria”, attraverso un'attività dinamica e collettiva, danzata al suono del tamburo e accompagnata da una intensa liberazione della voce. Tale metodologia apre un percorso verso il corpo che richiede più attenzione e spazio per:

- vivere il processo ritmico della respirazione e dei battiti del cuore
- sentire la vibrazione della voce
- provare l'essenza del gesto
- riaffermare la verticalità

Proseguendo nella trattazione relativa all'E.P., abbiamo già visto che essa si ispira alle danze tradizionali di cui ha mantenuto le caratteristiche essenziali, costanti in tutte le culture, purificandole degli elementi legati al contesto specifico e ripensandoli sia in un'ottica psicoanalitica sia in una visione antropologica dell'uomo.

Gli elementi fondanti di tale metodologia consentono all'individuo di "ri-orientare" positivamente le esperienze vissute nel "là-e-allora" in modo negativo, collegando le proprie pulsioni a nuove "rappresentazioni" costruite nel "qui-e-ora" dello spazio terapeutico. Nello specifico essi sono:

- importanza del gruppo
- pregnanza del ritmo
- rapporto con la terra
- semplicità dei movimenti
- ripetizione
- oscillazione

- utilizzo di una gestualità codificata
- utilizzo della voce
- binarietà
- trance

Tali caratteristiche, inoltre, sono state ampliate con elementi presenti in alcune cerimonie tradizionali, adattati allo spirito occidentale, quali:

- il gioco con la trasgressione
- la ricerca di sé nella sublimazione
- la ritualizzazione

Gli obiettivi che l'*Expression Primitive* si prefigge di raggiungere sono:

- stabilire un legame con il mondo esterno;
- sollecitare e aumentare l'energia vitale;
- rinforzare il sentimento del sé;
- offrire una sicurezza di base;
- unificare il corpo;
- creare dei contenitori per le proprie pulsioni;
- inscrivere strutture nel corpo;
- accompagnare verso l'individuazione passando attraverso le fasi della simbiosi e della separazione;

- autorizzare, attraverso il "velo" del gioco e della trance, l'espressione di sentimenti e desideri ritenuti socialmente inaccettabili.

(Traveni Massella, *Expression Primitive*, Materiale didattico)

3. L'esperienza di tirocinio nel centro diurno

Obiettivi del progetto

L'incontro fra due artiterapie è tuttora un terreno di ricerca e di sperimentazione. In particolare nell'ambito della disabilità grave, abbiamo pensato che fosse arricchente poter disporre di due "canali" per potenziare lo stimolo e ampliare le possibilità di sintonizzazione affettiva e, quindi, di integrazione. Nel progetto iniziale sono quindi stati elencati i seguenti obiettivi:

- apertura dei canali di comunicazione
- mobilitazione (attiva e/o passiva)
- rilassamento/benessere nel qui ed ora
- miglioramento della qualità relazionale
- consapevolezza corporea

- mantenimento e/o sviluppo delle capacità motorie (ambito funzionale)

La Struttura e il setting Musicoterapico

Il laboratorio di DanzaMovimentoterapia Gestalt segue ogni anno una struttura diversa a seconda del tema dell'anno definito dal DMT e a seconda degli obiettivi. All'inizio del percorso l'attenzione è stata dedicata ad inserire gradualmente la novità della musica. L'utilizzo, quindi, dell'elemento s/m in maniera diretta ha avuto diversi ruoli, tempi e spazi.

Nella prima seduta è stato introdotto nel riconosciuto setting di DMT un intermezzo (a metà circa della seduta) in cui veniva lasciato lo spazio ai ragazzi per improvvisare su un ritmo proposto.

Eccone la progettazione annotata:

- *improvvisazione con strumenti nella parte centrale della seduta di gruppo*
- *si sente un ritmo semplice che persevera e si comincia ad osservare la reazione dei ragazzi*
- *al centro della stanza ci sono una serie di piccoli strumenti a percussione*
- *chi può è libero di prendere lo strumento che vuole; gli altri vengono forniti di strumenti (chi può maneggiarli, chi non può avrà un contatto uno-uno con un operatore che suonerà vicino-su di lui); in futuro potrebbero essere gli*

stessi compagni deambulanti a portare uno strumento a chi non si può muovere in autonomia

- *con un ritmo base suonato da un operatore gli altri operatori e quindi i ragazzi saranno liberi di proporre un loro modo per partecipare al ritmo stesso anche con l'utilizzo delle mani*
- *limitare l'utilizzo del verbale alla consegna iniziale (semplice e chiara) ovviamente rivolta principalmente agli operatori, ma a tutti in termini di contesto percepibile*
- *il percorso potrebbe prevedere l'utilizzo della voce come metodo partecipativo e come contesto stimolante*

È stato successivamente valutato che il momento musicale nel centro della seduta risultasse essere quasi "costretto" all'interno della DMT, per cui dalla seconda seduta in poi si è ritenuto più funzionale spostare la parte "musicale" all'inizio della seduta: i ragazzi entravano e trovavano gli strumenti disposti in cerchio chiuso sul pavimento.

Questa nuova impostazione ha permesso di connotare sempre di più la fase "musicale" della seduta, rendendola sempre più corposa, partecipata e riconoscibile. Il momento iniziale diventava sempre di più una vera e propria improvvisazione, di durata e intensità sempre maggiore, e

stimolava iniziative autonome nei pazienti che iniziavano autonomamente a produrre dei suoni.

Con le variazioni di disposizione dei vari ausili e degli strumenti, il setting si è definito ulteriormente. L'ascolto iniziale era un momento in cui tutti i pazienti stavano in ascolto: le musiche proposte hanno seguito un criterio di attenzione all'energia globale della seduta: se veniva proposto un brano allegro e ritmato, la seduta procedeva anche nella parte di DMT con la stessa energia. Al contrario, in caso di musiche tranquille ed evocative, il DMT tentava di proporre momenti più di accudimento e accoglienza.

La fase di accompagnamento ai momenti di DMT dei compagni ha assunto un ruolo importante per alcuni utenti (Mauro – vedi descrizione individuale, ed altri), che si avvicinavano spontaneamente alla zona degli strumenti e partecipavano a modo loro. Questa dinamica ha avuto valenze di coinvolgimento, stimolazione ulteriore ed è risultata essere per Mauro un momento personale di attenzione da parte del MT.

Il protocollo

Tutte le sedute venivano documentate (per la parte Musicoterapica) dal MT tirocinante, secondo un protocollo d'osservazione e rielaborazione, che seguiva la seguente struttura:

"Osservazioni seduta precedente" → paragrafo in cui venivano annotate tutte le osservazioni sia sul gruppo, sia sui singoli, riguardo a reazioni agli stimoli, comportamenti dei pazienti, variazioni effettuate, interruzioni... tutto ciò che capitava nella seduta;

"Idee/riflessioni" → era la sezione in cui il tirocinante rielaborava le osservazioni annotate e proponeva attenzioni da fare o modifiche sulla struttura della seduta al DMT. Il protocollo era inviato via mail al DMT che a sua volta offriva un rimando sulle osservazioni e sulle proposte. A quel punto veniva individuato il percorso della seduta successiva.

A queste due sezioni a volte è stato necessario aggiungere "Osservazioni del tutor" o "Osservazioni del tirocinante", in cui venivano annotate riflessioni generali sull'andamento del percorso in atto.

A metà anno circa è stato fatto un incontro di verifica/punto della situazione del percorso in atto. Eccone il verbale:

RESOCONTO INCONTRO DI VERIFICA DEL 02/01/2013

Presenti:

Giovanni Petta (tirocinante MT)

Francesco Bruno (DMT e tutor del percorso di tirocinio)

Contenuti

- *Confronto e rimandi sulla difficoltà presentata dal tirocinante nella gestione dei vissuti emozionali di insicurezza e paura legati alla dimensione professionale di cui al tirocinio in atto*
- *Punto della situazione e propositi di cambiamento/evoluzione*

Cosa succederà quindi nella seconda metà dell'anno

La seduta di gruppo con i ragazzi deambulanti sarà così strutturata:

- *Momento iniziale di ascolto di un brano*
- *Momento di "improvvisazione sonoro/musicale"*
- *Momenti individuali di DMT accompagnati dal "suono" di alcuni utenti*
- *Conclusione e saluto*

Impegni/obiettivi

- *La parte "musico-strumentale" dovrà sentire maggiormente la conduzione del tirocinante MT che presterà più attenzioni*
- *ed energie nel farsi carico di quel momento e di accompagnare gli altri operatori presenti, nel supporto alla conduzione e alla gestione del gruppo*
- *La seconda metà dell'anno vedrà il tentativo di integrare sempre di più le due artiterapie*
- *Videoregistrare alcune sedute per osservazione e riscontro del percorso*
- *Introdurre la verbalizzazione finale (intesa come condivisione emozionale rispetto al vissuto della seduta – utenti ed operatori)*
- *Proposte: verrà proposto all'equipe di offrire ad alcuni utenti la possibilità di usufruire di sedute individuali di MT (rientranti nel percorso di tirocinio in atto)*

**NUOVA STRUTTURA della SEDUTA DI DMT & MT DI GRUPPO –
GRUPPO DEI "DEAMBULANTI"**

Sistemazione del setting

Verrà istituita una zona dedicata all'"ascolto" attraverso il posizionamento di alcuni materassini sistemati sul pavimento della stanza (in numero uguale alle persone presenti tranne MT e DMT). In un angolo della stanza (spostato rispetto alla zona dell'"ascolto") verrà posizionato un materassino con sopra la scatola rossa degli strumenti.

Struttura

1. *All'ingresso in stanza gli utenti e gli operatori/collaboratori verranno invitati ad accomodarsi ognuno su un materassino, e ad ascoltare la musica*
 - a. *ognuno sarà libero di muoversi nello spazio come desidera (anche di alzarsi dal materassino e andarsi a sedere su un divano)*
 - b. *se qualcuno avrà difficoltà nell'alzarsi o stendersi o sedersi (etc..) potrà essere aiutato e accompagnato*
2. *dopo l'ascolto del brano verrà data la consegna:*

"ORA CHI VUOLE PUÒ ANDARE VERSO LA SCATOLA DEGLI STRUMENTI E SUONARE LIBERAMENTE"
3. *dopo qualche minuto di improvvisazione gli strumenti verranno riposti nella scatola rossa (chi rimane scoperchiata) e un canto accompagnerà la conclusione di questa prima parte*
4. *verrà chiesto a Mauro (ed eventualmente Elena se presente) di accompagnare "suonando" la seconda parte della seduta (momenti individuali dei compagni)*
5. *momento conclusivo: dopo l'ultimo momento individuale chi sta suonando poserà gli strumenti nella scatola rossa che questa volta verrà chiusa con la cerniera; tutti verranno invitati a formare un cerchio (magari attraverso un canto) e in cerchio ci sarà il momento della verbalizzazione (MT chiede "come va? Come stai? Vuoi dire qualcosa?" – prima agli operatori, poi agli utenti)*

4. Il valore dell'esperienza

Durante il percorso sono emersi alcuni nodi di criticità che hanno caratterizzato l'esperienza e che annoto come preziosi spunti di riflessione e di crescita.

Il setting "stanza di DMT & MT"

Come è noto spesso le condizioni del setting prevedono una forte capacità di adattamento da parte dei terapisti... In questo caso, appunto, la stanza era molto grande, era la stessa stanza utilizzata in altri giorni come stanza in cui "stare", la stanza del gruppo educativo in cui stavano i ragazzi che non erano impegnati in attività strutturate.. cioè un luogo del quotidiano che, il martedì mattina si chiudeva e si trasformava magicamente nel setting dell'attività di DMT & MT. Ovvio alla creazione del setting collaborava la musica e la disposizione degli strumenti e, più avanti nel percorso, anche la presenza di materassini sul pavimento e la nuova disposizione dei divani. Tuttavia si incorreva in "varie ed eventuali":

- un operatore che entra nella stanza per prendere un ausilio di un utente e non chiede neanche permesso; e poi esce facendo battute sconvenienti sull'attività pensando di essere simpatico

- un utente che prende giornali, palle o oggetti vari presenti nella stanza, residuo dell'attività del giorno prima
- attese eterne di operatori che non possono staccarsi subito per l'attività perché si stanno occupando dell'igiene di un utente
- utenti che entrano in stanza a seduta iniziata perché dovevano finire di fare colazione

Tutto sommato, il contesto relazionale e l'energia del gruppo permettevano di tamponare queste interruzioni e in qualche modo si riusciva sempre a tenere il "filo del discorso".

Per ciò che riguarda il materiale tutto lo strumentario è stato portato dal DMT-tutor e in qualche occasione sono stati inseriti strumenti "occasionalmente" tipo bidoni di plastica o coperchi recuperati in giro per il centro diurno.

La co-conduzione

L'esperienza della co-conduzione è stato uno degli stimoli formativi più forti di questa avventura, poiché è stata una dimensione all'interno della quale scontrarsi con la possibilità di mettere in pratica subito ciò che veniva osservato. Ovvero: dalla seconda seduta in poi le osservazioni del tutor andavano direttamente a stimolare delle riflessioni ed eventualmente dei

cambiamenti nel mio approccio che avevo la possibilità di modificare già dalla seduta successiva. In più la persona che mi faceva osservazioni era presente lì con me in maniera attiva.

Inoltre la co-conduzione è stato anche un modo per vivere da subito la responsabilità della gestione di una seduta di MT di gruppo, con la tranquillità di avere un tutor presente e attivo il cui sguardo poteva essere incrociato nei momenti di insicurezza, con la domanda scritta in faccia: "e adesso che faccio???" Anche se poi, tipicamente, la risposta del DMT era "ti aggiusti e cerchi di venirne fuori!!"

La co-conduzione è esperienza di umiltà, di ascolto e di ricerca empatica, oltre che con i pazienti, anche con il collega. Spesso è stata fonte di squilibrio per me: lo stile con cui il DMT conduce la seduta non è per nulla in sintonia con il mio, in termini di energia, vocale e corporea e di proposte: a volte la sua "forte" energia veicolata da toni forti e musica da discoteca si alternava all'intensità e la forza del "silenzio" proposto da me. Credo che il risultato di questo incontro sia stato un bellissimo equilibrio e credo, altresì, che sia stato un valore per i ragazzi presenti.

Sintonizzazione, empatia ed emozioni...

[per le seguenti descrizioni userò solo le iniziali dei nomi]

L'incontro con M.

"Alberto, quanti anni hai?" – "5!!"

Ecco M., un uomo di 55 anni che ha più o meno 3 anni in termini di capacità di stare al mondo... e già lui si da qualche anno in più..!!

È una persona con cui è facile relazionarsi, soprattutto perché cerca spesso nuove relazioni e persone con cui giocare, tendenzialmente con la palla. A M. piace la musica, la Mazurka, la chiama lui, la sua musica preferita va dai brani di musica leggera italiana anni 60-80 alla musica popolare (mazurka, walzer, etc...) Va alle feste degli alpini con suo papà e gli piace bere il vino.

Sembra tutto così facile ma in realtà M. propone una ricerca forte di attenzione nei suoi confronti: non gradisce ricevere ordini che non comprende o non condivide e quindi si blocca. Nel senso che se riceve una consegna troppo direttiva, senza alla base una relazione che lo consenta (con la persona che gli da il "compito" da svolgere), non agisce, o meglio protesta chiaramente non muovendo un solo muscolo!! Dalla prima seduta M. ha manifestato grande interesse per la novità "strumenti musicali nella stanza di DMT". Nel primo periodo è stato difficile creare un contenitore ben delineato, ma è stato

necessario, altrimenti sarebbe stato un contesto fuorviante, troppo forte: M. avrebbe solo più tenuto in mano gli strumenti e non avrebbe partecipato alle attività di DMT. Per accogliere questo suo forte interesse per l'elemento s/m prodotto, col tempo siamo arrivati a creare delle condizioni chiare. Un contenitore vero e proprio era la "scatola rossa degli strumenti", da cui uscivano all'inizio della seduta (li si trovava già fuori sistemati per terra e la scatola era aperta a lato) e in cui rientravano a fine momento improvvisativo (M. così come altri, più volte ha fatto fatica a risistemare gli strumenti nella scatola rossa). Nella terza fase del percorso, come descritto, la scatola è rimasta aperta un po' di più, offrendo a Mauro e a chi volesse di continuare a giocare con gli strumenti anche dopo l'improvvisazione con un contenitore diverso: accompagnare ritmicamente la musica che faceva da contesto durante i momenti individuali di DMT degli altri utenti. Questo momento aveva qualcosa di improvvisativo, ma anche di didattico se vogliamo, ovvero portare Mauro a tenere più o meno una pulsazione alla fine dell'anno, combattendo con un sorriso spontaneo il forte maldidenti... è stato forse il momento più concreto di Musicoterapia.

Tanti fattori di riscontro hanno portato a pensare che fosse per lui un momento di valore. Ecco alcuni estratti dal protocollo delle sedute:

3° SEDUTA

M. verso il protagonismo e l'esibizione singola (in futuro tentativo sul ritmo – tentare momento di "solo" con il MT); fatica nel "posare lo strumento", nel chiudere la seduta → costretto da Letizia che gli strappa lo strumento di mano e lo mette a posto

M. meno reattivo del solito

7° SEDUTA

Dopo il momento con gli strumenti è stato proposto ai ragazzi (per chi ne avesse voglia) di continuare a suonare accompagnando la musica a supporto dei momenti di DMT dei loro compagni: M. ha reagito bene, tenendo quasi sempre in mano uno strumento (circa 20 min)

8° SEDUTA

Nella parte di "sostegno al gruppo con strumenti" M. molto partecipe; ogni tanto lascia gli strumenti, ma solo per poco tempo; qualche momento sintonico sulla pulsazione, ma ancora da osservare per comprenderne il potenziale

9° SEDUTA

Bello il momento del "suonare per i compagni" che coinvolge in particolar modo M. e A.

10° SEDUTA

Nell'accompagnamento rimane ben coinvolto solo M.: continua il lavoro sulla pulsazione (qualche piccolo momento di sintonizzazione, se così si può chiamare, sul battere della pulsazione della musica che si sta ascoltando) – positivo l'utilizzo delle mani e l'alternanza dei timbri; era stata molto positiva

l'esperienza di accompagnamento su un momento personale di "danza" fatto in assenza di musica ma solo con percussioni e voce

11° SEDUTA

M. molto presente in tutta la seduta: si sono verificati vari momenti di sintonizzazione sulla pulsazione o sull'intensità; confermata l'ipotesi di un percorso individuale (da iniziare a Gennaio, previa autorizzazione e consenso di equipe e famiglia)

14° SEDUTA

A. e M. partecipano nella parte di "accompagnamento"

15° SEDUTA

seduta lunga; la parte di "accompagnamento" con M. ha rischiato di perdere d'intensità. Sono state necessarie proposte "innovative" in un paio di occasioni per evitare che Mauro si tirasse indietro e si stancasse eccessivamente del momento

18° SEDUTA

M. si alza autonomamente dal tappetone degli strumenti e va su un tappeto a rilassarsi durante l'ascolto (distacco sereno dagli strumenti: ha realizzato che potrà tornarci dopo?)

19° SEDUTA

M. molto coinvolto e presente nella parte di accompagnamento

20° SEDUTA

M. viene lasciato da solo nella fase di accompagnamento e continua senza problemi

21° SEDUTA

M. : non sono ancora stati annotati alcuni dettagli della fase di improvvisazione, durante la quale avvengono ormai in maniera costante alcune dinamiche di rito e relazionali:

- *quando viene detto "ora possiamo andare verso gli strumenti e suonare liberamente" M. si alza in autonomia e va a scegliere i suoi strumenti. Solitamente dispone davanti a se due tamburi (uno più grande e uno più piccolo) prende una bacchetta e comincia a suonarli in maniera alternata. In maniera abbastanza cadenzata cambia la bacchetta*
- *nel momento dell'accompagnamento delle danze dei compagni avviene la forte interazione fra M e MT: con i tamburi disposti c'è una costante ricerca di dialogo da entrambi, veicolata da parte del MT con tentativi di sintonizzazione, utilizzando come strumento di stimolo la pulsazione del brano ascoltato*
- *a seconda del contesto relazionale in atto vengono fatte proposte sia da Mauro (propone lo scambio delle bacchette o l'utilizzo di un altro tamburo) che dal MT (cambio strumento - triangolo - cambio frequenza e/o intensità dei colpi)*
- *ogni tanto M. propone la conclusione dell'improvvisazione fermandosi e iniziando a ritirare gli strumenti*
- *consegne: l'attenzione/contenitore di non suonare se non c'è una musica in ascolto; il riordino nel momento in cui si definisce la fine (è un momento frustrante per M. il quale*

manifesta evidenti difficoltà a chiudere il momento; M. al di fuori della seduta manifesta comportamenti oppositivi in generale di fronte a consegne direttive: la consegna "riordino" ha come obiettivo stimolare la sua iniziativa nella chiusura della scatola degli strumenti)

- *in quest'ultima seduta tutti i tamburi sono stati proposti ai compagni di Mauro, per cui durante l'improvvisazione è sembrato non tranquillo, saltava da uno strumento all'altro apparentemente senza esserne soddisfatto; quando poi gli è stato proposto alla fine dell'improvvisazione (come avviene di solito) "vieni a ballare?" si è rifiutato categoricamente (non è detto che i due momenti siano legati ma si potrebbe supporre che in quel momento ha scelto di suonare con i tamburi piuttosto che alzarsi per ballare, perché non lo aveva ancora fatto)*

22° SEDUTA

Alcuni aspetti sull'accompagnamento di M. alle musiche dei compagni:

- *durante la copresenza con il Mt grande costante è il contatto oculare che ricercato in maniera alternata (soprattutto da Mauro) sembra essere un canale di collegamento nel dialogo*
- *il sorriso di Mauro che sembra ricalcare le situazioni di maggior sintonizzazione*
- *il suo modulare l'intensità (in completa autonomia) adeguatamente al tipo e al volume della musica in ascolto*

25° SEDUTA

M. si presenta alla seduta con il mal di denti (a detta degli operatori e della famiglia) e manifesta oggettivamente uno stato di malessere (espressione del viso); nella seduta viene dato spazio alle sua espressione- sfogo di questo stato psico-fisico (dichiarato e in parte rilevato) e la sua presenza durante tutta la seduta è forte:

- *forte a tal punto da suscitare l'osservazione di un operatrice della RAF che riporta la possibilità che il "suono di M." sia di difficile gestione da parte dei compagni: da qui le domande:*
 - ➔ *il suono di M. potrebbe essere fastidioso per gli altri?*
 - ➔ *è giusto che la necessità di sfogo di un utente vada a incidere sull'andamento della seduta degli altri?*
- *certo è che in ambito musicoterapico lo sfogo di M. è lo sfogo del gruppo, ovvero se Mauro ha bisogno di sfogarsi perché versa in uno stato di malessere il gruppo sentirà e condividerà lo stato di M.*
- *d'altra parte sarebbe opportuno che per la parte danzata fosse preservato l'aspetto "terapeutico" che in presenza di suoni "molesti" rischia di perdere efficacia o quanto meno di essere condizionata*
- *(es.: se Caterina si attiva con il brano "Allegria" se sotto c'è un forte suono di percussione, per di più fuori tempo, è oggettivo che l'efficacia della parte dedicata a Caterina diminuisce, se nella musica proposta si riconosce un valore "emotivo-attivante"*

- *penso peraltro che, nonostante l'osservazione dell'operatrice sul potenziale "fastidio" arrecato dal suono di M. fosse assolutamente congruente, rimane credo delicata e non così immediata la gestione di tale situazione, sia dal punto di vista del rimando (un rimando di questo tipo io Musicoterapeuta che ti propongo di esprimerti liberamente con l'elemento sonoro/musicale non posso fartelo; se non con l'obiettivo in un rapporto individuale di tentare una regolazione emotivo-espressiva) Considerando che l'accompagnamento delle musiche è a metà fra una libera espressione e una strumentalizzata occasione di educazione musicale finalizzata appunto alla auto-regolazione, resta da capire come "gestire" questo momento in termini di proposta per M. (valutare se presentargli l'occasione di poter suonare con il vincolo di usare strumenti meno rumorosi o di "suonare piano" - esperimento quest'ultimo già provato e in parte riuscito)*
- *M. durante l'improvvisazione e durante il suo accompagnamento ha sorriso più volte*

27° SEDUTA

durante la verbalizzazione viene nuovamente portato come elemento "disturbante" l'accompagnamento di Mauro sulle musiche dei momenti danzati

28° SEDUTA

M. si modula, anche nei momenti in cui è da solo; riesce a mantenere un volume basso; lunghi i momenti di mantenimento della "pulsazione a due" [Mauro e MT]

Il percorso che si disegna in questi appunti è un percorso di crescita in termini di sintonizzazione fra M. e MT, e viene documentato un gran lavoro riguardo alla modulazione delle energie e alla capacità di contenersi rispetto ad un contesto o una consegna. Sicuramente una difficoltà ha riguardato la verbalizzazione, dimensione in cui gli operatori/collaboratori avevano la possibilità di condividere le loro sensazioni o emozioni in presenza dei pazienti. Questo si rifà alla metodologia Gestalt e alla necessità di "chiudere il cerchio" entro la fine della seduta. Probabilmente è un aspetto di contrasto con il setting musicoterapico benenzoniano in cui è invece fondamentale che ciascuno si senta libero di esprimersi, senza dover sentire in verbalizzazione finale che un operatore di supporto porta un rimando negativo rispetto a quella stessa libertà. Rimane una questione aperta al confronto teorico-metodologico, in funzione di un eventuale equilibrio nel setting; approfondirò comunque in un paragrafo successivo la descrizione dettagliata del momento della verbalizzazione, con altre riflessioni importanti a riguardo.

L'incontro con M.

M. è un uomo di circa 35 anni, con sindrome di Down con diagnosi grave. Le sue caratteristiche principali sono:

- è un solitario, se ne sta da solo tutto il giorno sul divano, se possibile in una stanza da solo
- non gradisce il contatto o la vicinanza di qualcun altro, salvo necessità particolari del momento legate tipicamente a bisogni da espletare (andare in bagno, andare verso il refettorio per mangiare...)
- non parla, emette suoni gutturali costanti o pernacchie con un ritmo abbastanza costante
- sembra che comprenda la maggior parte delle consegne semplici ("andiamo in bagno", "vieni a mangiare", "tirati su i pantaloni"... etc...)

Il percorso di M. con la danzamovimentoterapia è stato molto complesso, poiché in questi ultimi anni gli è stato proposto di vivere contatti e vicinanze, e i risultati sono stati mostrati da sinceri sorrisi dopo le prime rimostranze oppostive... Quando nella seduta di danzamovimentoterapia è stato introdotto l'elemento musicale M. ha colto il cambiamento ma, come suo solito, si è fatto un po' desiderare! Ecco alcuni appunti:

3° SEDUTA

M. non tanto disposto in generale nella giornata; ha rifiutato lo strumento propostogli

4° SEDUTA

M., non stimolato direttamente ad utilizzare uno strumento, non ha partecipato attivamente all'esperienza musicale

5° SEDUTA

Mario accetta molto volentieri il suono del ritmo vicino a sé (MT che si avvicina suonando al divano su cui è steso: M sorride e guarda)

6° SEDUTA

M. conferma il gradire l'ascolto "da vicino" di uno strumento suonato da un operatore; riprovare a lasciargliene uno a disposizione

7° SEDUTA

Mario sorride al suono ravvicinato di strumenti

8° SEDUTA

M. accetta di buon grado la "vicinanza sonora"

11° SEDUTA

M. continua a gradire il momento musicale (ben disposto in tutta la seduta)

13° SEDUTA (introduzione dell'ascolto come inizio della seduta di gruppo)

M.: è stato provato l'approccio vocale nel riprendere i suoi vocalizzi; da riproporre per entrare nel suo mondo relazionale con un canale non ancora esplorato)

15° SEDUTA

Durante la seduta in varie occasioni il MT ha tentato di avvicinare Mario comunicando con lui attraverso i suoi vocalizzi; oltre ad essere puntualmente allontanato al momento della proposta

comunicativa, il MT e "ciò che stava facendo" sono stati oggetto di curiosità ed osservazione da parte di M. che è stato trovato in più occasioni in posizione di "ascolto" (spesso anche attraverso lo sguardo) nei confronti del MT; sembra apprezzare la percussione vicina e osservare gli altri suonare

18° SEDUTA

Forte il momento di vocalizzi con M. (tentativo di sintonizzazione) durante l'improvvisazione; manifesta curiosità, interesse e divertimento, soprattutto se gli si va vicino con strumenti a percussione; a volte non lancia lo strumento se lo si lascia vicino a lui

19° SEDUTA

M. sempre molto incuriosito; gradisce il suono percussivo

20° SEDUTA

Durante l'ascolto il MT si avvicina a M. che dopo qualche secondo si attacca ai capelli del MT comunicando una reazione o alla nuova musica o al cambiamento in sé o alla troppa vicinanza/invadenza del MT o chissà...; nella fase di improvvisazione il MT si avvicina a Mario e dopo alcune proposte Mario accetta di tenere in mano uno strumento (sonaglio) e inizia a "suonarlo" strisciandolo lateralmente a contatto con il materassino (prima vera interazione sonora dall'inizio del percorso: probabilmente la sua reazione aggressiva è stata la conseguenza di un "ingresso" del MT nel suo spazio, che poi però ha dato i suoi frutti in termini di comunicazione ed empatizzazione)

21° SEDUTA

M.: durante l'ascolto del brano accetta la vicinanza solo per qualche istante, poi si sposta; durante l'improvvisazione con gli strumenti gli vengono proposti degli strumenti, ma li lancia o li allontana; dopo un po' prende in autonomia un tamburello (solo con sonagli) e inizia a muoverlo producendo dei suoni

22° SEDUTA

Improvvisazione: M. suona il tamburello

23° SEDUTA

M. si pone in ascolto e accetta la vicinanza del MT ma non partecipa attivamente all'improvvisazione

24° SEDUTA

M. accetta la vicinanza del MT sia durante l'ascolto sia durante l'improvvisazione

26° SEDUTA

M. accetta di tenere vicino/in mano un tamburello

27° SEDUTA

M. molto interessato nell'ascolto iniziale (qualche sorriso)

Questa è la storia di un piccolo percorso di conoscenza e di accettazione, un inizio di un interazione che potrebbe portare probabilmente a percorrere nuove strade relazionali e comunicative con M.. Partendo da un suo rifiuto categorico, passando attraverso una manifestazione aggressiva, da analizzare più profondamente magari in seduta individuale per poterne rilevare le possibili cause, si è arrivati prima

all'accettazione della vicinanza del MT e poi alla manipolazione di uno strumento.

L'incontro con la paura: S. e la sua aggressività – Un'esperienza di transfert

Come per le psicoterapie, anche nella musicoterapia psicodinamico-relazionale entrano in gioco i fenomeni di transfert e controtransfert.

IL TRANSFERT

É una condizione emotiva che caratterizza la relazione del paziente nei confronti dell'analista: il trasferimento su quest'ultimo delle rappresentazioni inconse del primo. I desideri inconsci si attualizzano su determinati oggetti e tra i contenuti vi sono anche le riproduzioni di prototipi infantili vissuti con forte senso del presente, provocando uno spostamento dell'affetto: l'investimento libidico, insoddisfatto e dotato di forte aspettativa, si rivolge anche all'analista (indipendentemente dall'appartenenza sessuale di entrambi) che viene considerato, secondo un'ottica non reale, come una figura di attaccamento importante dell'infanzia. Freud distingue un *transfert positivo* (sentimenti affettuosi) ed un *transfert negativo* (sentimenti ostili), associandoli all'esito positivo o negativo del complesso di Edipo, e focalizza quattro possibili

modalità che, nel caso di transfert negativo, portano a manifesta *resistenza al lavoro analitico*:

- opposizione interna tra il bisogno sessuale e l'inclinazione affettuosa troppo forte.
- comportamenti esclusivamente ostili.
- comparsa del senso di colpa o coscienza della colpa.
- la pulsione all'autoconservazione si inverte in autolesionismo o autodistruzione.

In musicoterapia attiva il transfert viene agito tramite la pratica strumentale.

Negli *agiti* l'azione sostituisce il ricordo, ossia la messa in atto di contenuti inconsci come ad esempio i desideri, le fantasie e le pulsioni. Il paziente non ricorda gli elementi che ha dimenticato-rimosso ma li mette in atto con le caratteristiche di ripetizione non consapevole e senso di attualità estremamente vivo.

Di conseguenza gli agiti nella pratica strumentale rendono dominabile l'angoscia dei contenuti infantili trasmessi. Tramite l'oggetto intermediario il paziente mette in atto una produzione-risposta corporeo-sonoro-musicale che trova riscontro nella figura del musicoterapista. La liberazione dell'angoscia diviene il

materiale che può essere rielaborato per indurre al cambiamento.

IL CONTROSTRANSFERT

È l'insieme delle reazioni, inconsce e non, dell'analista verso l'analizzato, e rappresenta il vissuto emotivo globale dell'analista rispetto ad esso.

Il controtransfert in terapia diviene essenziale per la comprensione, la comunicazione e l'orientamento delle risposte emotive.

In una relazione terapeutica paziente ed analista sono entrambi sottoposti ad un transfert e ad un controtransfert che è la "reazione" al transfert dell'altro.

Nella relazione musicoterapica il controtransfert del musicoterapista deve essere il risultato dell'integrazione del transfert del paziente con il riconoscimento e controllo dei parametri sonoro-musicali espressi e da esprimere, considerate le esperienze verbali e non verbali da cui viene il terapeuta ed il ruolo che riveste: Freud affermava che il medico deve essere "opaco" per l'analizzato, ossia deve "mostrargli solo ciò che gli viene mostrato". Di conseguenza possiamo considerare che la sensazione di controtransfert può essere resa cosciente solo se esaudisce questi due punti:

Il musicoterapista ha permesso a se stesso di regredire assieme al paziente a quel passato che quest'ultimo fa riaffiorare nel qui e ora.

Il musicoterapista assume un punto di vista osservativo ipoteticamente in "terza persona", distinguendo ciò che proviene dal paziente e ciò che proviene dalle proprie sensazioni interne, scindendo quindi ciò che accade dentro e fuori se stesso: "deve saper osservarsi da fuori".

Il musicoterapista, per accogliere e rielaborare al meglio il transfert del paziente e fornire una cosciente restituzione controtransferale, è bene che eviti la confusione che può dare la duplice presenza di un transfert e di un controtransfert agenti. Nel non verbale, per facilitare e semplificare il processo di comunicazione, è quindi vantaggioso procedere per tappe, ricorrendo a delle sequenze tecniche:

- adozione di una posizione di ascolto riflessivo-attivo →

osservazione ed attesa sono utili soprattutto nella fase iniziale delle sedute, sia per facilitare il fenomeno transferale del paziente, sia per ascoltare, percepire, ricevere, accettare, comprendere il paziente. Il musicoterapista deve saper aspettare, astenersi dall'agire-esprimersi, e concentrarsi sulla propria ricettività

- imitazione totale → con lo stesso strumento o uno simile, il musicoterapista prova l' *eco ritmica*, ossia risponde al paziente in maniera esattamente uguale a ciò che esprime quest'ultimo. Si potenzia così il significato di comprensione ed ascolto
- imitazione parziale → il musicoterapista accompagna la manifestazione espressiva del paziente o risponde imitandolo, ma modificando alcuni aspetti parametrici della produzione sonora
- dialogo antifonico (Domanda-Risposta) → il paziente si esprime ed il musicoterapista risponde con altre sequenze o altre produzioni sonore utilizzando un altro strumento. La gestione dei tempi di attesa e risposta diviene fondamentale per entrambe le parti. Tale forma tende a parificare il livello comunicativo
- associazioni corporeo-sonoro-musicali → se il paziente comincia ad esprimersi liberamente il musicoterapista può utilizzare delle associazioni corporeo-sonoro-musicali: espressioni o produzioni sonore scaturite dall'impatto comunicativo con il paziente, ma che sono anche il risultato dell'elaborazione dei contenuti transferali e controtransferali.

L'ESPERIENZA CON S.

Racconterò ora l'esperienza con S., un ragazzo di circa 40 anni, con cui ho vissuto l'esperienza del transfert e del controtransfert. S. è stato molti mesi (più di un anno) ospite della comunità alloggio di intervento temporaneo (C.A.I.T.) dell'ANFFAS, adiacente al centro diurno. Nel progetto per l'attività presentato all'ANFFAS dal danzaterapeuta è prevista la possibilità per gli ospiti della CAIT di essere inseriti qualora presenti e nelle condizioni per farlo. Questo significa che ogni martedì mattina il DMT o un operatore andavano in comunità a chiedere chi voleva partecipare all'attività. Sandro era una di quelle persone per cui si era deciso di insistere un po' per la sua partecipazione, date le sue potenzialità e le sue ansie esplicite, oltre che la buona riuscita dell'attività dell'anno precedente. Non avevo molte informazioni su di lui; le caratteristiche che mi sono rimaste in mente di S. sono:

- Credo avesse un ritardo mentale con psicosi di qualche genere
- Intelligente, capace di parlare e di interagire
- Comunicazione refrattaria e poco sicura (parla a bassa voce, aprendo a malapena la bocca, ha lo sguardo impaurito)

- Ogni tanto chiede "dove sono i morti?" o "come stanno i morti?"... oppure bestemmia e invoca la polizia; spesso le sue comunicazioni spontanee sono inadeguate
- È gracile e non sta mai fermo

Un dato sicuro è che questa persona mi metteva ansia. È stato difficile per me sin da subito entrare in relazione con lui; non sapevo come avrebbe potuto reagire alla proposta musicale, temevo delle reazioni aggressive...

Una seduta infatti è finita con lui che prendeva a calci gli strumenti ed è poi stato allontanato dalla stanza.

Ecco anche per lui qualche appunto sulla sua partecipazione alle sedute:

5° SEDUTA

S. sembra patire la presenza di questo momento strumentale: anche se partecipa attivamente è già la seconda seduta in cui ad un certo punto della DMT esce dalla stanza (ultima volta con motivazione di un bisogno fisiologico, poi non è più voluto rientrare); da osservare, probabilmente deve solo accettare il cambiamento rispetto all'anno scorso

6° SEDUTA

S. rimane in stanza tutta la seduta

7° SEDUTA

S., ricoverato nella notte precedente in ospedale, ha iniziato l'attività; dopo il momento con gli strumenti, alla musica per A. ha

reagito caricandosi fino ad urlare molto; è stato riaccompagnato in comunità e tranquillizzato

8° SEDUTA

S. rimane tutta la seduta; dopo la parte strumentale viene coinvolto in una danza di gruppo e poi invitato a suonare se ne ha voglia; regge la situazione per un po', poi si alza, va verso le persone che "ballano", entra più volte nella stanzetta "materiale di psicomotricità", strappa e accartoccia un foglio appeso... di nuovo coinvolto poi nella parte finale, rimane fino alla fine

9° SEDUTA

S. entra in stanza già "carico", appena cominciamo a suonare, cerchiamo di stimolarlo, ma questo accresce il suo stato di ansia, che poi passa allo stato fisico: inizia a spintonare il MT, a lanciare e tirare calci agli oggetti e viene allontanato dalla stanza dal DMT

Ed ecco la mia reazione in fase di rielaborazione:

- *Idee/riflessioni [9° SEDUTA]*

Non è più consigliabile che S. partecipi alla seduta; troppe volte ha manifestato uno stato di ansia legato al momento, o semplicemente amplificato da una situazione ansiogena, quale la DMT e la MT di gruppo

Ma in accordo con il DMT si è deciso di dargli ancora una possibilità:

10° SEDUTA

S. è stato nuovamente coinvolto nella seduta; gli è stato dato più spazio nella scelta di come partecipare, per cui è stato molto presente nella parte "danzata", meno (quasi assente) nella parte suonata (riflessione sul probabile aspetto ansiogeno del momento strumentale); rimane tutta la seduta (è stata comunque accortezza del DMT chiedere spesso a S. << te la senti ancora di rimanere?...>> e simili

11° SEDUTA

Viene chiesto a S. se vuole partecipare alla seduta: risponde "NO"; l'operatore in turno nella comunità insiste e Sandro viene accompagnato senza opporsi nella stanza dell'attività: dopo la parte musicale in cui nuovamente non si fa coinvolgere presenta nuovamente uno stato di "ansia"; gli viene chiesto se vuole tornare in comunità e risponde di "SI". Viene accompagnato fuori dall'esperienza dal MT

Ancora una mia annotazione:

Se S. dice che non vuole venire è inutile forzarlo nonché dannoso pre sé (alimenta stati di agitazione) e per gli altri (condiziona il clima della seduta per utenti e operatori); parlarne con gli operatori della CAIT

Dopo questa seduta S. ha partecipato ancora una volta, poi è stato dimesso dalla comunità.

Questo caso mi ha ovviamente permesso di entrare in contatto con le mie paure. In una condivisione ho anche esplicitato:

Il MT vive un momento di insicurezza che condivide nella verbalizzazione: insicurezza nel non essere in grado di affrontare la professione, nel gestire le situazioni problematiche, nel non farsi coinvolgere emotivamente, nel gestire quindi i momenti di ansia e stanchezza

Non sono riuscito in definitiva a capire cosa mi spaventava di S., quali fossero i motivi della mia difficoltà ad accoglierlo e ad empatizzare con lui. Probabilmente il fatto che fosse un utente lieve dal punto di vista del danno cognitivo, o forse la sua aggressività latente, mi davano l'impressione, appunto, di non tenere la situazione sotto controllo.

Passato il tempo del tirocinio ora mi sento più tranquillo. Mi piacerebbe incontrare di nuovo S. per poter provare a "stare" con lui in maniera più consapevole. Queste riflessioni e il percorso effettuato sottolineano l'importanza di un percorso di supervisione costante, come luogo di riscontro diretto e rielaborazione dei propri vissuti emotivi.

La verbalizzazione finale

In un gruppo variegato come quello in osservazione, il momento della verbalizzazione finale presenta alcuni aspetti ed alcune problematiche come quelle già descritte nel paragrafo dedicato al paziente Mauro. Descriverò di seguito con chiarezza il momento della verbalizzazione finale.

Veniva proposto in questo modo: ognuno (operatori in supporto e pazienti) aveva la possibilità di esprimere le proprie emozioni riguardo alla seduta appena vissuta, in risposta alla richiesta del conduttore (per la maggior parte del percorso il DMT), che chiamava a turno, seguendo tipicamente l'ordine nel cerchio. La funzione di questo momento era, oltre che Gestaltica, anche di protagonismo di ciascun partecipante: per la maggior parte dei ragazzi presenti significava essere chiamati e offrire un qualche tipo di risposta comunicativa, gestuale o verbale, in dimostrazione del gradimento o meno della seduta. Per qualcuno era semplicemente un momento di puro coinvolgimento. Oltre a ciò è importante dare valore ad un momento del genere come "normalizzante" nei confronti del gruppo. Ognuno ha pari dignità nel suo modo di essere nel gruppo, che sappia rispondere o no. Ognuno ha diritto ad uno spazio in cui poter esprimere un'emozione o semplicemente un suo modo di essere presente.

Come già descritto, più problematico era il contributo degli operatori in supporto che, in alcuni casi, è capitato si lasciassero andare in commenti giudicanti su ciò che era appena avvenuto; es.: "l'improvvisazione di Mauro (utente) mi è sembrata invadente e disturbante". Ribadisco la difficoltà nel dare una lettura "finale" a questo episodio, in quanto nella conduzione del DMT è un aspetto del tutto previsto, gestibile e arricchente. Nel contesto musicoterapico che vado a proporre con la mia metodologia è disturbante, giudicante e sottolinea una "non-comprensione" del setting da parte dell'operatore in questione.

Tuttavia, a parte questi problemi di ruolo e comprensione del setting, la verbalizzazione finale è risultata essere alcune volte un momento davvero intenso, in cui un utente si sforzava tantissimo per rispondere con la voce "SI!!" alla domanda "ti sei divertito?" o "sei stato bene?" o un altro (incapace di verbalizzare) offriva un sorriso spontaneo appena veniva chiamato. Tutto ciò non è Verbalizzazione vera e propria, ma era un modo, appunto, gestaltico per "chiudere il cerchio" dando importanza alla presenza di ciascuno all'interno del setting.

CONCLUSIONI

Questo lavoro si conclude riportando gli aspetti di crescita e le ricadute sul piano formativo: in altre parole descriverò in seguito gli aspetti che danno valore all'esperienza in sé, riportando l'arricchimento dovuto non solo alle tecniche imparate e agli approfondimenti effettuati, ma anche agli errori e alle questioni che rimangono aperte al confronto fra specialisti delle artiterapie in futuri tavoli di discussione.

La conduzione

Saper condurre è sempre stato un punto d'arrivo per me. Nelle esperienze di conduzione di tipo diverso (in ambito educativo) il mio approccio prevede una conduzione silente, con molto spazio all'espressione e alla responsabilità dei protagonisti dell'intervento. Condurre un gruppo terapeutico-riabilitativo è diverso. Ha messo in gioco le mie paure e mi ha permesso di lavorare sulle mie insicurezze. Credo sia comunque necessario essere consapevoli del proprio stile, delle proprie carte relazionali da giocare; allo stesso tempo è fondamentale saper essere contenitore, veicolo liberante, fonte di ascolto e di rimandi stimolanti o rassicuranti. A seconda di chi si ha di fronte.

Nonostante abbia una certa dimestichezza con la dimensione improvvisativa (in varie forme), in certe situazioni dover rinunciare a ciò che era stato progettato su carta per quella determinata seduta è stato faticoso; (questo mi è servito molto anche per gli altri due tirocini in corso...). Si tratta non tanto dell'elenco delle cose da fare, ma del percorso energetico, del "clima" emotivo che avrei voluto imprimere in seduta. Mi sono reso conto sul campo che era una mia proiezione data dalla paura di trovarmi in situazioni non previste, magari difficili da gestire.

Le capacità empatiche

Empatizzare è per me un luogo conosciuto, uno strumento relazionale che spesso utilizzo anche nelle relazioni non professionali, per accogliere l'altro, per ascoltarlo e cercare un'armonia con le persone. Per cui nel tirocinio ho esercitato bene questo aspetto della professione, anche se a volte pecco di proiezioni...

Affrontare la paura

Come già accennato la presenza di utenti da me sentiti come aggressivi mi agita parecchio; ho avuto molte difficoltà con S. proprio per questo motivo. Anche se poi lui non ha più frequentato ho imparato anche grazie al tirocinio con gli

adolescenti ad affrontare le situazioni di "paura", lavorando sulla mia sicurezza e credendo di più negli strumenti a mia disposizione (relazionali e non)

La collaborazione con la Danzamovimentoterapia Gestalt

La collaborazione fra le due artiterapie è stato forse il nodo centrale di tutta l'esperienza e, di fatto, è il territorio in cui rimangono più questioni aperte. Il percorso che abbiamo proposto a questo gruppo è stato permeato da un atteggiamento di scoperta e di esplorazione da parte di entrambi i conduttori: è stato chiaramente un percorso sperimentale che ha portato alla luce aspetti arricchenti e aspetti problematici.

Gli aspetti decisamente arricchenti vanno a validare gli obiettivi che ci eravamo dati all'inizio, che riguardano: la presenza di due conduttori come elemento di confronto e alleggerimento del ruolo e il potenziamento degli stimoli e delle possibilità espressive dato dalla possibilità di sviluppare una dimensione trans-modale in presenza delle due arti, la graduale creazione di uno spazio "musicale" sempre maggiore e la possibilità di creare nuovi spazi di interazione rispetto al percorso in atto ormai da anni.

Gli aspetti problematici si possono così riassumere:

- la composizione del gruppo

- i diversi stili di conduzione
- la verbalizzazione finale
- il ruolo degli operatori in supporto
- l'impossibilità di proseguire il percorso

La composizione del gruppo

Come descritto gli utenti del centro diurno partecipanti all'attività avevano in gran parte diagnosi con deficit cognitivo grave, spesso con correlate a problemi fisici altrettanto gravi. Questo non permette la creazione di una dimensione terapeutica di gruppo vera e propria

La presenza in seduta dei pazienti della comunità (più lievi) favoriva la creazione di piccoli momenti aggreganti, soprattutto nella fase di "musica d'accompagnamento". Quindi di fatto si potrebbe definire come criterio di formazione di un gruppo terapeutico che non sia composto esclusivamente da utenti gravi, ma preveda anche la presenza di pazienti più lievi, che talvolta potrebbero occuparsi di facilitare l'esperienza per gli altri pazienti, creando una dimensione di aiuto-collaborazione responsabilizzante e aggregante.

Altro aspetto riguardante la composizione del gruppo è certamente il numero dei presenti: avere in stanza in media 10 pazienti con 4 operatori in supporto più i due conduttori ha

come risultato un gruppo numeroso di persone, per certi versi necessario alla gestione (trasporto carrozzine nelle figure di *exspression primitive*, gestione di eventuali crisi epilettiche in seduta, avvicinamento e stimolazione individuale durante l'improvvisazione di gruppo verso quei pazienti più compromessi. D'altra parte essere in troppi in stanza fa sì che non si riesca a creare una dimensione di sintonizzazione e di armonizzazione gruppale vera e propria.

I diversi stili di conduzione

L'esperienza diversa e lo stile diverso nel condurre, fra me e il mio tutor Danzamovimentoterapeuta, spesso sono stati un arricchimento, soprattutto per il sottoscritto: ho imparato a modificare la mia energia per stare al passo con quello che veniva proposto e a guardare ciò che capitava da un altro punto di vista. Tuttavia ci sono stati momenti di difficoltà in cui è emerso che avere uno stile diverso, tenendo anche in considerazione di essere stati formati in due scuole diverse, significa necessariamente che uno dei due si adegui, e che è necessario avere un buon affiatamento e una consolidata esperienza di collaborazione. Attributi che, ovviamente, si acquisiscono lavorando insieme per tanto tempo.

La verbalizzazione finale

Come già riportato, la dimensione di quella che è stata chiamata "verbalizzazione finale" è stata caratterizzata da dalle oggettive difficoltà legate ai deficit cognitivi di gran parte dei pazienti: in una dimensione musicoterapica, qualora si valutasse comunque di proporre un'esperienza di gruppo ad un gruppo di pazienti con deficit cognitivi gravi, probabilmente sarebbe opportuno non proporre alcuna verbalizzazione, ma chiudere la seduta individuando altri metodi (creare ad esempio un rituale non-verbale riconoscibile).

Il ruolo degli operatori in supporto

Coinvolgere alcuni operatori nella seduta di gruppo è, come già detto, necessario per una serie di aspetti. Diventa problematico nel momento in cui non si ha la possibilità di dedicare del tempo a momenti formativi o di supervisione dedicati a queste figure, finalizzati alla rielaborazione e al confronto, alla chiarificazione dei ruoli e all'individuazione di un senso terapeutico condiviso del percorso.

L'impossibilità di proseguire il percorso

Il conflitto dei ruoli che sarebbe scaturito, qualora avessi dato la mia disponibilità a continuare il percorso per l'anno successivo, ha fatto sì che l'esperienza si concludesse. Parlo di

conflitto di ruoli riferendomi al mio ruolo professionale di operatore nel centro diurno che sarebbe inevitabilmente entrato in conflitto con il ruolo di terapeuta, se avessi proseguito. Per altro, in quest'ultimo caso, lo avrei fatto senza essere pagato ulteriormente rispetto alla mia mansione quotidiana, per cui non sarebbe stato un tempo professionalmente riconosciuto, sia in termini monetari che di investimento di tempo ed energie.

Il bagaglio di questo viaggio...

Un viaggio fra definizioni, modelli, esperienze ed emozioni...

Sono partito facendo proposte ritmiche per poi arrivare all'ascolto e al silenzio... ecco il percorso che è stato necessario in questo tirocinio. Nella prima seduta ho proposto ritmi di vario genere cercando di capire cosa succedesse... nelle ultime sedute i ragazzi iniziavano a suonare da soli. Io, poi, cercavo la sintonizzazione.

Nel bagaglio di questo viaggio mi ritrovo tutto ciò che ho imparato, ho appreso e rielaborato, le emozioni che ho sentito, il confronto con il tutor e, infine, la concreta sensazione di poter attivare processi di sintonizzazione e, in maniera ambiziosa, di integrazione in persone con disabilità grave. Reputo sia stato un percorso davvero formativo in termini professionali e che mi

abbia “lanciato in campo” in maniera diretta e concreta. A questo sono servite anche le altre esperienze di tirocinio.

Parto oggi con queste nuove consapevolezze verso futuri professionali ancora tutti da definire, ma che si basano su due convinzioni: la prima riguarda la volontà di continuare ad approfondire la conoscenza di teorie e modelli; la seconda riguarda la consapevolezza e la tranquillità di potermi giocare in relazioni musicoterapiche.

WHAT IS INTEGRATED MUSIC THERAPY AND ART THERAPY (IMAT)?

Integrated Music Therapy and Art Therapy (IMAT) is based on the premise that all expression is metaphorical. Art and music are interchangeable as sound, color, and form express the same feelings yet involve various parts of the brain. This treatment alternative can reach the core of an individual through the non-verbal aspect of the creative process. By allowing the individual the freedom of creative expression in a safe, trusting environment, the arts can provide a new language of self-discovery that can be used to teach concepts, enhance self-awareness and self-confidence, and provide a path to re-experience the developmental stages of infancy that were interrupted by processing or physical disabilities. The IMAT process can be broken down into four phases.

*Phase 1 – **Assessment***

During the assessment phase, therapists work to make the client feel safe and comfortable in order to nurture their motivation to take part in the creative process. From the information gathered during this phase, the therapist begins to develop an approach that considers the specific needs of the

client. Musical and arts experiences are designed to help the specific issue, whether it is development of language and communication skills, attention deficit issues, socialization or behavior problems, or sensory integration or motor dysfunction.

Phase 2 – Creative Exploration and the Recognition of Self

As the therapist's understanding of the child develops, and symptoms and strengths have been assessed, the process of creating new forms of expression begins to unfold. Each client's needs are very different and so are the forms their sessions take. For example, when considering working with children who have developmental delays and severe processing issues, or those children with autism who are silent and withdrawn, one must realize that these children are still functioning at the primary process level of thinking or at the level of pre-verbal thought. Ideas, images, people, or anything in their environment are not necessarily mentally named in words. If there are no words processed as representations, whereby only pictures or forms exist, it becomes impossible to communicate ideas through verbal language. Many of these children rely on the development of a trusting therapeutic relationship so that they can begin to 'play'.

Phase 3 – Transition into Re-patterning

Self-awareness for a person with communication disorders is a crucial step towards re-patterning behavior. Only when they have felt the experience of 'self' through creative expression can they begin to realize the boundary between their individual inner world and their environment. At that point, defensive postures are lessened as they begins to realize that they are in control of their own reality. When the fear of being invaded begins to subside, self-expression becomes freer and continues to blossom. The integration of language and communication skills is crucial to this phase. Music and art become a language in itself to be translated into words. Just as improvised music is considered to be the mirror of personality, words become the mirror of artistic expression. As the ability to communicate increases so does the potential for processing reality. As self-confidence and self-awareness begin to grow, so does the desire to communicate thoughts and ideas.

Phase 4 – Living in a "New Reality": Integration of Internal and External Worlds

At this stage, the IMAT process combines cognitive and reflective processing. As a client continues to vocalize and initiate words to express specific ideas, improvisation becomes a vehicle for songwriting, learning an instrument, letter and

number recognition, working out conflicts through musical expression and storytelling through words and pictures. The inherent power of the creative process as a vehicle for healing is that the music and visual art become both the symbol and the means of growth. The continuous act of creating something new enables an individual at any age to constantly re-examine themselves and the reality they inhabit at that particular time. This new self-concept and understanding is the key to accepting the new relationship between their internal and external worlds.

(dal sito www.artsforhealing.org)

BIBLIOGRAFIA

- APID (2003). *Registro professionale dei Danzamentoterapeuti italiani*. Palermo: Antepima.
- APID, ADORISIO, A., GARCIA M.E. (a cura di) (2004). *Danza Movimento Terapia. Modelli e Pratiche nell'esperienza italiana*. Roma: Ma.Gi.
- ARTS FOR HEALING, INC. (2013) *What is integrated music therapy and art therapy (IMAT)?*. New Canaan, Connecticut. (disponibile in: www.artsforhealing.org).
- BELLIA, V. (2000). *Danzare le origini. Elementi per la danzamentoterapia espressiva*. Roma: Scientifiche Ma.Gi.
- BENCIVELLI, S. (2007). *Perché ci piace la musica*. Milano: Sironi.
- BENZON, R. (2005) *Manuale di Musicoterapia*. Roma: Borla (originale pubblicato nel 1984).
- BORGHESI, M. & MANAROLO, G. (a cura di) (2004). *Musica & Terapia. Quaderni italiani di Musicoterapia* (2° ed.). Torino: Cosmopolis.
- CENTRO MEDICO RIABILITATIVO DI MENTANA (RM). *Paralisi cerebrali infantili*. (Disponibile in: www.centromedicoriabilitativo.it).
- DELALANDE, F. (1993). *Le condotte musicali* (traduzione e scelta dei testi a cura di Guardabasso G., e Marconi L.). Bologna: Clueb.
- DELALANDE, F. (2004) *La musica è un gioco da bambini* (3° ed.) (traduzione di Curti G.). Milano: F. Angeli. (originale pubblicato nel 1984).
- ISTAT (a cura di) (2001) *ICD10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Roma. (disponibile in: www.reteclassificazioni.it).
- GALIMBERTI U. (2004). *Dizionario di Psicologia*. Torino: Utet.
- LECOURT, E. (1996). *Analisi di gruppo e musicoterapia* (traduzione di Magini F. e Manarolo G.). Assisi: Cittadella. (originale pubblicato nel 1993).
- LECOURT, E. (1999). *La musicoterapia* (2° ed.) (traduzione di Manarolo G.). Assisi: Cittadella. (originale pubblicato nel 1988).

- MANAROLO, G. (a cura di) (2006). *Manuale di Musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- MANAROLO, G. (a cura di) (2012). *Le cure musicali*. Torino: Cosmopolis.
- MARCELLI, D. (2009). *Psicopatologia del bambino* (6° ed.) (traduzione a cura di M. Isacco e E. Politi). Milano: Elsevier. (originale pubblicato nel 1982, Elsevier Masson SAS, Paris).
- MARELLO C. (2005). *Il mondo della disabilità intellettiva e la danzamentoterapia Gestalt. Un incontro possibile*, Tesi scuola di formazione in danzamentoterapia Gestalt Metafora di Genova.
- POSTACCHINI, P.L. (2006). *In viaggio attraverso la Musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- SHON, D., AKIVA-KABIRI, L., VECCHI, T. (2012) *Psicologia della musica* (7° rist.). Urbino: Carocci. (originale pubblicato nel 2007)
- STERN, D. N. (1992). *Il mondo interpersonale del bambino* (traduzione di Biocca A. & Biocca Margheri L.). Torino: Bollati Boringhieri. (originale pubblicato nel 1987).
- TRAVERNI MASSELLA, M. (2003). *Introduzione alla Psicoterapia della Gestalt*. Seminario Scuola A.P.R.A.G.I-C.O.I.R.A.G.
- TRAVERNI MASSELLA, M. (2003). *Expression Primitive*. Materiale didattico. Scuola di Formazione professionale in DMT Gestalt.