

Corso triennale di Musicoterapia APIM

Genova

Tesi di diploma in musicoterapia

Musicoterapia in strutture sanitarie con soggetti disabili

Anno: 2021

Corsista: Manuel Aiachini

Relatore: Andrea Masotti

Indice

- Premesse
- Vivere accanto alla Disabilità
- Il significato dell'azione sonoro/musicale
- Riconoscere una soggettività sonoro/musicale
- Errori e pregiudizi
- Il linguaggio sonoro/musicale del disabile
- Danno organico ed auto-esclusione
- Conclusioni
- Tirocinio presso il centro “Nucci Novi Ceppellini” di Genova-Quarto coordinato da Andrea Masotti
- Tirocinio presso il centro diurno l’ Arcipelago” di Genova-Quarto coordinato da Andrea Masotti
- Il Piano di Lavoro e la Scheda di Verifica di Aldo
- Azioni e strumenti per il benessere emotivo, fisico e per lo sviluppo personale di Aldo
- Laboratorio sulle Onomatopée presso il centro “Germana Costa” di Genova-Granarolo
- Riflessioni sul percorso di studio
- Allegato: “Sintonia nella musicoterapia per bambini piccoli con autismo” (articolo)
- Bibliografia
- Ringraziamenti

Premesse

La formazione in MT mi ha offerto la possibilità di pormi interrogativi fondamentali sul piano etico ed applicativo nel campo della riabilitazione e di includere, nella costruzione del percorso come musicoterapista, la considerazione di questioni basilari per il trattamento delle disabilità, siano esse ascrivibili al quadro dei disturbi psicosomatici, dell'autismo o dei disturbi generalizzati dello sviluppo (DGS), quali:

- l'incidenza della storia sonora del paziente
- l'importanza delle sue pulsioni e delle sue manifestazioni più bizzarre
- l'ambiente sonoro nel quale è quotidianamente immerso e dal quale proviene
- l'incidenza dell'organismo, il suo ingresso o meno nel campo del linguaggio
- la sua capacità di produrre sonorità con la voce o tramite l'uso di oggetti e/o strumenti
- i pregiudizi su cosa il disabile pensi o voglia
- l'immagine che del disabile ha il personale sanitario
- gli obiettivi e le metodologie dell'approccio musicoterapico.

Vivere accanto alla Disabilità

Frequentare la disabilità intellettiva significa frequentare un ambito dell'umanità che a volte risulta inquietante. Ci si obbliga a riflettere su modalità 'altre' di abitare il mondo sonoro, di gestire l'ascolto e di produrre suoni, modalità 'di frontiera', così prossime a quelle che il senso comune attribuisce al registro animale – o, nel peggiore dei casi, al regno vegetale – da rischiare di indurre accostamenti impropri ed eticamente pericolosi. Penso sia frequente, trovandosi di fronte a persone profondamente danneggiate dal punto di vista cognitivo-intellettuale, di dubitare seriamente della effettiva possibilità di un'esperienza musicale soggettiva ed umana: si osserva stupefatti lo svolgersi di vite in cui nulla sembra accadere nel campo sonoro se non il ritmo ripetitivo della respirazione, i suoni dell'alimentazione e quelli dell'evacuazione. O, al contrario, l'incapacità di regolare l'eccesso, nel campo della produzione sonora o della fruizione musicale, consegnando l'individuo stesso allo strapotere di uno stato di tensione costante che non conosce limite, che ignora gli effetti di essere sottoposti a volumi sonori per i più insopportabili, e così via fino alle cosiddette pratiche di automutilazione e di autolesionismo.

È questa eccezionalità che provoca risposte estreme su chi vi passa insieme almeno sei ore al giorno. Il malessere psicologico dell'operatore è un fenomeno da considerare come inevitabile, come conseguenza ineliminabile dell'esposizione ad una 'radioattività umana' che l'handicap grave sprigiona. I fenomeni di "burn-out" negli operatori, così frequenti, si spiegano con la progressiva disaffezione da un lavoro ripetitivo, che non promette il raggiungimento di grossi traguardi, che costringe a confrontarsi con gli aspetti più deteriori dell'umanità (l'assenza di controllo sfinterico, il cattivo odore, la presenza di comportamenti autolesivi perturbanti, ecc.). L'operatore tende,

inconsapevolmente, a difendersi da questi vissuti attraverso il distacco emotivo (che assume, a volte, le forme di un vero e proprio cinismo), o, viceversa, mediante un coinvolgimento eccessivo, una sorta di con-fusione con la persona disabile (Yves Clot, “La funzione psicologica del lavoro”, ed. Carocci, Roma, 2006).

L’obiettivo di questa tesi è di dimostrare che la presenza del musicoterapista possa avere invece un valore significativo e che possieda una potenzialità trasformativa (G.Montinari , “ L’inventiva del terapeuta come fattore di terapia” dai “Quaderni italiani di Musicoterapia”, Genova, 2001) sebbene, per ovvie ragioni, il suo non possa essere considerato un intervento psicoterapeutico.

Il significato dell’azione

Nella disabilità mentale la differenza tra pensiero ed espressione, tra emozione e comunicazione, che ogni essere umano sperimenta, sparisce, si riassume in una sequela di semplici associazioni comportamentali (percuotere un oggetto, emettere vocalizzi incomprensibili) che corrispondono ad elementari azioni di ricerca o di fuga e si trasformano in stereotipia, in ripetizione seriale che diventa essa stessa uno sterile rituale compatto e immutabile (Elena Giordano, “Il senso estetico e la sofferenza psichica” dai “Quaderni italiani di Musicoterapia”, Genova, 2018).

E’ l’azione (anche) musicale che, nel suo ciclico sparire e ricomparire, mantiene l’assoluto primato sul vivente, assoggettandolo ad una reiterazione compulsiva di un comportamento dominante (G.Montinari , “ L’inventiva del terapeuta come fattore di terapia” dai “Quaderni italiani di Musicoterapia”, Genova, 2001). E’ l’azione che riassume in se’ una serie di possibili significati inespressi senza, tuttavia, che sia possibile indicarne alcuno: cosa ci dice, infatti, quel determinato soggetto quando urla gutturalmente? Che desidera un sostituto del ‘seno materno’? Che cerca un contatto con l’operatore? Che vuole semplicemente chiedere qualcosa? Essere riconosciuto come soggetto desiderante?

La vita ‘sospesa’ del disabile intellettivo, la sua quasi totale estraneità al mondo, il suo misterioso vagare in universi sonori rigidi e ripetitivi, il suo restare ai bordi di ogni relazione, tutto ciò non consente alcuna produzione di senso e porta a trascurare ogni sua produzione sonora.

Anche la disabilità intellettiva più grave può però essere trattata, può, cioè, godere dei benefici effetti dell’esposizione al significato del suono e del verso (di cui l’operatore ‘formato’ è tenuto a farsi ‘rappresentante’). La teoria a tal riguardo non nutre alcun dubbio sul potere che un intervento orientato da una riflessione consapevole possa avere nel modificare economie psichiche apparentemente congelate in condizioni di ritiro, di oppositività radicale, di negativismo assoluto. Semplici atti dell’operatore, ispirati da un’ipotesi di intervento fondata sull’accurata osservazione del caso e su una riflessione teorica, hanno forse la forza di “*intaccare o modificare*

significativamente comportamenti ritenuti immutabili, anche in persone con ritardo mentale grave, evidentemente sensibili al contatto col linguaggio del musicoterapeuta” (cit. Amalia Collisani da “Musica e Simboli”, ed. Sellerio, Palermo, 1989).

Chi lavora con il disabile deve innanzitutto saperlo riconoscere come partner, sapergli supporre una soggettività, un'intenzionalità musicale inconscia. La cosa non è per niente semplice. Il disabile è proprio colui che con tenacia dimostra di non avere alcuna soggettività. Lo dimostra in particolar modo se ci si rapporta a lui solo a partire e attraverso l'osservazione del suo comportamento. Se non si appiattisce tutto su questo piano, è invece possibile individuare le tracce della sua soggettività musicale (Winnicott sull'”Osservazione psicoanalitica in ambito clinico” dal “Manuale di Musicoterapia”, G.Manarolo, ed. Cosmopolis, Torino, 2006).

Riconoscere una soggettività

Supporre una soggettività sonoro/musicale laddove una soggettività non è ancora costituita è il compito fondamentale ad esempio che ogni Madre, inconsapevolmente, svolge quando interpreta come dotato di senso, come atto comunicativo, come gesto a lei indirizzato il pianto insignificante del proprio neonato, il suo urlo insensato. Come sappiamo, sarà proprio questa attribuzione di senso a dotare di significato quella manifestazione del neonato. Questa è la funzione determinante del musicoterapista: non solo dare al disabile l'oggetto che soddisfi il suo bisogno (un suono, una canzone, l'uso di uno strumento) ma, soprattutto, offrire la profondità di una prospettiva, la tridimensionalità di un'esperienza che solo il registro del significato musicale è in grado di garantire. Ciò che ogni madre senza sapere fa è, infatti, credere di avere davanti a se un interlocutore in grado di riconoscerla e di comprendere il suo “Baby Talking”, e non semplicemente un oggetto a cui badare (“ Le interazioni Madre-Bambino”, D.Stern, ed.Cortina, Milano, 1998 e “ Le emozioni intuitive”, Trevarthen, ed. Laterza, Roma-Bari, 1990).

Nella disabilità intellettiva questa feconda dinamica musicale, questa esperienza immaginario-speculare, risulta fortemente compromessa: tanto più, in caso di disabilità severe, laddove il soggetto tenda ad essere considerato come inerte, insensibile, sordo, indifferente alla presenza dell'altro, puro oggetto di accudimento, destinatario di una serie di azioni che hanno a che fare con la cura del corpo, con l'igiene, con l'alimentazione, con le pratiche assistenziali più disparate. Il rischio implicito in situazioni del genere è che qualunque azione musicale prodotta dalla persona disabile finisca con l'essere considerata come effetto necessario della patologia e non come un tentativo di manifestazione di una volontà, di un desiderio, di un messaggio rivolto all'altro: tipico, in questo senso, è anche il caso degli atti di aggressività, auto o etero diretti. Il comportamento sonoro viene ‘spiegato’ come conseguenza di una condizione patologica ma viene così svincolato dalla storia di quel soggetto, viene catalogato

come segno inequivocabile di una malattia, fatto rientrare ed iscritto in quadro diagnostico che non solo non gli attribuisce alcun valore, ma ne neutralizza e ne abolisce ogni spunto di originalità. Il troppo od il troppo poco della produzione musicale acceca qualsiasi possibile rinvio ad una dimensione ulteriore, esclude il significato, spinge lontano da un'esistenza che potrebbe acquisire una profondità, solo che fosse supposta.

Si tratta, allora, ogni qual volta ci si trovi di fronte ad una persona la cui gravità sembra chiudere ogni discorso, di ipotizzare che una soggettività in giacenza attenda di manifestarsi, magari in maniera rudimentale, magari in maniera embrionale o grossolana: un urlo, un silenzio protratto nel tempo, il percuotere un oggetto, uno stato di eccitazione, tutto può, se considerato come espressione di una 'coscienza' (per quanto alterata, per quanto impersonale e anonima), diventare un segno.

In fondo la debilità non è caratterizzata dall'essere fuori dalla comunicazione sonora ma dall'oscillazione tra due comunicazioni, una con e l'altra senza significato, per quanto sia indubbio che la difficoltà maggiore del disabile sia quella di fare del suono che si trova a produrre un suono proprio, soggettivato, pieno, così come di suonare in maniera da produrre un significato, un simbolo senza cadere nella trappola di farsi fedele cassa di risonanza dell'Altro ("Psicoanalisi della disabilità", intervista a Franco Lolli, www.pol.it, 2012), di "aderire" alle aspettative dell'operatore.

Il suo oscillare tra questi due poli ha, peraltro, un riscontro evidente: in un momento è nella relazione, un attimo dopo ne è già fuori. Dentro e fuori, di qua e di là, presente e assente: "*ci fa o ci è*" è la domanda che di frequente gli operatori si pongono proprio in relazione a questo tratto incomprensibile. Dobbiamo comunque tener presente che la disabilità costituisce un arcipelago psicopatologico molto vasto, dalle più leggere forme nelle quali non sono riscontrabili lesioni organiche e il soggetto è in grado di relazionarsi con il mondo in maniera sufficiente al mantenimento di una minima autonomia, alle forme più infauste, nelle quali il soggetto è completamente dipendente dall'altro. Risulta allora difficile applicare alle varie 'isole' che lo compongono un'unica tipologia di intervento musicoterapico.

Errori e pregiudizi

Spesso il modo in cui viene trattato il debole è "debilizzante", ossia alimenta la disabilità, la radicalizza, anche in virtù di una serie di preconcetti che gravano nella pratica della cura della disabilità stessa. Comincerei con quello che mi sembra il più diffuso pregiudizio: che il debole sia un 'eterno bambino', destinato a rimanere tale, un'innocente creatura scampata al destino del passare del tempo. Basta entrare in un centro ricreativo, in una RSA, in un laboratorio occupazionale, in una comunità e, molto probabilmente, si vedranno le pareti tappezzate da disegni di cartoni animati Disney, si sentiranno e si canteranno canzoni dello Zecchino d'Oro, si noteranno operatori

‘affettuosamente’ abbracciati ai disabili, ai quali si rivolgeranno con teneri appellativi (“tesoro”, “amore mio”, “bello di casa”, ecc.) non adatti, certamente, a persone di 30-40-50 anni. La tendenza ad infantilizzare il disabile intellettivo risponde a varie questioni effettivamente perturbanti: prima di tutte, la volontà (per lo più inconsapevole, ma determinata, dell’operatore) di esorcizzare la dimensione “adulta” che il passaggio attraverso l’adolescenza introduce nell’esistenza del disabile e che si impone come nuovo fattore angoscioso con cui fare i conti. Congelarlo in un’infanzia senza fine mira a scongiurare ad esempio l’affacciarsi della questione sessuale come fattore angosciante per l’Operatore (Franco Lolli, “Psicoanalisi della disabilità”, intervista, www.pol.it, 2012)

Un altro pregiudizio si trova nel credere che il disabile intellettivo, a causa del proprio deficit, sia risparmiato dal dolore e dalla sofferenza dati dalla consapevolezza della propria condizione. Si tende a pensare al ritardato mentale, quindi, come ad un soggetto beato nella sua presunta ignoranza, come se fosse rinchiuso in una bolla di ingenuità.

Tra gli errori invece sottolineerei il fatto che la pratica della cura della disabilità passi solitamente o attraverso la tensione educativa, l’addomesticamento, l’ammaestramento, anche nel campo della produzione sonora, o attraverso l’approccio scienziato alla medicalizzazione, alla sua riduzione a deficit di natura organica, alla frammentazione del paziente come insieme di parti da riparare. (“Prima della Parola”, A. Di Benedetto, ed. Angeli, Milano, 2007).

Il linguaggio del disabile

Parafrasando ancora Di Benedetto, il disabile non ha problemi di linguaggio (anche sonoro) perché ritardato dal punto di vista del pensiero ma al contrario, manifesta un deficit a livello del pensiero in quanto è danneggiato il suo rapporto con il linguaggio (anche sonoro), col simbolo che esso contiene.

Il suono poi precede la parola, che a sua volta precede il pensiero: anzi, la rappresentazione cosciente del pensiero può svilupparsi solo se e quando sia intervenuta la parola a darne un quadro simbolico, ad inquadrare e circoscrivere il concetto, ed ancor prima se e quando sia stata attivata la capacità descrittiva del suono vocale, col suo timbro, intensità, altezza, inflessione (“Le emozioni intuitive”, Trevarthen, ed. Laterza, Roma-Bari, 1990 ed “ Intorno alla Musica”, Enrico Fubini, ed. Marsilio, Venezia, 2019). Il fatto è che queste conoscenze acustiche si sono depositate fin dalla gestazione di chiunque come traccia indelebile, anche nei soggetti sordi; il punto è rivitalizzarle e renderle operative e capaci di comunicare un simbolo. Si potrebbe dire che abbia pensieri chi ha un suono per esprimerli, come che possa fare un discorso solo chi possieda un linguaggio. E si potrebbe dire che da questa asserzione derivi la tesi che anche nelle disabilità gravi si possa coltivare la capacità di espressione: sono “ *la parola ed il suono il fondamento della coscienza e non il contrario*” (cit. “L’equilibratura delle Strutture Cognitive: problema centrale dello sviluppo”, J. Piaget, ed. Boringheri, Torino, 1981)

Ma mentre la parola ritaglia l'emozione, la rammenta senza descriverla, il suono ha la capacità di figurarla, di rappresentarla. *Il suono viene prima dell'esistenza dell'emozione o del concetto, lo estrae dall'indeterminato e lo isola come pensabile* (cit. Trevarthen dal "Manuale di Musicoterapia", G.Manarolo, ed. Cosmopolis, Torino, 2006). Bisogna tener conto di questa assoluta priorità del suono quando si intende affrontare il grande problema dei disordini del linguaggio che riscontriamo nelle disabilità intellettive.

Un grosso errore sarebbe di concepire in maniera invertita il rapporto tra la parola/sonno e il pensiero, ritenendo che la povertà linguistica della persona ritardata sia conseguenza del suo deficit intellettivo: tale impostazione ignora il fatto che è la difficoltà nel saperci fare con il linguaggio (e dunque di muoversi agilmente con la parola/sonno) a determinare effetti sul piano intellettivo.

Il fenomeno che ne risulta è quello del danno cognitivo che, peraltro, va distinto dal deficit intellettivo: se, infatti, sul piano del danno cognitivo si situa la mancata acquisizione dei concetti di base della produzione sonoro/vocale (altezza, intensità, timbro, ecc), il deficit intellettivo rappresenta la difficoltà di organizzare gli apprendimenti in funzione di un progetto, di una finalità, di un desiderio. Ciò che in effetti riscontriamo è che un soggetto disabile possa organizzare, con quel poco di cognitivo che ha a disposizione, azioni varie (come un cuoco esperto riesce, con i pochi ingredienti che la dispensa gli fornisce, a preparare ottimi piatti) ma che il senso di tutto ciò sfugga ai più ed a lui in primis. Così vedremo un disabile suonare, cioè organizzare le poche competenze che possiede in una sequenza sonora, senza però un significato. Il vero rinforzo deve essere dato quindi sul piano cognitivo, sulla simbologia del suono, sul linguaggio, come la madre restituisce al bimbo col baby talk il senso dei suoi stessi vocalizzi. Non si tratta perciò di bombardarlo sensorialmente, col rischio di asfissiarlo, ma di trasmettere un significato alla sua produzione sonora. Si tratta di inserirlo in un gioco di scambio di significati sonori rispettando i suoi limiti, scendendo al suo livello sonoro, facendosi specchio in cui il disabile possa leggere un significato.

Danno organico ed auto-esclusione

Ci sono disabilità intellettive lievi e medio-lievi nelle quali poi non è riscontrabile alcun danno organico e che, di conseguenza, pongono una questione: come si sono generate? Il fatto che un'insufficienza mentale possa svilupparsi come risposta ad una problematica del rapporto con l'Ambiente, come sintomo, come difesa, come protezione rispetto a qualcosa che, evidentemente, fa paura, è quantomeno allarmante. Ne è un caso emblematico quello di Mauro B., di cui parlerò nella mia esperienza come tirocinante presso il centro "Nucci Novi Ceppellini" di Genova. Il fenomeno dell'inibizione intellettiva che osserviamo in Mauro va ad esempio compreso come una sua reazione sia ad un ambiente di Pari che lo emargina o lo strumentalizza, sia più a monte ad un ambito familiare che ha da subito reagito al suo disagio escludendolo dal Discorso. Di fronte all'incapacità di attribuirsi un posto stabile nel mondo,

Mauro ci mostra la possibilità che un soggetto, pur di non sapere ciò che lo angoscerebbe, ciò che metterebbe a repentaglio la sua esistenza, rifiuta il “sapere” tout court. Getta, cioè, “*con l’acqua sporca anche il bambino*” (cit. L. Angelini, D. Bertani, “Giovani uguali e diversi: il lavoro degli psicologi con gli adolescenti disabili”, ed. Psiconline, Chieti, 2010)

Quella che però rappresenta una condizione frequente è data dall’incrocio dei due fattori, dalla simultaneità della loro azione, dalla reciproca interazione tra l’eventuale lesione cerebrale e l’eventuale ‘lesione’ del rapporto col prossimo: occorre considerare, infatti, che la consapevolezza dell’handicap del proprio figlio incide, assai spesso e in profondità, il legame genitori/figli, ne perturba il suo fondamento e può generare reazioni emotive di rifiuto e di odio. “*La statistica sostiene a questo riguardo che il danno maggiore che si riscontra nei casi di ritardo intellettivo, non sia a carico della patologia organica (disabilità primaria) ma sia l’effetto dell’alterazione della relazione genitori-bambino (disabilità secondaria) nella quale quest’ultimo sia cosciente dell’angoscia dell’adulto causata dalla propria patologia*” (cit. Pierluigi De Pascalis, dal blog “Disabili-Abili” nell’articolo “La famiglia del disabile”, 28 agosto 2016)

CONCLUSIONI

L’idea di Freud è che i casi di disabilità intellettiva grave ci possano indicare qualcosa dell’origine, di quel tempo che anticipa per ogni essere umano la costituzione di una soggettività (Freud, “Progetto di una Psicologia”, ed. Bollati-Boringheri, Torino, 1976). La disabilità intellettiva grave solleva la questione problematica del processo di umanizzazione del vivente, che avviene solo dopo l’uscita dal “Paradiso perduto” del grembo materno (da “Culla di Note”, Emilia Cerri, ed. Cosmopolis, Torino, 2015) e con l’ingresso nel linguaggio, cioè nel mondo relazionale; e solo dopo , dice ancora Freud, che la mente abbia operato la fusione tra affetto, pensiero inconscio (associativo-sensoriale) e pensiero logico-linguistico.

E’ qui che entra in gioco la specificità del linguaggio musicale, l’unico capace di aderire alle molteplici sfumature del linguaggio emozionale; l’unico capace, nei casi di disabilità grave, di operare quella sintonizzazione sull’Altro che è la premessa di ogni reazione empatica affettiva, l’unico che possa dare concretezza alla vita mentale del disabile. Usare il fono-simbolismo significa accedere al suo livello pre-linguistico, poter fondare la base di una comunicazione e dare una cornice di senso alla vita del disabile, sempre che si tratti di una “*sintonizzazione affettiva vera e non simulata*” (cit. Pier Luigi Postacchini, “In viaggio attraverso la Musicoterapia”, ed. Cosmopolis, Torino, 2006).

Significa in conclusione, citando Lorenzetti (da "Musicoterapia Critica - Suono e Comunicazione", ed. Unicopli, Milano, 2010), di entrare in un ottica di intervento ecologico, centrato sulla relazione, valorizzando le parti sane e creative di ciascun individuo.

**Tirocinio presso il centro “Nucci Novi Ceppellini” di Genova monitorato da Andrea Masotti
Equipe composta da Veronica Sodini, Michele Lippi., Carolina Piola e Manuel Aiachini
Inverno 2018 – Autunno 2019**

CARATTERISTICHE DEL SETTING

Uno spazio-palestra ampio, usato solitamente per la fisioterapia, isolato dal resto della struttura da una porta di comunicazione, dotato di alcune finestre che danno su di un ingresso pedonale poco frequentato. Sono presenti i macchinari e gli attrezzi utili alla rieducazione motoria, strumenti musicali a percussione, due chitarre, un amplificatore con microfono, un diffusore wi-fi, un grande specchio laterale, un vasca di gommapiuma riempita di palle di plastica ed un lettino. Locale dalla buona acustica. Il gruppo di degenti, molti con grave deficit motorio, è disposto a semicerchio. Generalmente ciascuno occupa sempre la stessa posizione ed i musicoterapisti si spostano a seconda delle esigenze. I pazienti sono divisi in tre gruppi.

- Il primo gruppo è composto da individui di ambo i sessi fortemente compromessi sul piano fisico e cognitivo che necessitano, pur all'interno di un setting collettivo, di un trattamento individuale; gli operatori interagiscono a rotazione e singolarmente con ciascuno dei pazienti, dopo averne valutato sia lo stato psico-fisico al momento dell'ingresso nella stanza di Musicoterapia, sia le reazioni al trattamento operato dal collega che li ha preceduti. Lo scopo è quello di instaurare prima un contatto visivo col paziente, poi di destarne l'attenzione sia tramite stimolazioni sonoro-coreutiche sia mediante un contatto fisico non invasivo (seguendo le indicazioni del fisioterapista di riferimento) e per ultimo di innescare un dialogo sonoro-musicale. Il fatto poi che i vari trattamenti individuali si svolgano all'interno di uno spazio comune, introduce la variabile non secondaria della creazione di un ambiente sonoro comune che sensibilizza e condiziona sia i pazienti che i terapisti, una sorta di terzo attore tra il binomio terapeutico che costituisce come una “matrice collettiva” della seduta ed al quale spesso gli operatori si agganciano per le loro improvvisazioni. Gli incontri, col consenso dei genitori dei pazienti, vengono registrati in audio-video ed i risultati ottenuti sono materia di discussione in fase di Monitoraggio con Andrea Masotti per cui, pur essendo l'approccio prettamente improvvisativo, ogni seduta risente del lavoro e dell'elaborazione svolta a monte.

- Il secondo ed il terzo gruppo sono costituiti da pazienti adulti di ambo i sessi diversamente compromessi sul piano fisico e cognitivo ma generalmente in grado di interagire con i terapeuti e di sviluppare una coscienza di “inclusione” in un insieme di persone. Ciò non significa che alcuni non abbiano sviluppato comportamenti oppositivi al senso di gruppo ed al lavoro di insieme proposto ma che, comunque, anche e forse soprattutto in questi casi, che il senso di essere inseriti in un lavoro collettivo sia stata maturata. A differenza del primo gruppo, in questi due casi si è lavorato sulla richiesta di un ascolto musicale dove ciascuno, a turno, indicava un brano musicale da sentire tramite la piattaforma di Youtube ed un diffusore audio. Alla fine della canzone veniva richiesta una

restituzione verbale (in primis a colui che aveva scelto il brano). Si è qui lavorato sulla creazione di una matrice collettiva e sulle dinamiche positive che si potevano sviluppare dall'interazione nel gruppo dei pari. A richiesta veniva messo a disposizione un microfono ed un piccolo amplificatore per poter cantare la canzone con un volume adeguato ad essere udito dal collettivo e per sottolineare la priorità del turno di ciascuno. Alcuni pazienti del secondo gruppo proseguivano di propria sponte a ruota l'attività anche all'interno del gruppo successivo.

ndr: per chiarezza di esposizione, in questa tesi:

1) ogni gruppo verrà descritto nuovamente in fase di presentazione;

2) il secondo ed il terzo gruppo, vista la similitudine del lavoro svolto, verranno trattati assieme;

3) verranno riportate alcune schede inerenti i singoli pazienti, tratte da quei colloqui che siamo riusciti ad ottenere coi familiari

1) Il primo gruppo: Renzo, Iris, Giada e Mario

Pazienti gravissimi, non autosufficienti, tutti non deambulanti ad eccezione di Roberto che comunque necessita di un accompagnatore e che durante gli incontri non abbandona la propria sedia. Solo Giada e Renzo, occasionalmente, esprimono versi e vocalizzi inarticolati; gli altri sono muti. L'uso della vista è compromesso per alcuni di loro.

Metodologie e finalità operative

Il lavoro individuale su ogni singolo paziente si è suddiviso in una fase di osservazione passiva in cui venivano lasciati vari strumenti a disposizione degli utenti e gli operatori non intervenivano (non si relazionavano) coi pazienti ed in una fase attiva in cui ogni disabile riceveva individualmente l'attenzione del musicoterapista al fine di instaurare una comunicazione affettiva ed un dialogo sonoro teso a svilupparne le potenzialità.. Gli incontri erano di 45 minuti ciascuno e venivano registrati per realizzare una documentazione audio di repertorio.

La storia di Giada

Giada ha 29 anni nasce nello stato del Brasile del Sud ed immediatamente viene abbandonata presso un istituto religioso. Dopo un breve periodo presso una famiglia locale affidataria, a poche settimane di vita viene adottata dai genitori e sottoposta ad una visita pediatrica in Brasile che non rileva nessuna anomalia. Anzi, fu allora sottoposta ai normali esami esperienziali di equilibrio, direzionalità dello sguardo ecc. col risultato che reagiva bene. Tornata in Italia viene visitata da un pediatra del Gaslini che rileva solamente una certa staticità. A 6 mesi di vita i genitori notano una curva sospetta della schiena e la sottopongono a un trattamento di fisioterapia; in una visita successiva, su pressione del padre allarmato dalla sua mancanza di reattività, il pediatra ammette una sospetta

encefalopatia, pur in mancanza di dismorfie gravi. Comunque non riesce mai a gattonare e durante una vacanza in Sardegna manifesta alcune episodi di probabile *piccolo male*.

I medici hanno sempre sospeso il giudizio sullo stato psicofisico di Giada vista la precoce età, anche per aspettare di vedere gli sviluppi nelle fasi successive della crescita. Ciò comunque non costituisce per i genitori una recriminazione grave.

Dicono che Giada risenta molto degli sbalzi ormonali e di non farsi scoraggiare dagli insuccessi che potrebbero avvenire nel canale comunicativo.

Fin dalla tenera età Giada ha ascoltato molta musica, un po' le canzoni della mamma (Queen e Jovanotti), un po' le canzoni dello Zecchino d' Oro registrate dalle maestre; una soprattutto ("Issa la vela"), con una storia di un pesciolino d'oro, aveva un effetto taumaturgico e quando Giada aveva la febbre alta la faceva smettere di piangere; un'altra simile era una canzone di Bennato, "Il rock di Capitano Uncino".

I genitori molto amorevoli ed accorti, nonchè presenti, sono sempre stati attenti nell' esplorare *il suo spazio tra il limite e la possibilità*.

Il padre afferma che Giada ha grandi spazi di attivazione se riconosce nel suo interlocutore una sponda affettiva. Un'altra esperienza attivante fu il contatto delle sue guance con la bocca della logopedista che cantava canzoncine e pronunciava suoni. Non si capisce se Giada comprenda le parole ma sicuramente reagisce al tono della voce; è importante conquistarne lo sguardo, dopodiché Giada si apre affettivamente.

Nasce nell'anno della "Lambada" ed è presumibile che in gravidanza la madre biologica avesse ascoltato molto di quel tipo di musica tanto che il padre intelligentemente si procurò una cassetta audio di quel periodo e gliela fece ascoltare ripetutamente.

La storia di Iris

Iris nasce nel 1986; a 2 mesi i genitori la portano in ospedale dove le diagnosticano una idrocefalia unita ad un angioma intracranico congenito (non genetico). L'intervento operatorio avviene a 5 mesi di età, salvandole la vita ma causando un'area necrotizzata nel cervello, causa della sua patologia odierna

I genitori lo portano negli Stati Uniti dove viene applicato con discreti risultati il metodo *Doman*.

Iris soffre di disfagia e non ha alcuna autonomia; ciononostante i genitori la descrivono come sempre allegra, risponde molto bene agli stimoli acustici e tattili. Viene sottoposta al PEV (potenziali visivi evocati) che da come responso la cecità, per quanto Iris riesca a vedere il susseguirsi di luci ed ombre. Ha una grande predilezione per la musica; i genitori appassionati di lirica hanno sempre ascoltato molta musica classica, Mozart su tutti.

Iris è spastica, non usa le mani ma adora essere toccata e reagisce molto bene al Baby Talk anche applicato alla melodie; riconosce il suo nome e il suo soprannome datole in America che è Pixy.

Viene inserita prima al Cem, poi all'istituto David Chiossone di Genova per vedere cosa si potesse recuperare della poca vista; li operano due terapisti, una musicista che alterna suoni bassi e alti ed una dottoressa davanti a lei che in corrispondenza abbassa ed alza un oggetto di riferimento. Era questo un trattamento di Musicoterapia fortemente ispirato alla Musicoterapia Umanistica di Giulia Cremaschi, incentrata sull'ascolto della musica o, particolarmente per i non-udenti, sulla risonanza corporea provocata dalle onde sonore come regolatrici del ritmo cardiaco e della respirazione, come propedeutiche al rilassamento, alla coordinazione del movimento, all'organizzazione spazio-temporale e benefiche per l'umore, perchè, sempre secondo la Cremaschi "*la musica è tempo che si diffonde nello spazio*" (cit. Giulia Cremaschi "Musicoterapia arte della comunicazione", Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 1996) Lo stesso lavoro (ma con musica stereo diffusa nell'ambiente) viene fatto con lei a terra abbassando e sollevando un lenzuolo, detto *il telo mammane*, in corrispondenza dell'abbassarsi o dell'alzarsi dell'altezza della musica; questo lavoro viene fatto all'età di 10-12 anni. Un'altra strategia era di stenderla sopra il piano a coda e vedere le sue reazioni tattili percependo le vibrazioni dello strumento oltre che ascoltando la musica.

Non viene per ora (pur essendo disfagica) sottoposta a Peg; è capacissima a reagire agli stimoli esterni quali i suoni della natura; tiene la testa a sinistra dove è più lesa anche nel corpo, per cui i genitori spesso la stimolano a destra per farle modificare la postura.

E' molto attratta dall' armonica a bocca suonata amatorialmente dal padre.

Entrambi i genitori sono sempre stati molto presenti anche in struttura ed attenti alle dinamiche relazionali di Iris, in particolare del suo rapporto con Giada, con la quale spesso la sera instaura un dialogo sonoro.

2) Il secondo gruppo: Flavio, Andrea, Mauro, Mirco, Angela, Dino, Christian

Pazienti gravi che riescono a verbalizzare con differenti possibilità, alcuni deambulanti. Tutti possiedono l'uso della vista e dell'udito.

Metodologie e finalità operative

Attraverso l'ascolto comune delle musiche richieste da ciascuno, seguendo un giro pre-ordinato o chiedendo di volta in volta quali modalità adoperare, si cerca di instaurare uno spirito di gruppo al fine di sfruttarne le dinamiche benefiche. Ad esempio un pz. potrà confrontarsi con gli eventuali progressi di inserimento e relazione degli altri ed autorizzarsi a nutrire la speranza che avvengano anche nel suo caso; oppure il riconoscimento, naturale e non indotto dai terapeuti, di un probabile leader potrà smorzare i contrasti tra i componenti del gruppo e facilitarne la conoscenza e lo scambio emotivo, così come lo spirito di cameratismo potrà essere esportato al di fuori della stanza di MT evitando l'isolamento individuale ai quali i degenti sono spesso esposti.

La storia di Dino

Dino 47 anni. E' nato con parto naturale nell'agosto del 1972 a Genova; il papà recrimina ancora oggi per la scarsità di personale in quel periodo di ferie che portò a non dare il giusto peso ad una crisi cianotica accusata subito dopo la nascita, dovuta ad un eccesso di globuli rossi trasferiti dalla mamma al nascituro, che portò ad un danno cerebrale permanente.

Il papà sottolinea che all'epoca, con un pizzico di accuratezza in più da parte del personale sanitario, sarebbe bastato un banale salasso per risolvere il problema.

Al settimo mese di età Dino mostra i primi gravi segni cerebrali e comincia il suo lungo iter di esami e terapie riabilitative; all'età di 9 anni il bambino diventa disfagico.

Nonostante tutte le sue problematiche Dino comunque riesce a frequentare l'asilo e le elementari, scuola quest'ultima nella quale impara a leggere ed a scrivere a macchina.

L'uso del linguaggio raggiunge il picco verso il dodicesimo anno di età per poi andarsi gradualmente a spegnere, per quanto tutt'ora Dino nell'ambito familiare voglia e riesca ad esprimersi in maniera comprensibile.

Dino frequenta le medie e poi due anni di istituto professionale.

Dal punto di vista motorio Dino mostra fino al quindicesimo anno di età uno sviluppo compromesso ma non grave per cui riusciva ad andare su una bici adattata e faceva anche molta piscina.

All'età di 5 anni nasce il suo fratello minore col quale ha tuttora un ottimo rapporto e che ha sempre coltivato la passione e lo studio della musica (in particolare della viola) anche a livello di conservatorio.

Dino ha sempre mostrato interesse per l'ascolto musicale sia in televisione che sul computer per quanto non sia mai

stato particolarmente attratto dalla pratica sugli strumenti.

Attualmente riesce a suonare un po' la tastiera, canta dimostrando una buona conoscenza delle strutture del brano e si sa inserire in contesti di gruppo musicali.

I gusti di Dino, ugualmente a quelli dei genitori, vertono sugli autori italiani più o meno contemporanei quali Nek, Laura Pausini, Eros Ramazzotti ed Antonello Venditti .

Da un punto di vista uditivo Dino sente bene; riesce tuttora a leggere con l'ingranditore, ha un ottimo carattere, è un ragazzo solare che ama la socialità ed il centro diurno dal quale è seguito. Ha un ottimo senso dell'umorismo e ride sempre, per quanto sia caratterialmente timido ed in un contesto di gruppo si tenga tendenzialmente in disparte e cerchi di assecondare l'umore del gruppo per potersi inserire in esso con più facilità.

Dino riesce persino a giocare a carte col papà, "dialoga" molto di più con la mamma e riesce a battere il tempo insieme alla musica.

Tra le varie terapie ha fatto anche "ippo-terapia".

I genitori sono sempre stati molto presenti ed attenti e la madre ha sicuramente trasferito in lui il suo carattere positivo e propositivo.

La storia di Mauro

Mauro nasce nel 1991 in Brasile; viene adottato dai genitori, residenti nell'entroterra genovese, all'età di 6 mesi. In Brasile non viene rilevata alcuna patologia che invece esplose immediatamente arrivato in Italia con la diagnosi di tetraparesi spastica distorta con ritardo psicomotorio; viene subito affidato al Cem ed al Gaslini di Genova. La mamma comunque non ha mai voluto approfondire la diagnosi (con sospetto di autismo). Mauro frequenta tutto il percorso scolastico fino alla scuola di ragioneria; ha sempre avuto ottimi rapporti sia affettivi che dialettici col personale scolastico, bidelle e maestre, delle quali amava ascoltare le storie.

Attualmente è residenziale in struttura.

Muove in maniera compulsiva la testa sia per noia che per contentezza.

I genitori, in tenera età, su consiglio degli psicologi, gli hanno sempre fatto ascoltare musica classica. Mauro cresce sviluppando poi un autonomo interesse per tutta la musica e per gli spettacoli di teatro e concertistici in generale, chiedendo spesso ai genitori di uscire per assistere a tutte le rappresentazioni che lo interessano e coinvolgendoli praticamente tutti i fine settimana dell'anno.

Fin da bambino ha chiesto di essere portato ad assistere alle Opera rappresentate al teatro Carlo Felice di Genova ed autonomamente ha chiesto di collezionare i fascicoli delle opere più famose che uscivano in edicola.

Ha poi continuato autonomamente a coltivare questa sua passione comprando CD, cassette, VHS di vari generi musicali e seguendo i programmi televisivi dedicati alla musica.

Gestisce facilmente la tastiera del computer per la ricerca su YouTube dei suoi brani preferiti. Conosce la sua storia, sa di essere brasiliano di San Paolo ma non ha mai approfondito questo argomento.

Mauro è molto interessato alle persone ed alla loro storia; associa molto facilmente e con grande memoria i fatti della sua vita alle persone con le quali ha avuto contatto e delle quali si interessa assiduamente.

E' da sempre molto coinvolto nelle relazioni interpersonali e sviluppa una grande carica affettiva nei confronti delle persone che per questioni anche solo sanitarie vengono in contatto con lui e che da lui si fanno ben volere .

3) Il terzo gruppo: Christian, Flavio, Clara, Mirco, Boris

Christian, Flavio e Mirco provengono dal secondo gruppo mentre Clara e Boris appartengono solo a questo gruppo. Clara non deambula ma possiede l'uso di vista ed udito e verbalizza con difficoltà. Boris deambula con accompagnamento, possiede l'uso della vista, non verbalizza e probabilmente ha l'udito compromesso.

Metodologie e finalità operative

Il lavoro, similmente al secondo gruppo, si basa sull'ascolto di musiche proposte dagli utenti con modalità ogni volta differenti indotte dagli operatori per sviluppare l'identità grupale e beneficiare delle dinamiche che si potrebbero sviluppare da una relazione comune e condivisa. In più si è deciso di affiancare a tale modalità operativa il lavoro individuale con Boris e Clara. Gli incontri sono stati di 45 minuti ciascuno.

La storia di Boris

Boris nasce nel 1971, secondogenito di Antonio.

Il suo vero nome è Pietro ma la mamma quando lo aveva in grembo era solita chiamarlo Boris collegandosi al nome del padre che in effetti si chiama Boris; quando all'anagrafe gli impedirono di chiamarlo così i genitori scesero il nome di Pietro per ragioni non precisate.

Boris nasce prematuro con parto naturale ed al sesto giorno dalla nascita evidenzia un ittero che il padre dice “*non riconosciuto*” dall'Ospedale; in questa maniera il padre implicitamente addossa la responsabilità delle sue problematiche all'equipe medica che tra l'altro era la stessa che aveva fatto nascere il primogenito Antonio. Si trattava quindi dello stesso medico, dello stesso anestesista e delle stesse ostetriche ed i genitori si fidavano completamente della loro competenza.

Nella sua storia Boris è sempre stato seguito dalle varie strutture mediche e scolastiche disponibili nel territorio della alta Val Polcevera di Genova e grazie anche alle leggi vigenti all'epoca ha usufruito di un inserimento tra i pari età normodotati sia all'asilo che alle elementari che alle medie, frequentando fra l'altro anche le colonie estive. Anche il fratello Antonio per un certo periodo lo ha accettato come compagno di giochi e così i pari di Antonio. Ha anche usufruito più volte di un sostegno musicoterapico, in particolare da Davide Ferrari, musicoterapeuta specializzato in Oncologia e Cure Palliative.

La probabile sordità di Boris è stata causata sia dal primo ittero che dal secondo manifestatosi in seguito ed i genitori non sanno precisamente se Boris sia effettivamente sordo o no. A tal proposito il padre riporta la seguente frase dei medici otorinolaringoiatrici che l'hanno avuto in cura: “*Boris sente quello che vuole sentire*”, suggerendo implicitamente una certa trasandatezza professionale degli operatori.

Fu proposto a Boris un test dell'apparato auditivo ma questo esame all'epoca era troppo invasivo per cui i genitori in accordo con i medici decisero di non effettuarlo. Rimangono oscure le ragioni per cui oggi non si indaghi più

approfonditamente il problema. I genitori stessi sull'argomento sono abbastanza vaghi, per quanto affermino che forse Boris senta il campanello della porta.

Per quanto riguarda la vista, a Boris è stata diagnosticata una tetraparesi spastica che gli condiziona la vista per cui egli per mettere a fuoco deve muovere la testa.

I genitori dicono che Boris abbia molti interessi ma che debba essere sollecitato perché “pigro” e che abbia una forte memoria, tanto è vero che se gli si offre il giornale già letto da lui il giorno prima, Boris lo strappa senza esitazione. Ugualmente ricorda perfettamente la disposizione dei mobili nelle stanze e degli oggetti e sa precisamente tutti i posti dove questi ultimi siano riposti.

Per aiutarne la deambulazione i genitori seguirono il metodo americano “Doman”, spingendolo ad assumere spesso una posizione non supina ma prona; il risultato fu che all'età di 3 anni iniziò a gattonare ed in seguito ad alzarsi da solo, cosa che riesce tuttora a fare, anche con veemenza, se attratto da qualche oggetto.

Per quanto riguarda la nutrizione, e prima che gli venisse riconosciuta una grave disfagia, Boris ha sempre mangiato anche se ogni tanto i genitori pensavano che il cibo gli andasse di traverso e si fermavano dall'agevolarlo ad inghiottire. Boris non è stato comunque mai allattato perché non riesce ad attuare una suzione corretta dei liquidi.

Su nostra richiesta di riportarci gli ascolti effettuati dalla famiglia fin dalla tenera età di Boris, i genitori dicono di non aver mai ascoltato musica specifica anzi di non essere particolarmente interessati alla musica e di aver ascoltato sempre la radio senza un interesse particolare.

Riportano di avere invece sempre guardato la televisione lasciandola spesso accesa senza una ragione particolare, tanto che Boris nei momenti in cui la televisione era spenta chiedeva spesso di accenderla col movimento della mano destra (Boris è destro, probabilmente perché l'uso della parte sinistra del corpo è stata preclusa dalla malattia); le trasmissioni che sembra apprezzare di più sono le trasmissioni sportive ed in particolare il ciclismo.

Facciamo notare ai genitori che le radiocronache del ciclismo sono sempre fatte con una voce costante monotona e tranquilla, cosa particolare rispetto alle altre cronache sportive, spesso cariche di enfasi.

I genitori riportano, a conferma di questa predilezione acustica di Boris, il fatto che lui amasse guardare per ore dalla finestra le macchine passare sull'autostrada.

A casa non tollera il disordine ed a volte si alza di scatto per spostare gli oggetti e per metterli nel loro corretto posto; quindi si deduce che veda bene, che memorizzi e che sia in grado di muoversi autonomamente, per quanto nella quotidianità sia sempre necessaria una persona di sostegno.

Tra i suoi giochi preferiti va segnalato il gioco dei Lego che però gli fu parzialmente precluso visto la sua abitudine di ingerire gli oggetti, ed i puzzle ad incastro che lui agisce in maniera corretta e con una certa maestria; in questo i genitori implicitamente ammettono di pensare che possa vedere discretamente.

Dal punto di vista affettivo i genitori di Boris dichiarano di essere sempre stati presenti e molto amorevoli. Alla mia domanda se sopporti o meno il contatto fisico, riportano che ami molto le coccole, e che era pratica consueta da parte della madre, in particolare nei lunghi mesi in cui B. scambiò il giorno con la notte, di farlo addormentare tenendoselo vicino nel letto ed accarezzandolo (pratica che non predilige essere fatta dal padre).

Nove incontri col primo gruppo: Renzo, Iris, Mario, Giada

Primo incontro

- 1) Renzo in assenza di suoni esterni mostra disagio tramite versi
- 2) Basta lo schiocco delle nostra dita per fermare i versi e mostra divertimento
- 3) Gli proponiamo un pattern ritmico sui bonghi poi lo interrompiamo
- 4) Reagisce al silenzio proponendo lui una figura percussiva che noi riprendiamo. Ad ogni nostra interruzione lui reagisce di nuovo ri-proponendo la stessa figura ritmica che noi riprendiamo per poi fermarci, e così via moltissime volte

Mario, Giada ed Iris non partecipano perché in dormiveglia, ad eccezione di Giada che in due occasioni emette un gridolino a salire, mai fatto prima nelle sedute precedenti (a detta di Veronica) ed identico in entrambi i casi

Secondo incontro

In questo incontro anche Iris, Giada e Mario (oltre a Renzo che era partecipante già durante la sessione precedente) si mostrano attivi. Decidiamo di non condizionare l'espressione dei ragazzi ma di assecondarla rispondendo con strumenti diversi da quelli da loro scelti (che in genere sono le percussioni e la voce). Il risultato, casuale o no (questo è da appurare secondo me) è che i ragazzi si esprimono per alcuni minuti. Sembra comunque che la migliore risposta si sia avuta quando Veronica ha cominciato ad usare la voce intonando vocalizzi prolungati a bassa intensità e con un'altezza intorno al sol del secondo rigo del pentagramma.

Terzo incontro

Renzo risponde adeguatamente agli stimoli sonori mostrandosi come in precedenza sensibile alle percussioni e dotato di una certa capacità di riprodurre semplici ritmiche. Sollecitato da Michele Lippi usa anche i piedi per rispondere ritmicamente ad una uguale sollecitazione. Giada si dimostra come in precedenza sensibile alle sollecitazioni vocali, per quanto non abbiamo ancora trovato un timbro vocale e/o degli intervalli di altezza che la stimolino maggiormente. Rifiuta il contatto delle mani, a differenza di Renzo che al contatto delle mani, accompagnato da vocalizzi sul registro grave, cessa immediatamente la frenesia ritmica che lo caratterizza ed, anzi, rimane in ascolto come interessato per tutto il tempo in cui la situazione descritta permane. Mario, su sollecitazione di Veronica e Carolina, scuote un ovetto senza però una logica apparente che non sia quella di una ripetizione compulsiva.

Quarto incontro

Oggi la mia attenzione si è focalizzata su Mario. La postura che ho dovuto adottare mi ha impedito di osservare l'attività generale dei miei colleghi con gli altri utenti, per cui parlerò esclusivamente di Mario.

Su proposta dei miei colleghi Mario è stato accompagnato in palestra senza il suo orsetto "Tigro" con l'idea già sperimentata con successo in precedenza da Veronica di sostituirlo con un ovetto per sfruttare musicalmente il suo movimento stereotipato e ripetitivo fatto col braccio sinistro.

Dopo una breve manciata di minuti in cui l'idea ha funzionato, l'ovetto è caduto ed io ne ho approfittato per sperimentare una modalità nuova. Ho preso tra le mie mani la sua mano sx ed ho iniziato ad accarezzargliela, cantandogli varie melodie molto elementari. Questo ha portato all'interruzione del movimento stereotipato di lui tipico. Mario si è, a mio parere, in qualche modo rilassato e per la prima volta, complice anche la vicinanza tra i nostri volti, ha incrociato più volte il mio sguardo borbottando persino qualcosa, emettendo alcuni suoni con la voce. Successivamente ho portato la sua mano al mio volto facendomi con essa alcune carezze. Ogni volta che interrompevo questa azione e liberavo la sua mano dalla mia, autonomamente, la portava al mio volto riproducendo le stesse carezze, comunque cercando il contatto con le mie guance e col mio naso (complice anche la prominenza di quest'ultimo). Ho successivamente modificato il ritmo della melodia, come il timbro, l'altezza e la tonalità ma senza modificazioni evidenti nel suo comportamento.. Sono rimasto colpito dalla dolcezza del suo sguardo.

Nel frattempo, complice forse un ritmo samba impostato da Michele, Giada si sveglia dal torpore, sorride ripetutamente ed interagisce con la voce.

Quinto incontro

Oggi nel primo gruppo è da segnalare secondo me la ripetuta attenzione/attivazione di Giada ogni qualvolta Michele eseguiva cantando con la chitarra dei ritmi e delle melodie che richiamavano gli standards bossa nova (cosa che non accadeva con la musica reggae).

Sesto incontro

Riprendo la chitarra e mi avvicino a Giada con l'intento di proporle dei ritmi brasiliani. Giada è particolarmente assopita ma come inizio ad eseguire l'accompagnamento e la melodia di "Sina", uno standard brasiliano poi ripreso dai Manhattan Transfert, Giada si anima e risponde col sorriso sgranando gli occhi e con diverse vocalizzazioni. C'è da dire che il ritmo è particolarmente dolce e allegro; ugualmente Giada si era attivata nelle sedute precedenti con ritmi brasiliani di questo genere. Successivamente eseguo "Mas Que Nada", altro standard brasiliano, ma con un ritmo molto più aggressivo e più duro, abbastanza vicino al Rock, cosa che già Giada in precedenza negli incontri precedenti aveva manifestato non recepire ed infatti non si attiva, anzi si assopisce. Per controprova riprendo "Sina"

e Giada si riattiva con le stesse modalità precedenti.

Renzo viene intrattenuto con la chitarra da Veronica e dimostra molto interesse; posa le mani sulla tastiera come stupito e meravigliato e costantemente si avvicina al volto di Veronica guardandola con un certo interesse e stupore e liberandosi completamente di tutti i suoi tic, in particolare del movimento percussivo dei denti.

Settimo incontro

Rileviamo la consueta reattività di Giada alla musica, in particolare all'esecuzione della canzoncina "Il pesciolino" da lei sentita ripetutamente durante tutta l'infanzia; eseguiamo la canzone con l'accompagnamento della chitarra, alternando il canto con la voce al fischiello. Anche Iris oggi risulta particolarmente reattiva sia alla musica suonata sia al suono dell'armonica a bocca; reagisce tenendo viva l'attenzione e seguendoci con lo sguardo anche verso il suo lato destro, che è il suo lato meno attivato.

Ottavo incontro

Mario, dietro mia sollecitazione (che appoggio la chitarra su di un piano a lui vicino e la suono con accordi sospesi) abbandona il consueto movimento compulsivo della mano sinistra percuotendo ripetutamente la cassa dello strumento e poggiando diverse volte le dita della mano aperta sulle corde come per esplorare lo strumento. A fine seduta Mario mostrerà a tutti noi un'espressione fatta di gioia e contentezza ed incrocierà il nostro sguardo con serenità e vitalità mai vista prima.

Carolina propone a Renzo delle melodie ed inaspettatamente per la prima volta lui abbandona i suoi suoni gutturali per intonare alcune note.

Michele propone a Giada con la chitarra una melodia brasiliana e lei risponde con il consueto entusiasmo; poi Michele abbandona lo strumento e propone un brano Jazz di Bobby McFerrin eseguendolo solo con la voce; Giada risponde ugualmente con intensità e gioia.

Nono incontro

Mario esplora con la mano sx la tastiera e le corde della chitarra (posta da me su di un piano di fronte a lui). Renzo dialoga con Veronica sulle percussioni (bonghi e tamburello) ripetendo con regolarità le figure ritmiche da lei proposte. Giada reagisce positivamente come di consueto alle melodie brasiliane proposte da Michele. Iris si attiva col dondolio della carrozzella accompagnata dalle cantilene di Carolina.

CONCLUSIONI

Il lavoro musicoterapico svolto coi pazienti in un rapporto “uno ad uno” (ogni collega si occupava di un singolo soggetto) ha indubbiamente facilitato la sintonizzazione, l’empatia, in altre parole il crearsi di una familiarità che, tanto più con soggetti soli nel loro isolamento (in parte fisiologico alla patologia, in parte inevitabile per il modello di cura all’interno del centro di degenza) ha costituito un elemento facilitante la relazione. Il lavoro intrapreso ha seguito generalmente il seguente schema:

1) ricerca del canale sonoro di comunicazione

2) avvio di una relazione musicale

3) interpretazione dei contenuti sonoro/musicali scambiati

3) attesa dell’eventuale risposta

4) rinforzo della risposta come base di avvio di una comunicazione sonoro/musicale e sviluppo per somiglianza ed opposizione delle cellule melodico-ritmiche scambiate inizialmente

5) restituzione al paziente di contenuti affettivi e sinestetici

Tale metodologia ha indotto molteplici risultati: l’uscita del paziente dall’isolamento attraverso la comunicazione sonora, il rispecchiamento “dedicato e consapevole” da parte del terapeuta, l’instaurarsi di un circolo virtuoso di tipo materno dove la meraviglia, l’entusiasmo e la sorpresa del musicoterapista ha rimandato al paziente un simbolo, un significato del suono (del verso, dell’atto) prodotto.

Vista la brevità temporale del tirocinio non è stato possibile verificare se il paziente avrebbe sviluppato successivamente la capacità di leggere questa simbologia, cioè di associare ad una sua azione una risposta (un significato) dell’operatore e quindi di produrre a sua volta un segno sonoro indicatore di uno stato d’animo, di un’emozione personale. Resta comunque una porta aperta alla speranza che ciò possa accadere con un lavoro organizzato e protratto nel tempo.

Nove incontri col secondo e terzo gruppo: Flavio, Andrea, Mauro, Mirco, Angela, Dino, Christian, Clara, Boris, Renato

I primi tre incontri

Tutti i ragazzi chiedono un brano musicale, ad eccezione di Christian che assume un atteggiamento oppositivo e di sfida nei confronti dell’attività. Dino ed Andrea cercano di esprimere una preferenza pur con i loro evidenti limiti espressivi. Angela richiede in tutti gli incontri lo stesso brano (“Paura d’Amare” di Marco Masini). Flavio si commuove nell’ascolto dei propri brani e chiede di cantarli al microfono. Mauro partecipa all’attività con un certo interesse. Boris sembra non recepire alcuno stimolo e tende a lesionarsi con le unghie la propria mano sx. Clara partecipa con interesse solo durante il momento del proprio brano, che canta al microfono. Mirco propone l’ascolto

del brano che il giorno prima canta, registra e pubblica su Youtube. Renato sembra totalmente assente dal contesto.

Quarto incontro

Dino, con in mano un ovetto, percuote un tamburello sorretto da Veronica dimostrando gioia e divertimento. Mirco suona ripetutamente un bongo, anche se dietro richiesta (cosa che ha poi ripetuto nel terzo gruppo). Andrea cerca il contatto fisico manipolando il mio avambraccio (cosa che ha fatto anche nel terzo gruppo). Angela ha chiesto un brano di Masini (“Vaffanculo”) diverso dal solito tormentone ossessivo di “Paura d’amare”

Quinto incontro

E’ importante segnalare la partecipazione sempre più attiva di Andrea, che arriva persino a pronunciare le parole “*anni sessanta*” per aiutarci ad individuare il brano richiesto. E’ la prima volta che io e soprattutto i miei colleghi (da mesi prima di me presenti agli incontri) lo sentono scandire parole in maniera chiara e dall’apparente senso compiuto. Successivamente, su indicazione di Andrea Masotti, cantiamo collettivamente con Angela il brano “Paura di amare”, riproducendo le sue movenze ed enfatizzandole. Sembra che l’esperimento funzioni perché Angela sorride divertita e trasforma in gioia o allegria la sua consueta esecuzione del pezzo, privandosi di tutta quella teatralità angosciata e sofferta che l’aveva sempre caratterizzata negli incontri precedenti.

Christian ha chiesto di cantare col microfono (!) qualche strofa di Venditti (“Compagno di scuola”) ed addirittura di suonare una percussione

Sesto incontro

Christian ci propone di sua spontanea volontà un brano di cui lui scrisse il testo e che fu poi musicato da Andrea Masotti, che noi ascoltiamo con molto piacere. La proposta si riproporrà la volta successiva su di un’altra canzone dalle medesime caratteristiche.

Nel terzo gruppo c’è da rilevare la contentezza e l’affetto manifestato da Flavio che per la seconda volta ci ringrazia alla fine della seduta; il lato negativo di queste sue aperture è rappresentato da un aspetto depressivo che si manifesta nel racconto del suo rapporto col padre deceduto. Regitro poi per la prima volta interesse e partecipazione da parte di Clara e il parziale interesse di Renato che incrocia lo sguardo e sorride ripetutamente e con gioia ogni qualvolta appoggio la mia testa sulla sua. E’ la prima volta che Renato assiste agli incontri senza manifestare la sua tipica irrequietezza (che in genere è solo motoria ma che in passato, mi dicono, sfociò in svariati tentativi autolesionistici)

Settimo incontro

Nel secondo gruppo c’è da rilevare la vivacità di Mauro e la sua allegria; Mauro ride ripetutamente alle nostre

battute e fa anche lui delle battute umoristiche. Mauro oggi era senza occhiali. Andrea comincia finalmente a parlare, pronuncia i titoli di alcune canzoni e brevi spezzoni di frasi. Angela accetta di cantare due canzoni nuove: “Kiss me Licia” di Cristina D’Avena e “Gianna” di Rino Gaetano.

Ottavo incontro

Christian ha più volte cantato senza microfono, ed alcune volte addirittura chiedendo il microfono, sui brani proposti dagli altri. Andrea oramai è un fiume di parole, a volte molto distinte. Mirco ha preso la chitarra in due occasioni ed ha suonato sopra la musica che veniva proposta. Dino ha partecipato come al solito con gioia all’attività così come Clara.

C’è da segnalare a mio avviso una nuova atmosfera all’interno del gruppo caratterizzata da vitalità gioco e voglia di partecipazione da parte dei ragazzi che prima era decisamente inferiore. C’è poi da segnalare che da quando gli incontri sono cominciati, Boris non manifesta più episodi violenti quali il lancio di strumenti musicali o l’ingestione di piccoli oggetti.

Nono incontro

Mirco per la prima volta ha accettato di cantare (su una base) una canzone da lui proposta mostrando una capacità di intonazione ed una competenza vocale mai vista prima nelle registrazioni da lui proposte.

Dino su sollecitazione di Carolina suona la tamorra.

CONCLUSIONI

Tra i risultati a mio parere conseguiti nel lavoro con i due gruppi (si può parlare di fattori terapeutici di gruppo), potrei elencare i seguenti:

- A fronte di un isolamento radicato dei pazienti all’interno della struttura residenziale (pur essendoci parecchi momenti comuni nel programma di cura ed accudimento istituzionale), l’attività musicoterapica descritta ha probabilmente fatto nascere una “*matrice di gruppo*”, un senso esclusivo di appartenenza del quale i pazienti erano consapevoli. Questo si evince dal fatto che alcuni di loro (per lo meno coloro che ne possedevano la capacità) riferivano a parenti od operatori coi quali entravano in empatia di far parte della “classe di musica”, sottolineando implicitamente un sentimento non solo di inclusione ed accettazione da parte dei terapisti ma anche di “elezione nel gruppo”.

- L’osservazione da parte dei pazienti dei reali miglioramenti o cambiamenti propri ma soprattutto altrui (per forza di cose la loro osservazione prevalente era quella etero-diretta) può aver generato la speranza di un possibile cambiamento nella

propria condizione esistenziale.

- L'affiatamento e la confidenza che si è instaurata all'interno del gruppo (soprattutto tra pazienti e terapisti) ha permesso che i primi esternassero sentimenti nascosti agli altri ospiti della struttura (se non addirittura a se stessi); comunicare all'esterno alcune criticità personali potrebbe aver contribuito ad alleggerirne il peso; condividerle con gli altri potrebbe aver permesso di provare minore sofferenza e/o vergogna.

- In molti casi i pazienti più normo-dotati hanno aiutato gli altri in difficoltà nell'attività richiesta dagli operatori; la scoperta della possibilità di essere d'aiuto o di poterlo ricevere può avere avuto come conseguenza un aumento dell'autostima o del sentimento di accettazione.

CENTRO DIURNO L"ARCIPELAGO" DI GENOVA-QUARTO

Tirocinio supervisionato da Andrea Masotti

Gennaio / Settembre 2019

Il Centro fornisce prestazioni sanitarie e riabilitative dirette al recupero funzionale e sociale di persone affette da patologie fisiche, psichiche e sensoriali. La sua finalità è quella di accrescere, potenziare e sviluppare le competenze comunicazionali e relazionali, le autonomie personali e sociali per migliorare i processi di integrazione della persona disabile con il territorio e la società.

CARATTERISTICHE DEL SETTING

Una stanza isolata visivamente dal resto della struttura, dotata di un tappeto morbido da ginnastica al centro con molti strumenti musicali a disposizione. Gli incontri sono di durata variabile tra i 35 ed i 45 minuti ciascuno. Gli incontri vengono filmati per documentare gli avvenimenti.

Il caso di Fabio

Fabio è un ragazzo di una ventina di anni affetto da Encefalopatia ed Autismo infantile con un pregresso infarto intestinale che si riverbera in un perdurante deficit di assorbimento intestinale. Lo psicologo di riferimento ne constata i bisogni di sicurezza ed appartenenza. L'equipe del Centro indirizza il trattamento secondo alcuni obiettivi, quali, tra tutti:

- a) Benessere emotivo: contenere gli stati di agitazione e malessere, sostenere l'esperienza polisensoriale ed incentivare le occasioni di contatto
- b) Relazioni interpersonali: esperire scambi relazionali gratificanti

Fabio viene quindi inserito in un percorso di osservazione in Musicoterapia

Il caso di Aldo

Aldo è un ragazzo di poco più di venti anni affetto da Encefalopatia ischemica perinatale, Sindrome convulsiva, Ritardo mentale grave, e con una Emiparesi dal lato sinistro. Lo psicologo di riferimento ne constata, come nel caso di Fabio, i bisogni di sicurezza ed appartenenza.

L'equipe del Centro indirizza il trattamento secondo alcuni obiettivi, quali, tra tutti:

- a) Benessere emotivo: regolazione degli stati emotivi, libera espressione verbale
- b) Relazioni interpersonali: condivisione di momenti di interazione con il gruppo dei pari
- c) Sviluppo personale: Regolazione degli stati emotivi e contenimento degli stati di tensione ed agitazione.

Per quest'ultimo obiettivo in particolare, Aldo ha in precedenza frequentato con Andrea Masotti sedute di

Musicoterapia individuali (durata circa 45 min.) in cui l'ascolto musicale è stato accompagnato dall'esecuzione improvvisata con l'uso di strumenti e della voce sia da A. che dal musicoterapeuta. Gli incontri sono stati registrati e ri- ascoltati successivamente.

Si è poi prevista l'osservazione di Aldo nell'utilizzo di software musicale con tastiera.

Seguendo quindi gli obiettivi di Equipe ed il lavoro del Musicoterapeuta di riferimento, inizio un ciclo di incontri con i due ragazzi, qui di seguito riportati. Entrambe le sedute si svolgono nella stessa mattinata, secondo un ordine suggerito dagli operatori in base allo stato psico-fisico dei ragazzi, per quanto nel caso di Fabio spesso io debba restringere il tempo od addirittura annullare l'incontro per le sue problematiche.

Primo incontro

Aldo arriva portato da un operatore, è seduto sulla sua carrozzina ed ogni tanto accavalla la gamba destra sulla gamba sinistra col piede nudo e si percuote la guancia destra con la sua mano destra (ha una paresi da tutto il lato sinistro del corpo). Non incrocia volutamente mai lo sguardo. Ogni tanto si percuote il petto e vocalizza piccole melodie (ad esempio "Dadaumpa") o pronuncia parole senza una concatenazione logica e per ora non risponde quando io imito le sue vocalizzazioni.

Inizialmente non gradisce che io lo tocchi; reagisce molto bene al ritmo sul timpano e si scatena quando imposto un ritmo Rock sulla chitarra tanto da sporgersi in avanti verso di me, di toccarmi ripetutamente la testa con la mano destra e da avvicinare la sua bocca alla mia faccia, forse volendomi dare un bacio (o perlomeno questo è quello che io avverto); bacio che per lui è uno schiocco di lingua.

Direi che con Aldo ci sia stata una comunicazione, uno scambio prima verticale (io il musicista che proponeva, lui il fruitore che rispondeva) , poi uno scambio anche affettivo, orizzontale (quando mi sintonizzavo sulla sua vocalità)

Fabio viene portato appena sveglio; deambula a mala pena. Lo aiuto a stendersi sul tappetone ed inizio a cantare e suonare. Lo tocco ma non reagisce anzi leva la mano e si scansa; rifiuta il mio contatto girandosi sempre dall' altro lato. Poi prendo i campanacci ed improvviso un ritmo ed una melodia..... lui inizia a vocalizzare dei versi gutturali che io imito e con questi riproduco la melodia precedente. Fabio a quel punto sembra apprezzare e non mi rifiuta più, anzi mette la sua mano destra ripetutamente all'interno del mio gomito e finalmente incrocia lo sguardo.

Per controprova smetto di suonare e mi sdraio, al che lui ripetutamente mi spinge il fianco con la mano destra finché non riprendo. Allora rimette la mano sul mio braccio e alla fine addirittura avvicina la sua testa alla mia.

Direi che si sia trattata di una vera sintonizzazione che si è attivata quando ho agito come lui..... quando cioè sono "sceso" al suo livello e lui finalmente ha risposto affettivamente

Secondo incontro

Faccio stendere **Fabio** sul tappetone ed inizio a suonare una canzoncina brasiliana. Lui si avvicina a me e cerca il

contatto, a differenza del primo incontro in cui inizialmente mi evitavo.

Successivamente mi stendo anch'io suonando la stessa canzoncina; lui si accoccola su di me in posizione fetale avvicinando la testa alla mia spalla e restando in una condizione di dormiveglia. Io mi siedo e gli canto per un quarto d'ora la nostra canzoncina, quella cantata nel precedente incontro, usando come allora i campanacci. Lui resta come assopito ed ogni tanto apre gli occhi.

A fine seduta entra Marina, un'operatrice, e cerca di farlo alzare; Fabio si arrabbia, al che io mi avvicino e gli fischietto nell'orecchio la nostra canzoncina. Lui si tranquillizza. Forse è un caso ma io spero che sia il risultato di una nostra comunicazione e di aver creato una "sigla" per nostri incontri. **Aldo** entra seduto sulla sua carrozzella; in molte occasioni lo aggancio con canzoni e ritmi sulla chitarra o sui campanacci; in più occasioni si rivitalizza tenendo il ritmo col corpo o percuotendosi il petto, o toccando gli strumenti in maniera ora esplorativa (i campanacci), ora percussiva (i bonghi); poi in due occasioni si sporge verso di me e mi accarezza la testa. Anche con Aldo ho introdotto la canzoncina che ho usato con Fabio e spero che anche nel suo caso diventi la nostra sigla.

Terzo incontro

L'incontro con **Fabio** avviene seguendo le modalità precedenti; mi sdraio vicino a lui ed inizio a cantare la nostra canzone; lui si avvicina rianicchiandosi. Proseguo con varie modalità durante tutto il nostro incontro ed alla fine interrompo di suonare; mi alzo e con mio grande stupore lui intona quella che io avverto potrebbe essere una melodia. Riproduco immediatamente con la voce e col fischio questa melodia e lui risponde due / tre volte rifacendola in modo molto simile: in cuor mio spero vivamente che si sia trattato di un vero e proprio dialogo sonoro.

Inizio la seduta con **Aldo** canticchiando quella che ormai è diventata un po' la mia sigla all'interno dell'Arcipelago; lui reagisce affettuosamente toccandomi il viso come per accarezzarmi; proseguo il nostro incontro eseguendo vari patterns ritmici e melodici a cui lui risponde positivamente battendosi ritmicamente il petto o la gamba. A differenza degli incontri precedenti Aldo abbandona tutte le sue stereotipie ("Dadaumpa", "Forza Genoa" eccetera) e rimane in ascolto per lunghi intervalli.

Quarto incontro

Fabio oggi era molto diverso dal solito; era molto attivo fisicamente, si muoveva molto da seduto e vocalizzava tantissimo. Rideva spesso ed altrettanto di frequente si percuoteva la guancia; in alcune occasioni ha cercato il contatto con le mie mani ed ha afferrato i campanacci che usavo per suonare. Personalmente non ho ancora gli strumenti per capire questa modalità di Fabio per quanto in cuor mio nutro sempre la speranza che le lunghe vocalizzazioni da lui prodotte siano una forma di comunicazione con me. Alcuni giorni dopo apprendo dalla Direttrice Sanitaria che la madre di Fabio, dopo aver visionato il video, afferma con certezza di non avergli mai sentito produrre queste sonorità. **Aldo** ha reagito bene come di consueto alla seduta; in più occasioni mi ha

accarezzato la testa e si è entusiasmato al ritmo e alla melodia degli strumenti, in questo caso della chitarra in particolare.

Quinto incontro

Aldo mostra di essere , come di consueto, dentro la relazione ed esprime in più occasioni il suo affetto.

Fabio oggi non interagisce, né positivamente né negativamente. C'è da segnalare che pochi minuti prima del nostro incontro aveva avuto un attacco di dissenteria.

Sesto incontro

Fabio è assopito e rimarrà in tale stato per tutto il ns incontro.

Aldo interagisce con me con la consueta affettuosità. Usa raramente i suoi clichè espressivi stereotipati e resta a lungo in ascolto. Per il momento questa sembra essere la sua principale risposta alle mie proposte che sono passate da quelle ritmiche dei primissimi incontri a quelle melodiche attuali. Non imito più con la voce i suoi stereotipi e sto esplorando con lui una comunicazione più “sussurata” lavorando sulle altezze medie ed i timbri dolci. L'intensità rimane moderata. In altre parole stò esplorando il canale affettivo verso il quale lui sembra predisposto.

Settimo incontro

Fabio entra in seduta visibilmente turbato dalle urla di un ospite.

Lo aiuto a sdraiarsi sul tappetone e suono molto dolcemente la nostra canzone; si calma subito ed in più occasioni poggia la testa sulle mie gambe. Non manifesterà più inquietudine per tutto il ns incontro. Vista la particolarità della giornata, oggi ho adottato un approccio molto materno, alternando canzoncine a filastrocche in musica.

Aldo manifesta da subito il suo affetto con abbracci e baci. Oggi arriverà a suonare i campanacci ed addirittura (ma non vorrei essere troppo ottimista) a vocalizzare brevissime successioni di note. Comunque è un dato di fatto che queste emissioni vocali siano parte di un concetto musicale e soprattutto che non appartengano al suo repertorio; per lo meno quello che conosco io.

C'è da segnalare la sua sensibilità ai suoni “armonici” della chitarra che non avevo mai usato prima e che sembrano rilassarlo moltissimo

Ottavo incontro

Fabio oggi si è mostrato molto tranquillo durante il nostro incontro e molto attento, sebbene io non sia ancora in grado di tradurre i suoi comportamenti in significati plausibili. Comunque non ha mostrato alcun segno di malessere o fastidio, pur essendo stato oggetto, pochi minuti prima della seduta, di un attacco di dissenteria.

C'è una cosa che però vorrei sottolineare: Fabio da tre/quattro incontri ad oggi non ha più avuto alcuna flautolenza. Ero stato messo in guardia da questa problematica: Fabio aveva subito negli anni precedenti parecchi interventi chirurgici all'intestino e, sebbene le operazioni fossero andate a buon fine, avevano lasciato questo fastidioso strascico.

Più che il lato organico di questo accadimento, mi preme ora sottolineare il possibile lato psicologico. Se è vero (e per me lo è, a torto o a ragione, come penso per chiunque corra il rischio di interpretare gli accadimenti da un punto di vista psicoanalitico) che l'inconscio conduca il corpo a somatizzare (nel bene e nel male) gli stati di benessere o malessere psicologico, allora potrei affermare come minimo che Fabio in seduta di musicoterapia abbia realizzato uno stato di benessere. O perlomeno uno stato di sospensione dal disagio.

Aldo ha risposto molto bene al nuovo approccio che ho adottato, basato sulla cantabilità della melodia, sul timbro dell'arpeggio, degli armonici e della voce, tutti sintonizzati sul registro della dolcezza. Come già accaduto sospende per l'intera seduta ogni forma di stereotipia e si pone in un ascolto attento e carico di affettività. Oggi poi ha pure accettato la vicinanza della chitarra (che in precedenza rifiutava) ed ha battuto ritmicamente la mano dx sulla cassa dello strumento.

Nono incontro

Fabio dorme profondamente e decido di aspettare prima di svegliarlo. Continuando lui a dormire, ritengo più opportuno non disturbarlo, anche perché mi viene detto che aveva da poco avuto dolore allo stomaco.

Con **Aldo** mi invento un gioco di luci accompagnato dal canto: faccio il buio nella stanza ed utilizzo una lampada a piantana che muovo lentamente al ritmo della melodia. Lui sembra gradire e ridere; in più risponde al gioco con delle vocalizzazioni non stereotipate che non avevo mai sentito prima. Mi prefiggo di esplorare maggiormente in futuro questa finestra che si è aperta.

Per il resto, quando riprendo la chitarra, si mostra come sempre molto affettuoso per tutto il nostro incontro.

Decimo incontro

Oggi **Fabio** era molto nervoso. L'ho fatto sedere sul tappetone ed a lungo ho intonato la nostra canzone con la chitarra, molto dolcemente, finché non si è rilassato, si è disteso con la testa sulle mie gambe ed è entrato in uno stato di dormiveglia. Ho continuato per un pò di tempo ed a mantenuto questo stato di calma e rilassatezza.

Aldo si è mostrato come sempre contento, allegro ed affettuoso. Ho ripreso il gioco sonoro fatto di melodie vocali cantilenanti associate al movimento della lampada e, come la volta precedente, ha prodotto alcuni vocalizzi nuovi (almeno nell'ambito della nostra relazione) abbandonando quasi del tutto gli stereotipi.

Undicesimo incontro

Aldo entra in seduta molto nervoso.

Mi accoglie però col consueto affetto prendendomi il capo e baciandomi.

Alterno melodie sulla chitarra molto dolci, eseguite con un'intensità bassissima, a suoni armonici, accordi aperti e silenzi. Lui abbandona le stereotipie e si pone in ascolto. Poi, seduto per terra ed a distanza da lui, gioco con la luce cantandogli la nostra canzone e restando per lunghi tratti in silenzio (ma sempre giocando con le luci). Lui risponde restando in ascolto ed esplorando con gli occhi lo spazio circostante. Ogni tanto ride portandosi la mano alla bocca. Alla fine mi metto di fronte a lui in piedi e, sempre cantando la stessa canzone, mimo una specie di balletto molto lento. La sua risposta è di meraviglia (almeno così la interpreto) e curiosità; comunque sempre in ascolto.

La mia piccola conclusione è che averlo immerso in un panorama sonoro e visivo improntato alla tranquillità, al silenzio, alla novità ed al gioco lo abbia calmato ed abbia attivato in lui una risposta improntata all'ascolto ed all'osservazione speculativa.

Fabio oggi era sveglio ed abbastanza tonico. Riesco a farlo camminare verso la stanza. Lo faccio sdraiare sul tappetone, spengo la luce ed attacco la nostra canzone. Reagisce mettendosi seduto e per tutto il nostro incontro mi sembra che a tratti (ma ripetutamente) cerchi di attuare una risposta vocale alla melodia. Finito l'incontro riesco a farlo deambulare fino alla stanza comune.

Dodicesimo incontro

Oggi entrambi i ragazzi erano meno rilassati del solito. **Aldo** entra in stanza apparentemente nervoso, mi aproccio a distanza relativa proponendogli la consueta canzone con un tono meno intenso del solito ed accompagnandomi prima coi suoni aperti della chitarra (accordi sospesi ed armonici) poi col suono dei campanacci. Si calma quasi subito e si pone in ascolto. Proseguo coi consueti giochi di luce e "danze" lente accompagnate dal movimento di una stoffa verde. Sembra divertirsi, emette delle vocalizzazioni inconsuete e ride nervosamente. Ogni tanto si pone attentamente in ascolto e per la prima volta incrocia ripetutamente il mio sguardo e mi osserva. Alla fine mi avvicino a lui, allunga il braccio per tirarmi a se e mi bacia sulla testa.

Fabio deambula bene fino alla stanza, si fa sdraiare sul tappetone e vocalizza quasi tutto il tempo in maniera (a me sembra) indipendente dal consueto approccio musicale che gli propongo. Quando verso la fine del nostro incontro stoppo repentinamente ogni mia emissione sonora si blocca e rimane in silenzio per un tempo considerevole. Interpreto questa come una risposta volontaria e non casuale al mio silenzio. Prima di tornare nella stanza comune riprende i suoi versi; comunque deambula di nuovo quasi in maniera autonoma.

Il Piano di Lavoro e la Scheda di Verifica di Aldo

Si tratta di due strumenti importanti per l'attività del Musicoterapista.

Il Piano di Lavoro fornisce una sintesi del percorso della terapia, partendo dagli obiettivi di lungo periodo condivisi con l'Equipe (nel nostro caso il benessere emotivo, fisico e lo sviluppo personale) declinati in termini musicoterapici, passando per gli obiettivi specifici e consequenziali dell'attività di Musicoterapia ed infine per le azioni e gli strumenti funzionali al percorso. Il piano di lavoro fornisce al terapeuta uno schema chiaro dell'attività da svolgere ed all'Equipe uno strumento intelligibile di confronto.

La Scheda di Verifica parte dagli stessi obiettivi a lungo termine del Piano di Lavoro, riportando poi gli interventi svolti, le modalità e la durata degli incontri. Vengono infine fissati degli indicatori sulla base dei quali si determina l'evoluzione in positivo od in negativo del paziente a partire dalla valutazione iniziale per poi proseguire periodicamente ad intervalli di tempo regolari.

La scheda di verifica offre al terapeuta ed all'Equipe non solo uno schema dettagliato dell'intervento musicoterapico ma anche un rilevazione quantitativa (eventualmente corredata da un grafico) sull'efficacia del percorso di cura.

Per quanto riguarda le metodologie di documentazione, valutazione e monitoraggio dell'Equipe, i dati provenienti dal piano di lavoro e dalla scheda di verifica vengono utilizzati dall'Equipe stessa per una Valutazione Multidimensionale della Qualità della Vita (QDV) basata sul modello delle otto dimensioni di Schalock e Verdugo (2002/2003); lo strumento utilizzato per tale valutazione è la Scala San Martin.

Le Dimensioni della Qualità della Vita (QDV) di Schalock e Verdugo sono : Autodeterminazione, Benessere Emotivo, Benessere Fisico, Benessere Materiale, Diritti, Crescita Personale, Inclusione Sociale e Relazioni Interpersonali.

Per ciascuna di queste dimensioni sono individuati alcuni item a cui vengono attribuibili i rispettivi punteggi.

IL CASO DI ALDO

Tutoraggio monitorato da Andrea Masotti

IL PIANO DI LAVORO

Qualità della Vita

Benessere Emotivo

Obiettivi Equipe

Espressione delle emozioni con comportamenti non stereotipati

Obiettivi Musicoterapia

Associazione di qualità emotive ai contenuti sonoro-musicali e visivi proposti

Azioni e Strumenti

Utilizzo di un set con variazione delle condizioni ambientali attraverso la creazione di ambienti di luce con una lampada ed un drappo colorato, movimenti di danza ed improvvisazioni con voce, Agogo o chitarra basate sulla musicalità di Aldo e condizionate dalle sue risposte affettive.
Registrazioni audio-video degli incontri



SCHEDA VERIFICA MUSICOTERAPIA							
Aldo							
QDV	Obiettivi Equipe	Obiettivi Musicoterapia	Azioni e strumenti	Indicatori	Punteggio al 24/01/2019	Punteggio al 30/05/2019	Varianza
Benessere Emotivo	Espressione delle emozioni con comportamenti non stereotipati	Associazione di qualità emotive ai contenuti sonoro-musicali e visivi proposti	Improvvisazioni melodico-ritmiche con l'uso della chitarra, della voce e di un Agogo oltre che stimolazioni visive con l'uso di una lampada e di un drappo colorato	Interruzione o sospensione delle stereotipie, attenuazione dell'ansia	1	3	2
Benessere Fisico	Sospensione degli stati di tensione muscolare, promozione di rilassamento e diminuzione dei comportamenti e dei gesti auto-lesivi	Individuare timbri, strumenti, melodie, ritmi, movimenti e giochi di luce funzionali agli obiettivi	Creazione di ambienti di luce ed improvvisazione con voce e/o chitarra di melodie rilassanti	Interruzione o sospensione degli atti autolesionistici e rilassamento muscolare	1	3	2
Sviluppo Personale	Risveglio delle capacità sensoriali	Individuare i canali comunicativi e le qualità sinestetiche funzionali all'attivazione delle sue capacità sensoriali	Modificare i parametri visivi e sonori dell'intervento seguendo il principio della somiglianza e dell'opposizione Registrazioni audio-video degli incontri	Frequenza e durata degli episodi di coinvolgimento, attenzione verso gli ambienti sonori e visivi proposti	1	4	3

Azioni e strumenti per il Benessere Emotivo, Fisico e per lo Sviluppo Personale

La prima fase la chiamerei quella dell'osservazione: ho osservato i comportamenti di Aldo confrontandoli con le conoscenze acquisite dalla scheda clinica, le indicazioni del Tutor e le informazioni raccolte dagli operatori.

La lettura di tali comportamenti mi ha dato informazioni:

1) su come Aldo modulasse o meno il suo agire (perlopiù stereotipato) in mia presenza; come cioè reagisse o meno alla presenza di una persona a lui sconosciuta

2) come io vivessi tali comportamenti rispetto al vissuto degli operatori

Constatato che gli agiti od i silenzi di Aldo non generavano in me alcuna emozione che potesse precludere la “presa in carico” (eventuale sgomento, ansia, angoscia o paura) ne ho dato ad Aldo un rimando immediato con gesti, movimenti del corpo, espressioni facciali, suoni vocali e con l’uso di una chitarra e di un Agogo seguendo una linea improvvisata ed istintuale che, in base anche alle mie conoscenze musicali, potesse “remare” nella direzione delle finalità dell’Equipe di riferimento e delle indicazioni del Tutor: rilassamento psico-fisico, riduzione dello stress, attenuazione dei comportamenti autolesivi e delle stereotipie.

Una volta constatato che le mie risposte non generavano in lui problematiche di alcun tipo, son passato alla seconda fase, che chiamerei quella dell'esplorazione: si è trattato di capire quale parametro musicale (timbro, altezza, intensità) fosse più funzionale, con quale strumento proporlo, per quanto tempo, a che distanza fisica da lui e con quali modalità posturali e facciali. Successivamente di quali figure ritmiche, di quali intervalli melodici, di quali supporti armonici avvalersi.

Parallelamente sono partito dalle cellule melodiche che Aldo mi proponeva in forma di stereotipia seguendo la strada “della somiglianza e dell’opposizione”: le ri-proponevo secondo le caratteristiche timbriche che mi sembravano più appropriate alle finalità senza variarne sostanzialmente l’impianto ritmico ed armonico ma modificandone gradualmente la linea melodica ed osservando le reazioni di Aldo.

Questa fase la chiamerei quella della “proposta”.

Nei momenti in cui Aldo interrompeva la comunicazione (per stanchezza, disagio fisico od altro), mi mettevo in ascolto. Spesso, al termine di queste pause, Aldo richiedeva la mia vicinanza, prendendomi poi la testa e baciandomi la nuca. Terminato l’episodio di contatto, perlopiù molto breve, riprendevo il lavoro a distanza.

L’intervento sonoro-musicale è stato da me affiancato, col passare degli incontri, da alcuni elementi coreutici e visivi, come movimenti di danza e giochi di luce e colore, ottenuti con una lampada a stelo ed un drappo colorato.

Tutti gli incontri sono stati da me documentati con riprese audio e video tramite un cellulare azionato pochi secondi prima di ogni seduta e posizionato in un angolo della stanza; in questa maniera Aldo non si è mai reso conto dell’effettuazione delle riprese (preventivamente comunicate alla madre e da lei accettate) ed io potevo liberamente muovermi nell’ambiente.

Si trattava di riproporre i contenuti dell’approccio musicoterapico descritti precedentemente inserendoli in un contesto dove venissero modificati alcuni parametri visivi e comportamentali. Lo scopo era quello di attivare sinestesie relative alla luce, al colore ed al movimento, mantenendo il piano di lavoro prettamente musicoterapico.

La stanza era illuminata di luce naturale proveniente da un’ampia finestra; una veneziana permetteva varie gradazioni fino alla penombra. Era presente una piantana, leggera al punto giusto e con una campana rotonda che permetteva il rotolamento sul pavimento e di conseguenza lo spostamento della sorgente luminosa. Una scrivania con tutto l’armamentario d’ufficio dava la possibilità di proiettare le ombre sulla parete e di farle muovere in sincrono con la piantana. Un telo verde sufficientemente ampio dava la possibilità, posizionato sulla lampada, di modificare il cromatismo della luce. Avendo le mani impegnate a muovere la sorgente luminosa non potevo suonare alcun strumento, per cui cantavo i frammenti melodici precedentemente usati. Saltuariamente accennavo, cantando e muovendo il drappo, dei passi di danza.

Lo schema di lavoro era lo stesso degli incontri musicoterapici precedenti (osservazione, esplorazione, proposta), con la differenza che i rimandi positivi di Aldo (attenuazione dell'ansia, delle stereotipie e dei gesti autolesionistici) avevano una durata superiore. In più Aldo attivava lo sguardo muovendo la testa ed il collo con modalità nuove e sospendeva la richiesta di contatto fisico.

CONCLUSIONI

Fin dal primo incontro mi sono trovato di fronte a due ragazzi che non si esprimevano se non con stereotipie. Citando il Dizionario di Psicologia di Galimberti (ed. Utet, Torino, 1992), la stereotipia è *“un tratto del comportamento caratterizzato da un alto grado di fissità e costanza, che interessa la postura del corpo, il movimento, la comunicazione scritta o parlata e che, indipendentemente dalla situazione, si ripete come un rituale in modo automatico e vagamente simbolico”*.

All'inizio del mio breve percorso da tirocinante ho osservato che la “comunicazione” dei ragazzi si modulava solo sui parametri della frequenza delle stereotipie (quante volte venivano eseguite) e della loro intensità sonora, senza che ci fossero cambi nel timbro della voce o delle espressioni facciali. Era ai miei occhi una forma di esternazione che si manteneva priva di ogni rimando sentimentale, come un codice numerico, una specie di linguaggio MORSE. Nel corso del tirocinio ho constatato però che sia i genitori, sia gli operatori che passavano molto tempo coi ragazzi, leggevano le stereotipie interpretandole come una forma (per quanto rigida e cristallizzata) di manifestazione degli stati d'animo e degli stati fisici. Evidentemente costoro avevano sviluppato nel tempo la capacità di avvertire anche minime differenze nel timbro e nell'intensità della voce, come nella frequenza di esecuzione delle stereotipie o nei cambi di postura, che li autorizzavano ad associarle ad un significato.

Il mio lavoro è stato quello di cercare una “nostra” forma di comunicazione, che utilizzasse l'elemento sonoro/musicale e che fosse modulabile in timbro, intensità ed altezza, e di associarla a diverse mimiche facciali, diversi strumenti, giochi di luce e movimenti corporei, in modo che il numero delle variabili la rendesse elastica e potesse rimandare ad un certo simbolismo. Lo stato emotivo che ho privilegiato è stato poi sempre quello della calma e della dolcezza, in contrasto con la sofferenza e l'agitazione che avvertivo nei ragazzi.

La nostra canzone di ingresso e di commiato (la nostra “sigla”) è nata spontaneamente su scala maggiore, composta da 4 note intorno al SOL4, proposta con un timbro medio basso ed una bassa intensità. La voce veniva accompagnata a tratti dalla chitarra con accordi aperti, armonici ed arpeggi, a tratti con due semplici note (tonica e quarta) eseguita su due campanacci, sempre usando una bassissima intensità. A volte, come detto, accompagnavo l'esecuzione vocale con giochi di luce usando i movimenti di una lampadina, con luce soffusa. Il risultato è stato immediato: Aldo ha abbandonato le stereotipie e si è messo in ascolto, rispondendo affettivamente con abbracci e baci (nei momenti in cui mi avvicinavo a lui), sorridendo e producendo a tratti delle vocalizzazioni per me inconsuete; Fabio si è rilassato interrompendo la sua (generalmente copiosa) emissione di aerofagia e, secondo me,

cercando a suo modo di riprodurre con la voce la linea melodica, comunque rispondendo con una produzione vocale per me inconsueta (a detta anche della stessa madre, alla quale furono mostrati alcuni video dei nostri incontri). Evidentemente attraverso musica, voce, movimento e luce c'è stata la trasmissione simbolica di un qualcosa (pace, sospensione della tensione, rilassamento, accudimento, trasmissione affettività.....) che in altri casi diversi da Fabio, e meno compromessi, avrebbe potuto costituire l'anno zero della nascita di un linguaggio. Riguardo a Fabio ed Aldo, vista la brevità del tirocinio, non mi posso sbilanciare nel formulare un'ipotesi simile, per quanto nutra la speranza che esista per loro una possibilità.

LABORATORIO SULLE ONOMATOPEE

Centro “Germana Costa” di Genova

A cura di Elena Menichini e Manuel Aiachini

Genova, primavera 2018

CARATTERISTICHE DEL SETTING

Uno spazio-palestra non molto ampio, raccolto, isolato acusticamente e visivamente dal resto della struttura, dotato di finestre oscurate da spesse tende e quindi privato del panorama esterno potenzialmente distraente. Locale dalla buona acustica. Il gruppo di degenti, molti con grave deficit motorio, è disposto a semicerchio. La coordinatrice della struttura od a turno la psicologa, siede in mezzo a loro, a volte in prossimità di quei pazienti la cui gestione emotiva è maggiormente critica.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Intervento a bassa simbolizzazione: la co-presenza della coordinatrice o della psicologa conferisce all’insieme una cornice strutturata dalla Regola, mentre la richiesta dei tirocinanti di riprodurre a livello onomatopeico ed in maniera fedele alcuni suoni registrati della città mantiene l’espressione su canoni aderenti al Reale.

MODALITÀ OPERATIVA DEI TIROCINANTI

Uso della voce e del corpo per riprodurre, mimandoli, i suoni precedentemente ascoltati insieme; scarsa verbalizzazione. Il contatto fisico coi pazienti, da parte di Elena, è presente, spontaneo e naturale fin dall’inizio, mentre per Manuel è generalmente filtrato dalla presenza di un oggetto transizionale (il sacchetto che “*contiene tutti i suoni*” e che di volta in volta tocca i piedi, le ginocchia od i gomiti dei pazienti) che permette di simbolizzare il contatto privandolo in parte della sua dimensione reale e potenzialmente troppo invasiva.

LA RISPOSTA DEI PAZIENTI

Nell’esecuzione di svariati paesaggi sonori, ogni paziente ha risposto spontaneamente e con partecipazione; alcuni senza bisogno di sollecitazione, altri dopo brevi momenti di attesa, altri regolarmente fuori tempo ma con una logica costante seppur tesa all’affermazione del proprio Io. I rispettivi caratteri sono emersi liberamente e distintamente anche con l’uso diverso della voce (chi di testa, chi di diaframma o di gola) o con la scelta di una riproduzione melodica oppure ritmica dei suoni proposti. Alcuni pazienti hanno costantemente ricercato il contatto visivo, altri lo

hanno prevalentemente negato. Una paziente non udente ha riprodotto diligentemente i suoni onomatopeici proposti una volta che i tirocinanti, posti a turno di fronte a lei ed a distanza ravvicinata, hanno esasperato la mimica labbiale.

L'USCITA DAL SETTING

Nel primo incontro i tirocinanti si sono avvolti ed hanno avvolto tutti i presenti con un immaginario filo sonoro che ha sancito il nuovo legame creatosi. Ugualmente il sacchetto dei suoni veniva chiuso dalla coordinatrice ed assicurato con un lucchetto in un ripostiglio adiacente la sala, in attesa di riempirlo di nuovi suoni al successivo incontro. Nel secondo incontro al sacchetto dei suoni è stata sostituita una scatola di plastica che i pazienti hanno sigillato con un gomitolino di lana avvolto intorno. Questi riti hanno sancito la sacralità del lavoro fatto e del tacito patto incorso tra le parti ed hanno costituito al contempo la promessa di continuare il lavoro iniziato insieme.

IL PRIMO GRUPPO

Ettore (*sedia a rotelle, ritardo cognitivo, difficoltà ad articolare le parole*): arriva dopo gli altri; da subito molto coinvolto ed entusiasta. Partecipa, pur con le gravi difficoltà legate al suo handicap, alla rielaborazione di tutti i suoni con grande impegno ed apparente soddisfazione. Accetta da subito il contatto visivo e fisico.

Corrado (*sedia a rotelle, ritardo cognitivo, discreta capacità verbale*): burbero ma curioso. Partecipa al lavoro manifestando da subito un'identità molto ben delineata e mascolina. Appassionato dell'Arma dei Carabinieri, dei quali riproduce la sirena con ottima competenza, partecipa anche alla creazione di nuove onomatopee dando ai suoni un carattere vigoroso. In un botta e risposta in cui Ettore interpreta un gatto e Camillo un cane arrabbiato, sente il bisogno di smorzare la tensione messa in scena con un abbraccio all'amico Ettore accompagnato dalle parole «caro Ettore!»

Rino (*autonomo dal punto di vista motorio, ritardo cognitivo*): partecipa alle attività mettendo in luce un approccio meticoloso e accurato. Alterna momenti di concentrazione ad altri di assenza/distrazione (forse dovuti a farmaci). Deve essere più volte riportato in contatto con il lavoro in corso ma se sollecitato riattiva subito la partecipazione lavorando sempre con ottima competenza.

Mina (*sedia a rotelle, comunicazione molto essenziale, dice poche sillabe e alcune parole o brevi frasi che ripete in maniera compulsiva*): è attratta dal lavoro in corso e dalla nostra presenza. La curiosità e la voglia di entrare in relazione si alternano a manifestazioni oppositive che esprime con un grido accompagnato da una stereotipia motoria del tronco (che comunque mantiene anche durante l'espressione delle emozioni positive. A tratti ecolalica.

Non partecipa insieme agli altri alla creazione delle onomatopee ma ci sorprende più volte intervenendo non appena cambiamo attività e riproducendo con competenza il suono su cui abbiamo appena smesso di lavorare. Al contempo polemica e seduttiva, riesce in molte occasioni ad attirare su di sé l'attenzione di tutti noi.

Greta (*sedia rotelle con poggiatesta, grave deficit motorio e cognitivo, nessuna capacità verbale*): assiste alle sedute senza partecipare. Inizialmente ci osserva un po' sospettosa. Dopo la prima ora si scioglie e, pur non collaborando nella creazione delle onomatopee, segue il lavoro visibilmente divertita. Ride molto ed accetta sia di incrociare lo sguardo sia il contatto fisico.

Rosa (*autonoma dal punto di vista motorio, deficit cognitivo non grave, buona capacità verbale*): ci accoglie generalmente all'ingresso quando arriviamo. Molto affettiva ed estroversa si intimidisce un po' durante le sedute ma se incoraggiata partecipa attivamente a tutte le proposte. Gratificata dal contatto fisico e dalla vicinanza. Alla fine di ogni incontro chiede di vederci nuovamente ed è felice di sapere che lavoreremo ancora insieme.

Lavoro con il Primo Gruppo

INCONTRO 1: ci presentiamo e cerchiamo di creare un'atmosfera rilassata ed amichevole. Facciamo ascoltare ai ragazzi la registrazione con i suoni della città preparata da Manuel e chiediamo loro di capire di quali suoni si tratti. Cominciamo a riprodurre i suoni insieme sondando le preferenze, le attitudini, il carattere e le capacità verbali e motorie dei degenti; i ragazzi presenti hanno handicap spesso gravi, ma di tipologia ed origine differente. Inizialmente solo alcuni di loro partecipano. Durante la seconda ora anche i ragazzi più timidi manifestano curiosità ed interesse verso il lavoro del gruppo. Riproduciamo molti suoni dando vita anche a momenti corali di "botta e risposta".

INCONTRO 2: riascoltiamo il lavoro svolto la settimana precedente e ripetiamo alcuni suoni già fatti. Visto che i ragazzi andranno nel pomeriggio in visita all'Euroflora, decidiamo di immaginare insieme quali rumori incontreranno durante la visita e li mettiamo in scena.

Avendo scoperto che Rino canta alcune canzoni popolari accompagnandosi con la chitarra gli proponiamo di farci sentire qualcosa. L'intera classe è molto coinvolta dalla performance di Rino, e tutti, ognuno a modo suo, partecipano all'esecuzione usando piccole percussioni che abbiamo portato con noi.

INCONTRO 3 : i ragazzi sono felici di iniziare un nuovo incontro. Ettore ci rendiconta subito sui suoni che ha "catturato" all'Euroflora confermando il suo entusiasmo nel partecipare al progetto. Partiamo dal racconto della visita da parte dei ragazzi e in questo modo riproduciamo alcuni suoni. Proponiamo poi al gruppo la ninnananna

“Stella stellina” per usarne la melodia con un testo da creare insieme. Mina, che si è dimostrata molto attratta dalle ninnananne, risponde con una partecipazione fuori dal comune. Viene creata una strofa che descriva le peculiarità di ogni elemento del gruppo e poi tutti insieme cantiamo accompagnati da Rino che, seguendo le indicazioni di Manuel, suona la chitarra.

IL SECONDO GRUPPO

Aldo (*sedia a rotelle e casco in testa, ritardo cognitivo lieve, buona capacità verbale*): entusiasta e trascinatore nel contesto di gruppo. Accoglie con allegria e voglia di fare tutte le proposte; si mette in gioco con voce forte e decisa, spesso cercando di coinvolgere gli altri. Pur non prevaricando si pone come leader del gruppo.

Gino (*sedia a rotelle, ritardo cognitivo medio, scarsa capacità verbale*): osserva inizialmente il lavoro e noi operatori un po' sospettoso. Non partecipa alle attività. Gli educatori della struttura lo descrivono essere solitamente più vivace dal punto di vista vocale e relazionale. Riusciamo solo a strappargli qualche sorriso. Verso la fine del nostro tirocinio ci viene riferito dal musicoterapista della struttura che Gino possiede una discreta competenza nel suonare la batteria e riusciamo finalmente a coinvolgerlo in un'attività percussiva svolta dal gruppo su uno scatolone di cartone.

Nino (*sedia rotelle con poggiatesta, grave deficit motorio e cognitivo, nessuna capacità verbale*): non partecipa alle attività vocali con il gruppo ma sembra essere uditivamente coinvolto. Ogni tanto scoppia a piangere. Pur non essendo chiaro il motivo del pianto (cosa che sembra essere usuale per questo paziente) decidiamo di usare in queste occasioni suoni più dolci e dall'impatto meno violento.

Sara (*autonoma dal punto di vista motorio, deficit cognitivo abbastanza grave, scarsa capacità verbale*): partecipa alle attività timidamente ma sembra gratificata dal lavoro e dalla relazione con noi. Deve essere continuamente stimolata a continuare il lavoro e sembra molto inibita. Si allontana in genere dal gruppo prima che il lavoro sia del tutto finito. Il bilancio della seduta con lei è tutto sommato sempre positivo.

Vito (*autonomo dal punto di vista motorio, deficit cognitivo lieve, buona capacità verbale*): partecipa attivamente e con buona competenza alle attività; ha una buona musicalità di base ed a volte canta spontaneamente. Conosce i testi di moltissime canzoni italiane a memoria. I suoi molti tic motori, vocali e facciali a tratti gli rendono difficile la realizzazione dei suoni ma comunque non sono un deterrente alla partecipazione.

Fatima (*autonoma dal punto di vista motorio, deficit cognitivo medio, sordità*): nonostante il suo handicap uditivo

Fatima partecipa attivamente e con buona competenza. Con lei è necessario un lavoro svolto a stretto contatto fisico: solo guardando il labiale infatti capisce come articolare il suono. La aiutiamo a comprendere la ritmica dell'emissione vocale mettendo una sua mano sul nostro petto mentre eseguiamo il suono proposto. Fatima ha molta voglia di capire e partecipare ed in tempi brevissimi riesce a riprodurre i suoni da noi suggeriti. Ha una forte rinite allergica che di certo le crea un malessere e rende necessario il soffiarsi il naso di continuo. Anche alla luce di ciò, il suo essere molto attiva nei nostri incontri ci fa pensare che il lavoro proposto le risulti gratificante.

Pina (*sindrome di down, autonoma dal punto di vista motorio, deficit cognitivo non grave*): Pina è timidissima ed inizialmente stenta a prendere parte al gioco delle onomatopее. Accetta di riprodurre i suoni proposti a bassissima voce e solo instaurando un più intimo scambio con il tirocinante si lascia andare anche a vocalizzazioni dal volume più intenso ed in corallità con il gruppo. Deve essere sempre incoraggiata e accompagnata al lavoro d'insieme partendo da una relazione a due.

Lavoro con il secondo Gruppo

INCONTRO 1: Il gruppo sembra inizialmente più difficile da coinvolgere del primo. La gravità delle disabilità dei presenti è manifesta. Alcuni sono molto inibiti e non partecipano all'attività. La partenza proposta è sempre incentrata sull'ascolto dei suoni della città e sulla riproduzione degli stessi. Fa parte del gruppo anche una degente non udente (Fatima) che, paradossalmente, partecipa più di molti altri. Leggendo il labiale e toccando il petto degli operatori per quantificare, tramite la vibrazione, la durata dell'emissione vocale riesce a riprodurre con soddisfazione molti suoni che le vengono "spiegati". I tempi di questo gruppo sono diversi da quelli del gruppo precedente, i ragazzi si stancano più velocemente ed abbiamo la sensazione di dover catturare la loro attenzione con un diversivo. Proponiamo un ascolto musicale e scopriamo che uno di loro ama cantare e conosce a memoria molte canzoni italiane. Questo dà il via ad un karaoke finale che vede anche i più restii e inibiti sciogliersi. Apprendiamo dagli educatori che proprio il più timido dei presenti (Gino) ha una piccola batteria digitale che suona con una certa competenza ritmica. Riusciamo allora a coinvolgerlo con l'uso di un grosso scatolone che poniamo in mezzo al cerchio ed al quale facciamo avvicinare tutti in modo da poterlo suonare con le mani. Distribuiamo anche alcune piccole percussioni.

INCONTRO 2: Il gruppo è più reattivo della volta precedente. Il lavoro della prima sessione ci ha aiutati a capire come muoverci per stimolare e includere tutti. Riascoltiamo il lavoro svolto e ripetiamo alcuni suoni. Una volta che abbiamo "scaldato le ugone" proponiamo di cantare tutti insieme la canzone di Branduardi "Alla fiera dell'Est" cercando di inscenare le voci dei vari personaggi. Giunti verso la fine della canzone, per evitare le figure potenzialmente più inquietanti quali "il macellaio" e "l'angelo della morte" chiediamo ai ragazzi quali personaggi

potremmo inserire ed inventiamo delle strofe da noi create con le voci dei relativi personaggi. L'attività piace al gruppo così proponiamo di inventare una canzone che parli di ciascun elemento della classe descrivendone le abilità. I ragazzi partecipano alla stesura del testo e, accompagnati alla chitarra da Manuel, cantano la strofa di ogni personaggio. In tutte queste attività Gino (il batterista) suona gli ovetti e Fatima (non udente) legge il nome degli animali/personaggi della canzone e si aiuta con la solita modalità (labiale/vibrazione). Per salutarci, dopo il rituale di chiusura ascoltiamo "Halleluja" di Leonard Cohen. Cantiamo tutti insieme il ritornello. Il brano muove emotivamente molti dei ragazzi. Nino, giovane con gravissima disabilità che normalmente non interagisce in alcun modo, è visibilmente toccato in profondità dal brano. Sembra che cerchi di cantare anche lui.

INCONTRO 3: I ragazzi sono più sciolti e fiduciosi nei nostri confronti; confermano di gradire l'uso di piccole percussioni che ci permettono di includere anche chi è meno performante nell'utilizzo della voce. Cantiamo tutti insieme e leggiamo un'antica favola russa come spunto per creare le voci dei vari personaggi (che sono tutti animali).

A fine dell'incontro riproponiamo l'ascolto di "Halleluja" ed anche questa volta la reazione di Nino è di evidente coinvolgimento. Sembra cercare di cantare sulle note della canzone. Questo ci incuriosisce e ci porta ad ipotizzare un futuro contatto con i familiari del ragazzo per poter fare con il loro aiuto un'anamnesi musicale più accurata. Sappiamo dall'educatrice che Nino ascolta le "Fiabe Sonore" ed anche questo ci spinge a cercare in questa direzione nuove strade per instaurare un dialogo con lui.

CONCLUSIONI E FATTORI TERAPEUTICI

L'uso delle Onomatopee ha permesso l'espressione individuale e di gruppo tramite un codice per me estremamente efficace e che definirei para-linguistico. Esso prescinde dalla parola, che non viene mai impiegata, ed usa il verso, il suono, il rumore in funzione puramente evocativa. Riprodurre ad esempio un animale come un gatto tramite l'imitazione del suo verso prescinde dall'uso della parola "gatto" (il significato) ma lo richiama immediatamente con efficacia. In questo senso potrei affermare che l'Onomatopea sia altamente significante e simbolica senza dover impiegare il significante ed il simbolo per eccellenza, la parola; cosa estremamente vantaggiosa per pazienti fortemente compromessi sul piano dell'espressione verbale.

Il rischio implicito di questo progetto era però quello di agire in maniera troppo potente sul piano della *regressione*. La psicologia dinamica intende per "regressione" (cit. Galimberti, "Dizionario di Psicologia", ed. Utet, Torino, 1992) un *ritorno a forme precedenti dello sviluppo del pensiero, delle relazioni emotive, affettive, oggettuali, nonché delle modalità comportamentali; in altre parole una riattivazione di ciò che è stato "fissato", "trascritto", nelle varie fasi evolutive.*

Ugualmente, in termini benenzoniani, per "regressione" si potrebbe definire il recupero più o meno cosciente di ambienti

sonori, suoni, melodie, ritmi, presenti nell'Isola del soggetto (la sua memoria musicale più recondita). Benenzon ne parla come di un patrimonio sonoro con il quale il terapeuta dovrebbe sintonizzarsi per entrare in relazione, dando generalmente a questa forma di regressione indotta un'accezione positiva.

La mia paura era che, durante un'eventuale momento regressivo, ri-affiorassero significati negativi che, privi della mediazione del significante, avessero una forza destabilizzante sui soggetti; in altre parole che il simbolo puro, se fonte di sofferenza e tanto più spogliato della mediazione del linguaggio, potesse arrecare in individui così regrediti sul piano relazionale, un carico destabilizzante di dolore e sofferenza.

Durante questa esperienza però, se delle regressioni si sono realizzate, sono state benigne; questo ci ha indotto tra l'altro ad introdurre l'ascolto di alcune ninne-nanne (l'elemento regressivo per antonomasia), poi modulate creativamente dai pazienti. Se si è realizzata una regressione, questa ha fatto risuonare elementi rassicuranti e consolatori, non nostalgici e tanto meno depressivi.

Per quanto riguarda invece i Fattori Terapeutici di Gruppo attivati, potremmo dire che si sia sviluppata nel corso degli incontri una forte matrice di gruppo, altrimenti assente nella quotidianità dei pazienti dove ognuno conduce un'esistenza per lo più isolata e modulata sui ritmi di accudimento degli operatori sanitari. Si è sviluppato un discreto attaccamento al lavoro collettivo, rinforzato via via dall'approfondimento delle relazioni interpersonali e dai ruoli giocati dai pazienti stessi. Si può dire che sia nata una coscienza di appartenenza alla classe di musicoterapia, così come la coscienza della possibilità di ottenere dei progressi in termini di comunicazione e di prestazione, nata dal rispecchiamento di sé stessi negli altri e nelle loro reazioni alle sollecitazioni dei tirocinanti, così come dall'osservazione dei reali miglioramenti o cambiamenti degli altri pazienti del gruppo. E' nata in alcuni una certa autostima di fronte alle proprie inattese capacità di adattamento al lavoro collettivo.

Riflessioni sul percorso di studio

Non avessi incontrato all'età di 17 anni Sebastiano non sarei lo stesso. Ciascuno di noi può dirlo, declinandolo con i nomi più disparati, di ogni persona che gli abbia cambiato la vita. Così è stato per me. Cresciuto musicalmente coi dischi dei Beatles e di Louis Armstrong, dei Platters e di G. Gershwin, di Paul Anka e dei successi di Sanremo, che mia madre, donna a suo modo preveggenete, mi regalò in tenera età, ho da subito manipolato la musica come rifugio durante un'adolescenza difficile. Ma Sebastiano...lui mi fece scoprire Jimi Hendrix, Neil Young, i primi eccessi, le notti a girovagare e tanto altro...in una parola la libertà. La musica da rifugio si trasformò in una prospettiva di fuga dalle mie chiusure e da una vita priva di colori. Da lì, la scoperta del jazz di Charles Mingus e, dopo la laurea in Economia, lo studio della chitarra, l'incontro con la cantante Gregoriana Somazzi ed il suo sconfinato talento, una vita da musicista bella, piena, difficile, ricca di viaggi, esperienze di ogni tipo, gioie e delusioni. Poi venne il lavoro come insegnante ed arrangiatore. La scomparsa di Gregoriana, mia compagna di vita, la tentazione di abbandonare tutto, il buio. Una sera esco con un amico, non mi aspetto nulla da tempo ma incrocio lo sguardo di Letizia, la invito a cena fuori e, fra le tante cose che le racconto, provo a convincerla che la musica per me sia oramai solo un passatempo; lei mi sorride, a tratti ride proprio, non ci crede nemmeno per un attimo. Infatti riprendo le prove ed i concerti. Diventare padre non era tra quelli che credevo fossero i miei programmi ma nasce Francesco. Scelgo io il suo nome e la vita da allora si rinnova ogni giorno. La musicoterapia è per me pressochè sconosciuta, mia moglie mi dice "prova"; alla prima lezione del dott. Gerardo Manarolo accade qualcosa, rimango affascinato. Frequento il corso e trovo dei colleghi studenti coi quali condivido fatiche e risate. Mi sento parte di un gruppo nel quale potermi esprimere liberamente senza rinunciare al mio essere il solito outsider fuori dal coro. Prima di concludere gli esami, inizio il tirocinio col dott. Andrea Masotti che con pazienza e passione mi introduce al lavoro in Equipe all'interno di due RSA per disabili gravi e mi inserisce in un gruppo di lavoro professionale che mi accoglie subito "da pari" pur essendo io un tirocinante.

A loro va un sentito grazie di cuore. L'impatto con i pazienti, la sofferenza, il lato inumano della patologia è forte. Istantaneamente interagisco con loro improvvisando, come ho sempre fatto nella musica jazz. Immagino una loro soggettività musicale e cerco di sintonizzarmi con essa, con le note, con la voce, con il corpo e con l'uso spesso non convenzionale della chitarra, come avevo fatto per tanti anni di fronte ai miei allievi. Scoprirò con gioia ed a posteriori, nel libro "Casi clinici di Musicoterapia" di Kenneth E. Bruscia, generosamente datomi dal dott. Andrea Masotti, tantissime analogie e punti di contatto con quel modello. In fondo si trattava di sintonizzarsi usando un linguaggio non verbale, pratica che mi aveva permesso di superare prima le mie difficoltà comunicative ed in seguito di esprimermi ai tempi dei concerti dal vivo. La musicoterapia è per me scommettere su di un incontro possibile tra estranei che difficilmente entrerebbero in relazione e che invece risuonano, sicuramente con emozioni diverse, ma pur sempre all'unisono, attraverso il linguaggio musicale. Bisogna scavare, sporcarsi, superare lo sconforto ma la gioia del contatto era ed è per me ancora più grande di un applauso dopo un concerto di successo. La patologia della disabilità grave e la musicoterapia hanno reso possibile sperimentare il contatto con pazienti dotati di una soggettività esente da retorica e convenzioni. Estranei e familiari allo stesso tempo.....trattandosi, nel mio caso, pur sempre di un incontro tra outsider.

Allegato

Sintonia nella musicoterapia per bambini piccoli con autismo: rivisitare le qualità della relazione come meccanismi di cambiamento

Una ricerca di Karin Mossler-Wolfgang Schmid-Jorg Abmus-Laura Fusar-Poli-Christian Gold

Edito da “Springer Science” (Berlino), pubblicato su “PubMed” il 18 marzo 2020

Questo studio ha esaminato se la sintonizzazione musicale ed emotiva comporti o meno benefici attraverso l'impiego della musicoterapia improvvisata con bambini affetti da autismo, di età dai 4 fino ai 7 anni, con assenza o limitazione del linguaggio e basso quoziente intellettivo. La sintonizzazione ed i cambiamenti nelle abilità sociali generalizzate sono stati valutati utilizzando strumenti standardizzati come la valutazione della qualità della relazione, i principi della musicoterapia improvvisata, l'ADOS (uno strumento di osservazione interattiva per confermare una diagnosi di DSA), e l' SRS (Social Responsivness Scale, impiegato per misurare il grado di compromissione sociale associato ai disturbi dello spettro autistico).

In contrasto con lo studio pilota precedente degli stessi autori, non sono stati trovati effetti significativi tra la sintonizzazione ed i cambiamenti nei risultati, ma solo tendenze nella stessa direzione. I risultati suggeriscono che i cambiamenti nella gravità dei sintomi sia associata alla capacità del terapeuta di sintonizzarsi con il bambino.

Un caso analizzato: “Tom poteva vedere, dal suo posto preferito nella stanza di MT, tutte le macchine sulla strada. Non mostrava interesse per nessuno degli strumenti musicali che erano disponibili nè per il terapeuta. Costui, seguendo la sua risonanza interiore, iniziò a cantare quello che poteva vedere per strada. Emerse un blues. In seguito il terapeuta introdusse una linea di coro al precedente blues che era più dinamica e più veloce nel tempo, immaginando che un bambino di 3 anni potesse essere pieno di energia e che gli piacesse muoversi più di quanto mostrasse. Quando sentì il nuovo coro Tom saltò dalla sedia e cominciò a girare su se stesso; la musica sembrava toccarlo, in qualche modo lo svegliava. Immediatamente il terapeuta sincronizzò la sua linea di coro con i movimenti di Tom, sintonizzandosi con la sua dinamica. Quando incontrò esattamente il suo movimento Tom smise di girare per alcuni secondi, lo guardò e sorrise per la prima volta”.

Durante l'infanzia la sintonizzazione sensibile tra il neonato ed il caregiver primario crea e modella esperienze relazionali che portano a modalità di attaccamento ed all'ulteriore sviluppo della comprensione sociale. La sintonia diventa osservabile attraverso i movimenti sincronizzati del corpo così come attraverso le azioni coordinate empaticamente, accompagnate dalla regolazione affettiva, dalla condivisione e dalle espressioni.

Attraverso la capacità umana di rilevare corrispondenze cross-modalità i neonati sono in grado di sincronizzare i loro movimenti in tempo, forma ed intensità con il loro caregiver e di condividere con lui gli stati soggettivi interni. I successi delle interazioni affettive reciproche tra il neonato ed il caregiver sostengono la capacità dei neonati di organizzare ed autoregolare le esperienze sensorio-motorie ed affettive. Allo stesso tempo rafforzano ed estendono le capacità del caregiver di impegnarsi affettivamente con il bambino.

Tutte le conquiste precoci favoriscono un ulteriore sviluppo sociale cognitivo e linguistico.

Quando il bambino scopre che il Focus dell'attenzione, lo stato del sentimento e l'intenzione possono essere condivisi e che gli stati affettivi che non corrispondono possono essere riparati, l'intersoggettività può svolgersi naturalmente. Tuttavia queste esperienze potrebbero non evolvere necessariamente in bambini con diagnosi successiva di una condizione dello spettro autistico (DSA).

I deficit nella comunicazione sociale e nell'interattività si trovano infatti correlati a deficit nell'elaborazione sensoriale e nella regolazione delle emozioni. Inoltre, cosa ancor più importante, i deficit nella cognizione e nella comunicazione sono stati proposti come secondari alle debolezze nel controllo prospettico dei movimenti ed alla maturazione delle abilità senso-motorie.

Questa tempistica senso-motoria è cruciale per la comprensione sociale, la creazione di senso partecipativo e la

crescita naturale in ritmi e schemi familiari .

Le differenze nell'organizzare, sincronizzare e regolare le informazioni sensoriali ed il movimento potrebbero ostacolare od impedire lo sviluppo, per cui queste differenze devono essere viste e riconosciute in quanto possono incorporare i modi unici delle persone di comunicare ed impegnarsi con il mondo.

Sintonia musicale ed emotiva

In musicoterapia la sintonizzazione musicale ed emotiva viene utilizzata per consentire momenti di sincronizzazione e per creare momenti di sintonizzazione affettiva e di condivisione emotiva. Si presume che una sintonia di successo aumenti le opportunità per il bambino di migliorare la consapevolezza di sé, di sperimentare l'attenzione condivisa e la reciprocità sociale e di migliorare la comunicazione . Tuttavia poco si sa sul fatto che la sintonizzazione possa servire o meno come meccanismo di cambiamento in contesti terapeutici con persone con DSA.

La sincronizzazione potrebbe rappresentare una caratteristica promettente della sintonizzazione.

La ricerca sull' autismo ha dimostrato che la sincronizzazione del comportamento interpersonale produce nei bambini l'imitazione socialmente impegnata . La sincronizzazione dei movimenti e l'imitazione è stata associata ad esempio negli adulti ad un aumento dell'empatia e delle emozioni.

Sulla base dei risultati promettenti del pilota di questo studio, i ricercatori ne estendono la dimensione.

Le domande di ricerca che si decide di affrontare sono:

- 1) se la sintonia musicale ed emotiva, vista come qualità relazionale cruciale tra il musicoterapista ed il bambino, produca cambiamenti generalizzati nei tratti fondamentali dello spettro autistico quali la comunicazione limitata e le abilità di interazione sociale.
- 2) se l'intensità della terapia, cioè il numero di sessioni di musicoterapia alla settimana, sia associata al livello di sintonia raggiunto.

Metodi

Disegno dello studio

I partecipanti sono stati randomizzati a 2 livelli di intensità della musicoterapia, bassa intensità contro alta intensità, in un rapporto di uno ad uno.

I partecipanti ammissibili avevano un'età compresa tra i 4 ed i 7 anni ed una diagnosi di DSA pari ad ICD-10. Essi provenivano da 9 paesi tra cui Australia, Austria, Brasile, Israele, Italia, Corea, Norvegia, Regno Unito ed USA.

Tutti i partecipanti hanno seguito il medesimo protocollo in tutti i paesi.

Interventi

Dei 101 partecipanti inclusi in questo studio 50 sono stati sottoposti a musicoterapia a bassa intensità e 51 ad alta intensità. La musicoterapia a bassa intensità consisteva in un massimo di una seduta alla settimana e quella ad alta intensità in un massimo di 3 sedute alla settimana, entrambe per un periodo di 5 mesi. La musicoterapia è stata fornita su di una base improvvisativa informata dalla psicologia dello sviluppo, di seguito chiamata IMT.

I principi dell' IMT potevano essere adattati ai vari contesti ed alle differenti culture. Sono stati coinvolti nello studio 27 musicoterapisti qualificati (19 femmine ed 8 maschi) con un'età media di 34,5 anni ed una media di anni di esperienza pari a 6,8. Anche se i terapisti di questo studio avevano background formativi diversi e provenivano da culture diverse, i terapisti hanno agito su di una base metodologica comune.

Valutazione e variabili di processo

Per valutare la sintonia musicale ed emotiva tra il terapeuta ed il paziente sono stati usati due approcci: uno utilizzando la Valutazione della Qualità della Relazione (A.Q.R), l'altro utilizzando la Valutazione di Fedeltà ai parametri standard dell' IMT.

L' AQR è uno strumento di valutazione basato sulla psicologia dello sviluppo ed impiega tre scale:

- 1) espressione strumentale
- 2) espressione vocale o pre-parlato
- 3) espressione fisico-emotiva (che riflette il linguaggio del corpo del bambino)

Ogni scala viene valutata secondo 7 modi:

- Modus 0 = mancanza di contatto o rifiuto del contatto
- Modus 1 = contatto sensoriale
- Modus 2 = contatto funzionalizzato
- Modus 3 = contatto con sè stessi ed autoconsapevolezza
- Modus 4 = contatto con un altro ed intersoggettività
- Modus 5 = relazione con l'altro ed interattività
- Modus 6 = esperienza comune ed interaffettività

Il successo della sincronizzazione è stato ipotizzato quando sia il bambino che il terapeuta hanno agito sullo stesso Modus.

Tutte le variabili di processo sono state valutate sulla base di sequenze video.

Risultati

Caratteristiche del campione

Le caratteristiche di base erano simili nei vari paesi, con una grande maggioranza di maschi diagnosticati con autismo infantile ed un basso quoziente intellettivo medio (inferiore a Q.I.=70).

Analisi descrittiva dei Modus A.Q.R

L'analisi indica che il Modus principale per bambino ed il Modus del terapeuta rimangono relativamente stabili durante le 20 settimane di terapia. Il Modus più comune per bambino, il 3, è stato osservato in circa il 30-40 % delle sessioni di terapia. Questo era seguito in ordine di grandezza dal Modus 2, dal Modus 4 e dal Modus 1.

Il Modus 3 è stato anche osservato per il 20-40% dei terapisti, mentre il Modus più frequente per i terapisti era il Modus 4.

Questi risultati potrebbero indicare che le possibilità per il terapeuta ed il bambino di incontrarsi sullo stesso Modus possono essere più alte quando il bambino funziona su modi relativamente alti, dal 3 in sù, mentre i bambini che presentano dei modi più bassi possono non essere incontrati dal loro terapeuta.

Le corrispondenze sui modi principali del bambino sono stati osservati più frequentemente per la scala vocale (69,7%) seguita da un tasso di corrispondenza del 53% sulla scala strumentale e del 39,8% sulla scala fisico emozionale.

Sulla base di questi risultati sembra essere più difficile entrare in relazione con i bambini che comunicano e si esprimono principalmente attraverso le espressioni corporee.

Discussione

Risultati

I terapisti tendono ad essere su un Modus più alto rispetto ai bambini ed il tasso di corrispondenza cambia poco nel tempo.

I bambini sono stati valutati col Modus 2 nel 20% dei casi, mentre i terapisti sono stati osservati sul Modus 2 solo nel 2% dei casi. Un quadro simile può essere descritto per il Modus 1 (bambino al 14% e terapeuta al 2%).

Può essere che i terapisti non siano consapevoli di questi modi inferiori o che non siano addestrati ad incontrare i

bambini su questi modi.

Può essere anche che la musicoterapia abbia effetti che sono troppo sottili per essere catturati a breve termine.

Ciò significa che il successo della sintonizzazione è stato rilevato principalmente per gli aspetti interpersonali della comunicazione e dell'impegno ma non per gli aspetti intrapersonali e corporei che sono però più rilevanti per la maggior parte della popolazione che presenta un linguaggio verbale assente o molto limitato.

Le questioni relative a tratti tipici dei bambini affetti da DSA, quali ad esempio le stereotipie ed i comportamenti limitati e ripetitivi, fortemente presenti nei modus 1 e 2, potrebbero però incoraggiare i musicoterapisti a muoversi e suonare di più in relazione alle espressioni corporee, creando opportunità per esperienze di sintonia, proprio perché le caratteristiche espressive della musica come il tempo, la dinamica, il timbro e l'altezza possono corrispondere alle forme dinamiche delle espressioni affettive corporee ed emotive.

In questo studio emerge invece che i musicoterapisti sembrano essere maggiormente addestrati e qualificati in modalità di lavoro interattive, che si rivolgano all'esplorazione del bambino, della sua voce e degli strumenti musicali, come all'attenzione congiunta o ad un'esperienza condivisa di gioia.

Tuttavia non tutti i bambini potrebbero essere in grado di impegnarsi già in modalità di lavoro interattive, che richiedono una certa consapevolezza del partner di interazione.

Implicazioni per la ricerca

I bambini potrebbero essere a rischio di essere sottovalutati quando ci si avvicina a loro con una concezione convenzionale basata sui loro punti di forza e sui loro deficit nelle abilità sociali generalizzate invece di riconoscerne una variabilità neurodiversa ed individuarne i potenziali.

I cambiamenti relazionali connessi ai processi di sincronizzazione potrebbero poi essere visibili solo a livello corporeo, come i cambiamenti nel movimento, nella regolazione ed espressione affettiva o nella percezione sensoriale.

La ricerca sulla psicoterapia ha dimostrato che la sincronia del movimento è associata all'affettività positiva e ad una qualità positiva della relazione. Potrebbe essere un campo futuro da esplorare se questi momenti sincronizzati di sintonizzazione in musicoterapia contribuiranno a cambiamenti positivi nei bambini con DSA.

Conclusioni

Questo studio non replica i risultati positivi del campione precedente che invece suggeriva un'associazione significativa tra qualità musicali ed emotive di sintonizzazione e riduzione dei sintomi nei bambini con DSA.

I risultati attuali sottolineano le sfide relazionali nel lavoro con bambini con alti livelli di comportamento limitato e ripetitivo, basso Q.I e linguaggio verbale limitato e quanto la sincronia potrebbe essere più difficile da raggiungere con essi.

La musicoterapia potrebbe contribuire ad una teoria integrata sull'autismo che sposti l'attenzione sul corpo umano e sul suo ruolo nella cognizione, nell'emozione e nell'interazione sociale. Attraverso la loro capacità unica di sintonizzare dinamicamente e flessibilmente la musica a tutti i tipi di espressione, i musicoterapisti avrebbero invece la possibilità di relazionarsi con le particolarità del muoversi, del suonare, del percepire e dell'emozionare, in una parola di dare un senso al mondo, dei bambini con DSA.

La musicoterapia allora può essere vista come un approccio orientato alle risorse, che si collega ai punti di forza dei bambini, interpretando le loro particolarità come possibilità piuttosto che come deficit.

Considerazioni personali

Penso che la ricerca metta in luce con sincerità una criticità dell'operato dei terapisti coinvolti nello studio: la difficoltà a "scendere al livello" dei bambini con DSA grave. Mi riferisco alla difficoltà ad incontrare il bimbo nelle sue espressioni fisico-emotive, a comunicare col linguaggio del corpo anziché con l'espressione vocale o strumentale. A tal proposito sono eloquenti le basse percentuali di sintonizzazione dei terapisti sui modus inferiori

dei piccoli pazienti, quelle del contatto sensoriale o funzionalizzato. Ciò in contrasto con le grandi potenzialità che avrebbe invece l'approccio musicoterapico proprio nei confronti di tali casistiche.

Bibliografia

- AA.VV (a cura di Manarolo-Borghesi), "Musica & Terapia", ed. Cosmopolis, Torino, 1998
- AA.VV (a cura di Manarolo-Guzzoni), "Musicoterapia e Autismo", ed. Cosmopolis, Torino, 2018
- AA.VV (Albiero-Matricardi), "Che cos'è l'empatia", ed. Carocci, Roma, 2006
- AA.VV (Angelini-Bertani), "Giovani uguali e diversi: il lavoro degli psicologi con gli adolescenti disabili", ed. Psiconline, Chieti, 2010
- AA.VV (Giberti-Rossi), "Manuale di psichiatria", ed. Piccin & Vallardi, Padova, 1996
- AA.VV (Marcelli-Braconnier), "Adolescenza e Psicopatologia", ed. Masson, Milano, 2006
- AA.VV (Schalock-Verdugo), "Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners", ed. Vannini, 2002
- AA.VV (Schon, Kabiri, Vecchi), "Psicologia della musica", ed. Carocci, Roma, 2018
- AA.VV (Miguel Ángel Verdugo, Laura E. Gómez, Benito Arias Mónica, Santamaría Ester Navallas, Sonia Fernández, Irene Hierro), "Scala San Martin-Valutazione della qualità della vita delle persone con disabilità gravi", Fundación Obra San Martín, Santander, 2014
- Anffas Onlus, "Progettare qualità della vita - Strumenti verso l'inclusione sociale, matrici ecologiche e progetto individuale di vita per adulti con disabilità intellettive e/o evolutive", report conclusivo e risultati progetto di ricerca, Roma, giugno 2015
- Baumgartner Emma, "L'Osservazione del Comportamento Infantile", ed. Carocci, Roma, 2017
- Bencivelli Silvia, "Perché ci piace la musica", ed. Sironi, Milano, 2015
- Benenzon Rolando, "Manuale di Musicoterapia", ed. Borla, Roma, 1984
- Bruscia Kenneth, "Casi Clinici di Musicoterapia-bambini ed adolescenti", ed. Ismez, Phoenix-USA, 1991
- Caterina Roberto, "Che cosa sono le artiterapie", ed. Carocci, Roma, 2005
- Ceri Emilia, "Culla di note", ed. Cosmopolis, Torino, 2015
- Clot Yves, "La funzione psicologica del lavoro", ed. Carocci, Roma, 2006
- Collisani Amalia, "Musica e Simboli", ed. Sellerio, Palermo, 1989
- Cremaschi Giulia, "Musicoterapia Arte della Comunicazione", ed. Scientifiche Magi, Roma, 1996
- Delalande Francois, "La Musica è un Gioco da Bambini", ed. Clueb, Bologna, 2016
- Delalande Francois, "Le condotte musicali", ed. Clueb, Bologna, 1993
- De Pascalis Pierluigi, "La famiglia del disabile", dal blog "Disabili-Abili", 28 agosto 2016
- Di Benedetto Antonio, "Prima della Parola", ed. Franco Angeli, Milano, 2007
- Freud Sigmund, "Progetto di una Psicologia", ed. Bollati Boringheri, Torino, 1976
- Fubini Enrico, "Estetica della Musica", ed. Il Mulino, Bologna, 1995
- Fubini Enrico, "Intorno alla Musica", ed. Marsilio, Venezia, 2019
- Galimberti Umberto, "Dizionario di Psicologia", ed. Utet, Torino, 1992
- Giordano Elena, "Il senso estetico e la sofferenza psichica", dai "Quaderni italiani di Musicoterapia", Genova, 2018
- Lolli Franco, "Psicoanalisi della disabilità", intervista, www.pol.it, 2012
- Lorenzetti Loredano Matteo, "Musicoterapia Critica", ed. Unicopli, Milano, 2010
- Manarolo Gerardo, "Le cure musicali, applicazioni musicoterapiche in ambito psichiatrico", ed. Cosmopolis, Torino, 2012
- Manarolo Gerardo, "Manuale di Musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 2006
- Manarolo Gerardo, "Psicologia della musica e musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 2009
- Marcelli Daniel, "Psicopatologia del Bambino", ed. Masson, Milano, 2013
- Montinari Giandomenico, "L'inventiva del terapeuta come fattore di terapia", dai "Quaderni italiani di Musicoterapia", Genova, 2001
- Piaget Jean, "L'equilibratura delle Strutture Cognitive: problema centrale dello sviluppo",

ed. Boringheri, Torino, 1981

-Postacchini Pier Luigi, "In viaggio attraverso la musicoterapia", ed. Cosmopolis, Torino, 2006

-Stern David, "Le interazioni Madre-Bambino", ed. Cortina, Milano, 1998

-Trevarthen Colwyn, "Le emozioni intuitive", ed. Laterza, Roma-Bari, 1990

Ringraziamenti

A Francesco per la vita che mi dà

A Letizia per la sua straordinaria ed unica bellezza

Al dott. Andrea Masotti per la generosità del suo aiuto

Al dott. Gerardo Manarolo per quella prima lezione sulla Musicoterapia

Ai miei compagni di corso per l'amicizia ed il sostegno di un vero gruppo solidale

Ai miei colleghi di tirocinio che mi hanno accolto con apertura e senza pregiudizi