

**Corso di Musicoterapia – APIM**

**TESI DI DIPLOMA**

**MUSICOTERAPIA E AUTISMO IN FAMIGLIA**

**Simona Franchino**

**Relatore: Dott. Lorenzo TAMAGNONE**

## **INDICE**

### **MUSICOTERAPIA E AUTISMO IN FAMIGLIA**

#### **INTRODUZIONE**

#### **CAPITOLO 1**

##### **L'AUTISMO**

1. L'AUTISMO
2. EPIDEMIOLOGIA
3. IPOTESI EZIOLOGICHE
4. IPOTESI PSICODINAMICHE
5. IPOTESI ORGANICHE
6. IPOTESI COGNITIVE
7. MODALITA' D'INTERVENTO

#### **CAPITOLO 2**

##### **LA MUSICA COME TERAPIA**

1. LA MUSICOTERAPIA
2. MODELLI ITALIANI
3. MODELLI INTERNAZIONALI
4. TERAPIA CON I GENITORI

#### **CAPITOLO 3**

##### **MUSICOTERAPIA CON GENITORI DI BAMBINI AFFETTI DA ASD**

1. APPROCCIO TERAPEUTICO
2. IL METODO MOPC E RELATIVI RISULTATI
3. IL RUOLO DEL MUSICOTERAPEUTA

## CAPITOLO 4

### FAMIGLIE E PROGRAMMI DI APPRENDIMENTO MUSICALE PRECOCE

4.1 BAMBINI IN BOPPIN' (Bopping babies)

4.2 FARE IL GENITORE USANDO LA MUSICA

4.3 CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

*My idea is that there is music in the air,  
music all around us;  
the world is full of it,  
and you simply take as much as you require.*

*Edward Elgar*

*A mia madre e a mio padre.  
E' a loro che dedico la realizzazione di questo lavoro  
ed il raggiungimento di questo obiettivo.*

## **INTRODUZIONE**

Nell'ultimo decennio, c'è stato un aumento nel numero di bambini con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (ASD).

Secondo uno dei maggiori centri di prevenzione negli Stati Uniti, il Center for Disease - Controllo e prevenzione, 1 su 100 bambini negli Stati Uniti sono affetti da questo disturbo.

Ricerche precedenti hanno dimostrato che avere un figlio con disabilità come l'ASD presenta una serie di sfide che riguardano l'intera unità familiare, la salute, il benessere e le esperienze dei singoli membri della famiglia nel corso della loro vita.

Questi fattori di stress si sommano alle difficoltà relative nell'orientamento nella miriade di servizi educativi, servizi medici e comportamentali; difficoltà finanziarie legate al costo delle cure, e aspetti emotivi nell'avere un figlio con una disabilità.

Le sfide comportamentali spesso associate all'ASD possono lasciare la famiglia in una percezione di isolamento.

Inoltre, gli studi hanno dimostrato che i genitori di bambini con diagnosi di ASD provano maggiori quantità di ansia, depressione, stress e tensioni nelle relazioni

rispetto ai genitori di bambini in via di sviluppo o genitori di bambini con altri tipi di ritardi dello sviluppo.

Tuttavia, la letteratura recente relativa alle famiglie di individui con diagnosi di ASD o altre malattie e disabilità croniche dell'infanzia, hanno notato che queste condizioni croniche possono anche avere implicazioni positive per alcune famiglie.

Tali risultati positivi includono un senso nuovo o rinnovato di spiritualità, crescita emotiva, una connessione maggiore e una rete di comunità più ampia e più sviluppata.

Il supporto sociale è stato citato come fattore che contribuisce a contrastare gli esiti negativi dello stress. Il supporto sociale si sviluppa dalle relazioni e interazioni tra l'individuo, la famiglia ed i sistemi sociali più ampi. Questa prospettiva "ecologica" del supporto sociale si concentra sulla natura transazionale delle relazioni tra la famiglia e i sistemi esterni, riconoscendo la facoltà di essere utilizzata come protezione per fattori di rischio, e aumentano la capacità della famiglia di adattarsi alle sfide connesse alle difficoltà gestionali che scaturiscono da questa forma di disabilità. Pertanto lo stress, definito come un fattore di rischio, viene compensato dalle qualità protettive del supporto sociale.

Questo documento tenta di esaminare le relazioni tra sostegno sociale, resilienza familiare e lo stress dei genitori e dei loro figli con il supporto della musicoterapia.

## **CAPITOLO 1**

### **1.1 L'AUTISMO**

Il termine autismo viene utilizzato per la prima volta nel 1908 da Eugen Bleuer (1857-1939), psichiatra svizzero tra i primi sostenitori della teoria psicoanalitica, per riferirsi ad una particolare forma di ritiro dal mondo.

Secondo Bleuer (1908), l'autismo era caratterizzato da un restringimento delle relazioni con le persone e con il mondo esterno, così estremo da escludere qualsiasi cosa eccetto il sé proprio della persona.

Nel 1943 lo psichiatra Leo Kanner descrisse, chiamandoli “autistici”, un gruppo di bambini con gravi problemi della relazione e della comunicazione, e già in quella prima analisi sottolineò quanto fosse innaturale per una persona avere tanta difficoltà nell'entrare in relazione con altri esseri umani.

Hans Asperger, quasi contemporaneamente a Kanner, ma indipendentemente da lui, utilizzò il termine “autistischen psychopathen” (Asperger, 1944) per definire un disturbo che interessava una determinata popolazione infantile con sintomatologia in gran parte simile a quella descritta da Kanner per i suoi soggetti, ma con capacità cognitive nettamente superiori.

L'autore, come Kanner, sottolineò le difficoltà nell'adattamento sociale dei suoi pazienti e osservò i loro interessi isolati.

Entrambi diedero particolare attenzione alle stereotipie motorie o linguistiche di questi bambini, così come alla marcata resistenza al cambiamento; entrambi furono impressionati da occasionali e stupefacenti prestazioni intellettuali di questi soggetti, in aree però molto ristrette.

Asperger individuò tre importanti aree nelle quali i suoi soggetti differivano da quelli di Kanner:



1. Linguaggio: i soggetti di Asperger avevano un eloquio scorrevole. Nei soggetti di Kanner, invece, non si aveva linguaggio o esso non era usato in maniera "comunicativa";
2. Motricità: nella opinione di Kanner, i bambini risultavano "impacciati" solo rispetto a compiti di motricità complessa; secondo Asperger essi lo erano in entrambi, motricità complessa e fine;
3. Capacità di apprendere: Kanner pensava che i bambini mostrassero prestazioni più elevate quando apprendevano in maniera meccanica, quasi automatica; Asperger li descriveva invece come "pensatori astratti".

Nell'idea di Asperger e di Kanner ci si trovava di fronte, fin dalla nascita, a un disturbo importante che implicava problemi estremamente caratteristici.

Alla fine si configurarono due quadri diagnostici differenti: l'autismo di Kanner e la Sindrome di Asperger, anche se la somiglianza tra le due sono notevoli.

Nel ventennio successivo alle osservazioni di Kanner, anche grazie all'impostazione teorica di quest'ultimo, furono le teorie psicodinamiche il principale punto di riferimento nello studio dell'autismo.

Da allora la comunità scientifica ha compiuto grandi sforzi per individuare la causa di questo disturbo, allo scopo di intervenire nel modo più precoce, intensivo e quindi efficace.

Comportamenti ripetitivi e interessi particolari sono caratteristiche necessarie per la definizione dell'autismo non solo nell'originale descrizione di Kanner (1943), ma anche in ciascuna delle versioni successive del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM.IV) dell'American Psychiatric Association (1994).

Esso prevede l'esistenza dei cosiddetti disturbi pervasivi dello sviluppo, che includono il disturbo autistico, il disturbo di Asperger, il disturbo di Rett, il disturbo disintegrativo dell'infanzia e il disturbo pervasivo dello sviluppo non specificato.

Tutti disturbi accomunati da problemi di interazione sociale e comunicazione, accompagnati da stereotipie, interessi ristretti e altri sintomi.

In quasi mezzo secolo di ricerche, si sono susseguiti alterchi e dibattiti, ma ancora oggi l'origine e lo sviluppo patogenetico dell'autismo non sono noti, anche se, da qualche tempo la maggior parte degli studiosi inizia a concordare sull'idea di una multifattorialità delle cause (psico-neuro-biologiche).

Il DSM-IV identifica nell'autismo problemi in tre vaste aree:

- interazione sociale
- comunicazione
- modalità stereotipate di comportamento o interessi particolari.

## **1.2 EPIDEMIOLOGIA**

Nel corso degli ultimi vent'anni si è potuto constatare un aumento dei casi di autismo pari a 3-4 volte i rilievi epidemiologici precedenti (Linee Guida SINPIA). Un tale incremento potrebbe essere dovuto alla maggiore definizione dei criteri diagnostici, alla diffusione di procedure diagnostiche standardizzate e alla maggiore sensibilizzazione sull'argomento.

L'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche: è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, in ogni razza, in ogni ambiente sociale. Presenta, viceversa, una prevalenza rispetto alla variabile sesso, in quanto sembra colpire i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine.

I disturbi dello spettro autistico sono inclusi nella categoria dei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) nelle classificazioni DSM-IV e ICD-10, non identiche ma abbastanza sovrapponibili.

In primo luogo, è improprio parlare semplicemente di "autismo", in quanto nell'ambito dei DPS sono incluse patologie alquanto diverse: il Disturbo Autistico, precedentemente noto come autismo infantile o sindrome di Kanner, a esordio entro il terzo anno di età e in genere accompagnato da ritardo mentale e seria compromissione del linguaggio; la Sindrome di Rett, un raro (1/20.000) disturbo su base genetica associato a grave ritardo mentale; il Disturbo Disintegrativo Infantile o Sindrome di Heller, estremamente raro (1,7/100.000) e caratterizzato da un iniziale normale

sviluppo fino ai 2 anni di età; il Disturbo di Asperger, a riconoscimento più tardivo, in genere caratterizzato dalla presenza di competenze cognitive e linguistiche normali ma grave compromissione del funzionamento sociale; infine, il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS), nel quale rientrano i casi che, per età di esordio, o per assenza di alcuni sintomi chiave, o per minore gravità clinica, non rientrano nelle precedenti categorie diagnostiche. Quest'ultima diagnosi è caratterizzata da enorme variabilità clinica, non è specifica e si ritiene crei numerosi falsi positivi.

Un secondo punto importante da tenere presente nell'accostarsi agli studi epidemiologici sui DPS è che in questi disturbi, di complessa valutazione clinica e anamnestica, le diagnosi cliniche formulate in condizioni di routine possono avere bassa affidabilità e validità. Solo nel 1988 ha iniziato a essere disponibile uno strumento standardizzato di valutazione con accettabile attendibilità, la Childhood Autism Rating Scale (CARS), e solo nel 1994 e nel 2000 sono rispettivamente state rese disponibili delle interviste diagnostiche standardizzate con alta attendibilità e validità, la Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) e la Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), che richiedono un addestramento specifico e hanno lunghi tempi di somministrazione.

Sulla base delle precedenti considerazioni, si comprende come gli studi epidemiologici di prevalenza possano fornire stime molto diverse. Per esempio, una revisione di 21 studi condotti in 13 nazioni nel periodo 1987-2000 ha riscontrato tassi di prevalenza estremamente variabili per il Disturbo Autistico, compresi tra 2,5/10.000 e 30,8/10.000. Un ruolo importante nel determinare tale variabilità è giocato da vari fattori metodologici, quali differenze nel metodo di individuazione dei casi e nel campionamento della popolazione (p.es. studio realizzato ad hoc mediante riesame e rivalutazione di tutti i bambini all'interno di una popolazione vs studio basato su informazioni già raccolte e contenute in registri sanitari, sociali o scolastici), nella grandezza del campione studiato e dunque nella precisione della stima, nella categoria

diagnostica considerata, nelle fasce di età esaminate, e nelle procedure diagnostiche adottate. Discrepanze tra studi possono essere anche da ascrivere a differenze nella probabilità che un bambino con DPS venga riconosciuto e diagnosticato come affetto da DPS, legate a cambiamenti dei criteri e degli strumenti diagnostici, spostamento delle diagnosi (p.es. da ritardo mentale o disturbi specifici dell'apprendimento a DPS), anticipazione delle diagnosi, modificazioni di fattori socio-economici (p.es. maggiore disponibilità dei servizi, più sensibilità sociale e individuale al problema).

L'andamento in crescita delle stime di prevalenza sembra in parte anche legato a cambiamenti nella nosografia e nelle politiche sociali. I cambiamenti nosografici riflettono e a loro volta sostengono cambiamenti culturali. Nelle ultime due decadi, in corrispondenza a cambiamenti nosografici significativi si sono potute osservare fluttuazioni nelle stime di prevalenza piuttosto consistenti: ad esempio, è stato stimato che le modificazioni nelle pratiche diagnostiche rendano conto del 26% dell'aumento delle diagnosi di Disturbo Autistico in California tra il 1992 e il 2005. Anche le politiche sociali e i conseguenti cambiamenti legislativi in materia di disabilità possono determinare variazioni nelle stime di prevalenza, soprattutto quelle non derivate da campioni di popolazione generale. Va osservato che, sebbene differenze nella metodologia degli studi, cambiamenti nosografici e fattori socio-economici possano spiegare in misura significativa le discrepanze nelle stime di prevalenza, resta tuttavia aperta l'ipotesi che, almeno in parte, le differenze nel rischio di ricevere una diagnosi di DPS diverse possano essere dovute a differenze nella frequenza o nell'effetto di specifici fattori di rischio per l'autismo.

Per quanto concerne l'epidemiologia dei DPS, è necessario dunque rifarsi agli studi di alta qualità metodologica su campioni di adeguate dimensioni e rappresentativi di ampie popolazioni. Una recentissima revisione sistematica mostra che, in Europa, gli studi che hanno stimato la prevalenza del Disturbo Autistico hanno osservato tassi compresi nell'intervallo 1,9-72,6/10.000, con un valore mediano pari a 10/10.000, sulla base di campioni di popolazione compresi tra 826 e 490.000 soggetti. Il valore mediano sale a 18,8/10.000, con un intervallo di variazione da 7 a 39/10.000, se si

considerano solo gli studi relativamente più recenti, pubblicati a partire dal 2000. Stime comparabili sono state osservate negli studi effettuati a partire dal 2000 sia in America, sia nell'area asiatica del Pacifico Occidentale. Il tasso mediano di prevalenza osservato in America è pari a 22/10.000, con un intervallo di variazione da 11 a 40/10.000, e nel Pacifico Occidentale è pari a 12/10.000, con un intervallo di variazione da 2,8 a 94/10.000. Gli studi effettuati in Europa sono stati condotti su campioni di dimensioni molto variabili, comprese tra 2.536 e 134.661 partecipanti. In tali studi i tassi di prevalenza hanno mostrato una variabilità meno drammatica, anche se sempre rilevante, da 30 fino a 116,1/10.000, con una prevalenza mediana di 61,9/10.000. Negli studi condotti in America, la prevalenza mediana dei DPS è risultata del 65/10.000, con un intervallo di variazione da 13 a 110/10.000. Non vi è dunque evidenza di variazioni di rilievo nella prevalenza dei DPS per area geografica, né gli studi hanno documentato un forte impatto di fattori etnici, culturali, o socioeconomici.

Per quanto riguarda l'Italia, le stime di prevalenza sono basate sulle rilevazioni dei casi trattati dal SSN con diagnosi di DPS (F84 secondo la classificazione ICD-10). Tali dati sono disponibili nelle regioni dell'Emilia-Romagna e del Piemonte. Le stime più recenti indicano una prevalenza totale nella popolazione fino a 18 anni del 2,3/1000 in Emilia-Romagna (anno 2011) e del 2,9/1000 in Piemonte (anno 2010), con stime che salgono rispettivamente a 2,8/1000 e al 4,2/1000 nell'età della scuola primaria (6-10 anni).

In conclusione, l'epidemiologia costituisce una disciplina fondamentale per lo studio dei DSA, in quanto consente di stimare la prevalenza e l'incidenza di tali disturbi, descrivere le variazioni della loro distribuzione nel tempo e nello spazio, e di indagarne l'eziopatogenesi, nonché il ruolo di singoli fattori di rischio genetici o ambientali e di loro eventuali interazioni.

In considerazione della notevole complessità della patologia autistica e della difficoltà a condurre studi epidemiologici in questo campo, è necessario accostarsi alla materia

con molta prudenza, evitando letture semplicistiche dei risultati di singoli studi, e dedicando sforzi alla realizzazione di studi di alta qualità metodologica con procedure altamente standardizzate che consentano di ottenere risultati ben interpretabili e confrontabili.

### **1.3 IPOTESI EZIOLOGICHE**

#### **Eziopatogenesi**

Le cause dell'autismo sono a tutt'oggi sconosciute. La natura del disturbo, infatti, coinvolgendo i complessi rapporti mente-cervello, non rende possibile il riferimento al modello sequenziale eziopatogenetico, comunemente adottato nelle discipline mediche: eziologia → anatomia patologica → patogenesi → sintomatologia.

Va inoltre considerato che l'autismo, quale sindrome definita in termini esclusivamente comportamentali, si configura come la via finale comune di situazioni patologiche di svariata natura e probabilmente con diversa eziologia. In base alle attuali conoscenze, l'autismo è una patologia psichiatrica con un elevato tasso di ereditabilità e con una significativa concordanza nei gemelli monozigoti: il rischio di avere un altro bambino con autismo è 20 volte più elevato rispetto alla popolazione generale se si è già avuto

un figlio affetto.

Nonostante queste prove, non si conosce ancora quale sia il percorso eziopatogenetico che conduce allo sviluppo dei quadri di autismo; la ricerca si è orientata maggiormente a indagare il ruolo dei fattori genetici, mentre una relativamente minore attenzione è stata posta sui fattori ambientali o sulla interazione geneambiente, e si è focalizzata, specie negli ultimi anni, sullo studio del cervello, soprattutto attraverso le tecniche di neuroimaging, sia strutturale sia funzionale.

I dati finora prodotti dalla ricerca hanno evidenziato una forte eterogeneità e complessità nella eziologia genetica e anche l'identificazione di pathways cellulari o molecolari, possibile grazie alle nuove tecnologie, consente di avanzare solo ipotesi sull'origine del disturbo e nell'insieme non fornisce al momento elementi di certezza sulle cause, che restano sconosciute.

#### **4. IPOTESI PSICODINAMICHE**

Diversi autori di impostazione psicomodinamica si sono occupati di autismo, tra loro possiamo ricordare M. Klein, M. Mahler, F. Tustin.

In queste classificazioni l'aspetto descrittivo è secondario (mentre è prevalente per DSM IV e ICD 10), ed è privilegiato un approccio psicopatologico-dinamico.

Bettelheim, vedeva la causa dell'autismo nella percezione da parte del bambino di una ostilità con intenzione distruttiva nei suoi confronti da parte della madre, che non dobbiamo dimenticare rappresenta per il bambino il mondo intero.

L'autismo sarebbe quindi la reazione al timore di annullamento, e si manifesterebbe tramite la creazione di barriere e difese atte a mantenerlo fuori dal mondo e dai suoi



pericoli.

Un'autrice che ci ha lasciato un contributo di notevole spessore culturale e clinico é Margaret Mahler.

La Mahler ha costruito una teoria delle psicosi infantili (e dell'autismo in particolare) che mette in primo piano un elemento comune a tutti gli autori di linea psicodinamica, quello del rapporto madre-bambino.

La nascita biologica e la nascita psicologica del bambino non coincidono nel tempo; la nascita psicologica del bambino, secondo la Mahler, si svolge lentamente attraverso un processo di *separazione-individuazione*, che riguarda soprattutto l'esperienza del proprio corpo e il rapporto con l'oggetto d'amore primario, la madre.

Partendo dalla sua teorizzazione, la Mahler avanza delle nuove ipotesi sulla psicopatologia; in particolare, secondo l'autrice, si assiste allo sviluppo di una psicopatologia nel processo di separazione-individuazione quando il bambino é incapace di rispondere o adattarsi a stimoli che provengono dalla figura materna oppure reagisce con panico di fronte a ogni percezione di reale separazione. In altre parole il bambino non riesce ad organizzarsi intorno al rapporto con la madre vista come oggetto esterno d'amore.

La nascita psicologica di un individuo coincide con il processo di separazione-individuazione; la separazione si attua nell'emergere del bambino da una fusione simbiotica con la madre, mentre l'individuazione si attua nell'assunzione da parte del bambino di proprie caratteristiche individuali.

Durante i primi mesi di vita del bambino si possono osservare due fasi attraverso le quali passa e che possono essere considerate come i precursori del processo di separazione-individuazione:

- La fase autistica normale: dalla nascita fino al secondo mese di vita, nella quale il neonato é protetto dalle stimolazioni eccessive, in una situazione analoga a quella prenatale, in modo che ne sia facilitata la crescita fisiologica. In tale fase, l'organismo mira a pervenire ad un equilibrio omeostatico ed il bambino é fondamentalmente una realtà fisiologica, mentre non é ancora nato

psicologicamente.

- La fase simbiotica: dai due ai cinque mesi, in cui il bambino si abitua progressivamente al rapporto con la realtà sino a conquistare una propria identità. In questa fase la fusione allucinatoria del bambino con la madre, sancisce la nascita psicologica del bambino.

Le psicosi del bambino vengono interpretate dalla Mahler come deformazioni psicopatologiche di queste normali fasi di sviluppo dell'Io e delle sue funzioni nell'ambito del suo rapporto con il primo oggetto esterno, la madre.

Gli apparati dell'Io che di solito emergono dalla matrice di un rapporto con una figura materna normalmente disponibile, non si sviluppano o i nuclei dell'Io non si integrano.

Da questa situazione possono emergere due forme di psicopatologia:

- Bambini autistici, che si comportano come se la madre non esistesse;
- Bambini che hanno una organizzazione simbiotica e si comportano come se la madre fosse una parte di loro, e cioè non separata.

Questo precoce disturbo della relazione madre-figlio non va necessariamente imputata ad una incapacità o patologia della madre; è infatti difficile, secondo l'autrice, dire quale parte abbiano nell'eziologia dell'autismo, anche i fattori ambientali e quelli intrinseci del bambino.

## **1.5 IPOTESI ORGANICHE**

Numerose rassegne della letteratura mostrano come sia elevata la probabilità che le cause dell'autismo abbiano una base principalmente organica, nonostante solo in una parte dei bambini autistici siano stati individuati disfunzioni e danni neurologici. Si tratta di possibili alterazioni funzionali, morfostrutturali e biochimiche, le quali

potrebbero – secondo alcune teorie - avere una base genetica. Molti ricercatori concordano sul fatto che si tratta di multifattorialità di cause.

Per mezzo della risonanza magnetica funzionale, Courchesne (2002) ha esaminato il cervello di bambini autistici a partire dall'età di tre anni. I risultati del suo lavoro indicano che il 90% dei bambini autistici di età compresa tra i 3 e i 4 anni hanno un cervello di volume maggiore di quello dei bambini normali della stessa età; che gli autistici in età compresa fra i due e i tre anni hanno nel cervelletto un surplus del 12% di materia grigia ed un surplus del 18% di materia bianca rispetto ai soggetti "normali". Con l'età tali differenze tendono a diminuire, ad appiattirsi, e infatti già gli autistici adolescenti non presentano più il surplus stesso. Inoltre, le autopsie eseguite su soggetti affetti da autismo hanno evidenziato che essi presentavano, nella quasi totalità, un numero ridotto (rispetto a quello standard) di cellule di Purkinje nel cervelletto.

Dalle conclusioni della ricerca di Gillberg (2005) emerge che i soggetti autistici sono colpiti da malformazioni che riguardano l'asse cerebrale. Gillberg si interessa all'epidemia di thalidomide che colpì negli anni '60 circa 10.000 persone (delle quali 6000 sono sopravvissute). Egli nota che vi sono molti casi di autismo, oltre che di Mobius, in questo gruppo, e nota che in entrambe le patologie c'è un coinvolgimento dei nervi cranici.

Una teoria condivisa da molti studiosi è quella della disconnettività funzionale dell'autismo, che nasce dai primi rapporti neurobiologici di Damasio e Maurer (1978) e trova riscontro nelle evidenze neuroanatomiche relative ad altre sindromi neuroevolutive (Bullmore, Frangou & Murray 1977). La disconnessione dell'amigdala tra le regioni corticali orbitali e mediali prefrontali può avere come risultato un fallimento della trasmissione delle informazioni riguardanti la valenza dello stimolo (Bechara, Tranel, Damasio, 1996). In uno studio di Horwitz, Rumsey, Grady, et al. (1988) sono state riscontrate anomalie nelle correlazioni interregionali tra le concentrazioni metaboliche (riguardo al glucosio) nelle zone frontali, parietali e neostriatali, misurate tramite la tomografia ad emissione di positroni (PET).

Morgan, Romanski & LeDoux (1993) hanno scoperto che una delle funzioni della corteccia mediale prefrontale è quella di "arrestare" la reazione di paura attivata

dall'amigdala a seguito di uno stimolo emotivamente significativo. Alcuni studi sembrano indicare che, nel caso siano danneggiati il sistema mediale prefrontale e le sue connessioni con l'amigdala, non si riesce più ad arrestare la reazione di paura. (LeDoux, Cicchetti, Xagoraris, et al.,1990) e questo potrebbe spiegare gli alti livelli di ansia che i soggetti con ASD (autism spectrum disorder) sperimentano (Martin, Scahill, Klin, et al., 1999); infine, per ridurre tale ansia, potrebbe essere adottato un comportamento di evitamento del contatto visivo (Hutt & Ounsted, 1966)

Castelli, Frith, Happe, et al.(2002), utilizzando la risonanza magnetica funzionale, hanno riscontrato che nei soggetti autistici vi è una ridotta connettività funzionale tra la corteccia visiva extrastriata ed il solco temporale superiore, all'altezza della giunzione temporo-parietale. Ora, l'area in questione è coinvolta nell'elaborazione del movimento motorio e nelle abilità di pensare agli stati mentali.

Altri studi si sono occupati di alterazioni neurotrasmettitoriali, ovvero di alterazioni biochimiche. Alcuni autori hanno riscontrato nei soggetti affetti da autismo una disfunzione dopaminergica delle funzioni dell'attenzione, dell'emozione, della percezione e del comportamento, mentre altri autori hanno rilevato una disfunzione serotonergica. Altri lavori ancora suggeriscono invece la presenza di elevati livelli di oppioidi endogeni nel SNC dei bambini autistici.

Per quanto riguarda le alterazioni genetiche, negli anni '70 e '80 alcuni studi di tipo epidemiologico hanno messo in rilievo una forte componente genetica nell'eziologia dell'autismo. Sono state condotte ricerche su gemelli monozigotici e dizigotici e su famiglie con uno o più componenti autistici. I dati ottenuti hanno dimostrato un elevato tasso di concordanza per l'autismo nelle coppie monozigotiche, mentre è molto meno frequente che gemelli dizigotici siano entrambi autistici. Il tasso di ricorrenza familiare dei disturbi dello spettro autistico è risultato almeno 10-50 volte maggiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale, pari a 5-10 individui su 10.000.

Negli ultimi anni altri studi hanno individuato delle regioni cromosomiche in cui sembrerebbe siano localizzati i geni coinvolti nell'autismo. I risultati più significativi paiono riguardare particolari tratti dei cromosomi 2 e 7, ma regioni potenzialmente

interessanti si troverebbero anche nei cromosomi 15, 16 e 17. I geni candidati sono scelti in base alla loro localizzazione in specifiche regioni cromosomiche e alla loro funzione già nota nello sviluppo e nella fisiologia del cervello. Fra i “geni candidati” analizzati, si possono citare i geni WNT2 e RELN, ambedue localizzati sul cromosoma 7.

Ulteriori studi hanno riguardato i geni coinvolti nel metabolismo della serotonina o di altri neurotrasmettitori, e il gene MECP2, le cui mutazioni causano la sindrome di Rett. Recentemente (2006) un gruppo di ricercatori del quale facevano parte diversi medici italiani, guidato da Pat Levitt del Vanderbilt Kennedy Center for Research on Human Development, ha scoperto una singola mutazione genetica che raddoppia la suscettibilità di un bambino all'autismo. La mutazione individuata non è quella specifica di un gene del cervello: in effetti, essa influenza più sistemi del corpo, comprese le funzioni immunitarie e la riparazione intestinale. Il gene in questione è una variante del gene chiamato MET. Ciò sembra indicare che l'insieme complesso dei comportamenti e delle disabilità mentali che noi chiamiamo autismo non può, come si riteneva precedentemente, essere semplicemente un problema dello sviluppo del cervello, ma dovrebbe invece essere collegato a sottili problemi di sviluppo in ogni parte del corpo. Sebbene i risultati di più di un gruppo di ricerca convergano su queste regioni, va sottolineato che non tutti gli studi sono concordi e che alcuni team di ricercatori hanno messo in rilievo alcune regioni, altri ne hanno identificate altre. Queste discordanze potrebbero essere state causate da vari fattori, tra i quali l'eterogeneità dei geni che predispongono all'autismo, la complessità della definizione del fenotipo e le dimensioni non sufficientemente grandi dei campioni esaminati nei singoli studi.

## **1.6 IPOTESI COGNITIVE**

Alla fine degli anni '80 viene proposto un modello cognitivo basato sulla Teoria della Mente, il quale ipotizza che nell'autismo sia presente la disfunzione cognitiva, consistente nell'incapacità di rendersi conto del pensiero altrui. Frith, Leslie e Baron-Cohen suggeriscono appunto l'ipotesi che tale capacità sia assente nei bambini con ASD e parlano di carenza nelle capacità meta-rappresentative, ovvero della loro incapacità di "rappresentarsi le rappresentazioni". Conferme sperimentali si sono avute dal cosiddetto "test sulle false credenze". Tale test si basa sull'assunto teorico che nei giochi di finzione entri in azione un processo cognitivo che permette di immagazzinare separatamente gli eventi reali da quelli di finzione (o puramente mentali). Baron-Cohen et al. (1985), grazie all'esperimento sulle false credenze, hanno dimostrato che i bambini con ASD non riescono a formarsi una Teoria della Mente (ToM), cioè non sono in grado di immaginarsi gli stati mentali/emotivi e le intenzioni delle altre persone. Sono diverse le aree del cervello che vengono attivate durante un compito che richiede specifiche abilità ToM: la corteccia temporale e occipitale, l'amigdala e la corteccia orbito-frontale sono, in effetti, aree molto importanti per l'elaborazione di informazioni sociali (Baron-Cohen, 1995; Brothers, 1990). Altri studi hanno esaminato l'attivazione di determinate aree del cervello durante compiti ToM e di riconoscimento di indizi sociali (come per esempio l'espressione del volto). Tali studi indicano una minore attivazione della corteccia mediale prefrontale, del lobo temporale, dell'amigdala, e della corteccia temporale superiore nei gruppi con Autismo (Ashwin, Baron-Cohen, Wheelwright et al., 2006).

Da uno studio di Wing e Gould (1979) emerge che i disturbi di socializzazione, della comunicazione e dell'immaginazione hanno la tendenza ad apparire tutti insieme, piuttosto che isolatamente. Da tali osservazioni ha preso spunto un metodo di classificazione, che distingue utilmente tipologie di autismo diverse.

Secondo una teoria di Benda, l'apparente mancanza di affettività nei bambini autistici sarebbe da attribuire in primo luogo ad un'incapacità di astrazione, dalla quale deriverebbero le loro difficoltà di contatto con l'ambiente. Inoltre, sono state sviluppate

alcune teorie cognitivo - comportamentali che considerano l'autismo in primo luogo come una carenza o un eccesso di comportamenti, possibili da modificare. Il comportamento di una persona è visto come la risultante di molteplici fattori, come i disturbi organici di origine genetica e ambientale e il tipo di repertori in suo possesso, derivati dalla sua teoria di apprendimento. Le carenze sarebbero relative ai comportamenti adattivi del bambino, gli eccessi riguarderebbero i comportamenti auto-stimolatori e ripetitivi. Tali teorie prendono spunto dall'osservazione del comportamento sia del soggetto autistico che delle persone con le quali egli interagisce.

## **1.7 MODALITA' DI INTERVENTO**

La formulazione della diagnosi rappresenta il punto di partenza di un percorso da fare insieme (bambino, operatori dei servizi sanitari e sociali, famiglia, scuola). Tutti gli spazi esperienziali del soggetto possono e devono assumere una valenza terapeutica. La terapia, infatti, non è solo quella che si fa nel presidio terapeutico, ma sono terapie anche tutte le opportunità offerte al soggetto di agire ed interagire nei diversi contesti. Pertanto, la collaborazione tra le diverse figure che interagiscono con il bambino non può prescindere anche dalla organizzazione specifica del contesto, così che il percorso terapeutico risulti costante e sempre adeguato alle problematiche del soggetto autistico. Questo aspetto assume una rilevanza fondamentale se si considera la cronicità del disturbo stesso e la sua elevata pervasività. L'obiettivo principale di ogni percorso terapeutico deve essere il raggiungimento del maggior grado di autonomia e di indipendenza possibile per l'integrazione sociale.

L'intervento può essere così schematizzato:

- **Importanza della valutazione:** la comprensione delle caratteristiche della persona con autismo deve giungere dalla sua diretta osservazione/valutazione e non da idee preconcepite sulla sua patologia. Inoltre, la valutazione di efficacia degli interventi deve

potersi avvalere di criteri oggettivi e condivisibili.

- Collaborazione con i famigliari: la collaborazione dei professionisti con i famigliari parte dall'idea che la famiglia è veramente la risorsa principale per la persona con autismo.
- Migliorare l'autonomia: poiché i problemi su base organica della patologia non sono, al momento, reversibili, l'obiettivo attuale dei professionisti è quello di migliorare l'autonomia della persona con autismo. Ciò va fatto sia attraverso l'insegnamento di abilità al soggetto, sia attraverso l'adattamento dell'"ambiente di vita" in modo che il soggetto possa esprimervi il più alto livello di autonomia possibile.
- Individualizzazione dell'intervento: al fine di perseguire gli obiettivi di autonomia, deve essere fatta un'attenta valutazione sia delle abilità da insegnare sia dei deficit ai quali offrire un adattamento ambientale. La valutazione si avvale di strumenti formali standardizzati e validati sul campo.
- Insegnamento strutturato: per massimizzare il processo di apprendimento nelle persone con autismo bisogna puntare, attraverso le tecniche di "insegnamento strutturato", sui punti di forza, che sono stati individuati nelle abilità visuo-spaziali, nella memoria per associazione e all'interno di particolari ambiti di interesse. La strutturazione dello spazio fisico, dei programmi della giornata, delle procedure di esecuzione e delle singole attività deve essere individualizzata sulla base dei bisogni specifici della persona. La tecnica si rivela utile in tutto il ciclo di vita.
- Approccio cognitivo-comportamentale: riferimento all'approccio cognitivo-comportamentale sia per quanto riguarda l'intervento sia per la ricerca empirica, tenendo presente che da tempo i due filoni cognitivo e comportamentale si stanno integrando sempre di più.
- Miglioramenti delle abilità e accettazione dei deficit: un programma d'insegnamento efficace deve saper utilizzare i rinforzi positivi (es: premi concreti, approvazione sociale, motivazione intrinseca) per migliorare le abilità, e allo stesso tempo deve saper minimizzare i deficit attraverso l'adattamento ambientale in modo da non sottoporre il soggetto ad inutili frustrazioni.



- Servizi per l'intero ciclo di vita: l'autismo ha bisogno di interventi specializzati per tutto il corso di vita, che tengano conto delle caratteristiche peculiari della malattia e che allo stesso tempo sappiano individuare le differenti richieste presenti nella fase del ciclo di vita.

Nell'esperienza scientifica internazionale, gli interventi più utilizzati e validati sono quelli educativo-abilitativo, basati su un approccio globale alla situazione individuale, familiare, scolastica del soggetto autistico allo scopo di individuarne le risorse recuperabili e di facilitare cambiamenti adeguati dei contesti di vita.

Le strategie fornite da questi approcci danno anzitutto grande importanza ad un training altamente strutturato e spesso intensivo, adattato individualmente al bambino, per insegnargli a sviluppare le capacità sociali e comunicative. L'intervento deve essere più precoce possibile per avere migliori possibilità di riuscita.

Il Prof. Schopler, ideatore del programma TEACCH, usato da 30 anni nel North Carolina come programma di stato per l'autismo, in una ricerca catamnestica riferisce, nel 96% dei soggetti autistici seguiti, un buon livello di integrazione nel proprio ambiente sociale in situazioni lavorative più o meno protette. La strategia di fondo delle metodologie psicoeducative è quella di modificare nel modo adatto ai disturbi del bambino autistico l'ambiente di vita, per rendere leggibili le routines, l'organizzazione della vita quotidiana e facilitare la comunicazione, l'interazione sociale e l'apprendimento.

Quale che sia l'intervento scelto per rispondere alle esigenze del caso, nella formulazione del progetto terapeutico, devono essere definiti gli obiettivi e le strategie possibili per il conseguimento degli stessi.

In questa prima fase è essenziale la collaborazione dei genitori, per l'elaborazione delle priorità del programma d'intervento e per la generalizzazione degli apprendimenti. Gli operatori coinvolti nel trattamento dei bambini devono essere adeguatamente formati su differenti versanti: autismo, modalità di comunicazione e di relazionale con i bambini più piccoli, tecniche per favorire lo sviluppo delle competenze psicomotorie, psicolinguistiche, cognitive e psicosociali.

Dopo i 5 anni e per gli adolescenti l'intervento psicoeducativo rappresenta, come detto sopra, l'aspetto centrale del progetto terapeutico-riabilitativo, focalizzato sull'educazione secondo un programma strutturato per lo sviluppo delle autonomie. Le programmazioni e le verifiche continue sono indispensabili come la disponibilità di attività semiresidenziali e di programmi estivi, giacché i soggetti con questo tipo di disturbi spesso regrediscono in assenza di tali servizi.

Gli interventi psicosociali vanno rivolti alle attività di ricreazione, alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo sempre nell'ottica dell'approccio psicoeducativo che prevede la continuità dei servizi per l'intero periodo di vita del soggetto.

In ogni età è fondamentale che il progetto terapeutico sia altamente personalizzato e dunque elaborato sulla base di un profilo che definisca le aree di forza e di debolezza e i reali bisogni del bambino e del contesto. La scelta terapeutica, pertanto, non deve essere legata a rigidi schemi prestabiliti, ma deve essere dettata esclusivamente dalle esigenze del bambino, tenendo conto dell'età, e del livello di sviluppo. Infine, va tenuta in considerazione l'eterogeneità della sintomatologia e la sua variabilità nel corso del tempo. Questo rende necessarie periodiche valutazioni, verifiche e rivalutazioni del progetto terapeutico in rapporto alle esigenze che di volta in volta si vengono a determinare per valutare a distanza l'idoneità degli obiettivi a breve e medio termine scelti e la validità delle strategie utilizzate.

## **CAPITOLO 2**

### **LA MUSICA COME TERAPIA**

#### **2.1. LA MUSICOTERAPIA**

Per introdurre il concetto generale di musicoterapia e cominciare ad approcciarci a questo tipo di disciplina, riportiamo la definizione emersa nell'ambito del Congresso Mondiale di Musicoterapia di Amburgo (1996) che rappresenta una visione esaustiva e che meglio riflette la sua matrice culturale riproponendone i contenuti principali:

“La Musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia, armonia) per opera di un operatore qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo, nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi.

La Musicoterapia si pone come scopi quelli di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul

piano intrapersonale e/o interpersonale e conseguentemente una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia”.

Come commenta Raglio nel suo libro “Musicoterapia, teorie, applicazioni, ricerca, formazione e professione (2014), nella definizione di Musicoterapia appena riportata, questo tipo di disciplina mette al centro dei suoi interessi il paradigma suono-essere umano cercando di perseguire finalità preventive, riabilitative e terapeutiche attraverso un processo relazionale che si avvale di specifiche tecniche. Le principali tecniche consistono essenzialmente nell'ascolto musicale (definita “musicoterapia recettiva”) o nell'improvvisazione sonora musicale (definita “musicoterapia improvvisativa”) e come sostiene l'autore, “dovrebbero perseguire obiettivi riconducibili alla dimensione intra e interpersonale dell'individuo, nonché al ripristino e al potenziamento di funzioni compromesse dalla presenza di una patologia, riducendone i sintomi o prevenendo/stabilizzando le complicanze determinate dai sintomi stessi” (Raglio 2013, pag. 21).

Il punto focale della terapia risulta essere il nesso suono-relazione.

Come ricorda inoltre Alvin (1991), l'interazione musicale in musicoterapia, soprattutto l'improvvisazione musicale, può esser descritta e concepita come un linguaggio non verbale e preverbale che dà la possibilità alle persone con capacità verbali di accedere ad esperienze preverbal e alle persone con capacità esclusivamente non verbali di interagire in modo comunicativo senza l'utilizzo delle parole dando inoltre la possibilità a tutti di essere coinvolti in un livello relazione più emotiva rispetto a quella che si potrebbe raggiungere attraverso il verbale.

Le tecniche principali della musicoterapia nell'autismo includono: l'improvvisazione libera o strutturata, la vocalizzazione ed il cantare canzoni (musicoterapia attiva), e l'ascolto di musica registrata o suonata dal vivo (musicoterapia recettiva).

## **2.2. LA MUSICOTERAPIA IN ITALIA**

La musicoterapia, in Italia, nasce e si diffonde negli anni '70 grazie all'opera di promozione svolta dalla Pro Civitate Christiana di Assisi. Da questo percorso nascono pensieri e riflessioni sui processi terapeutici della musicoterapia e sui suoi fondamenti scientifici: l'approccio italiano considera l'elemento sonoro/musicale un “mediatore facilitante lo sviluppo di percorsi relazionali” passando attraverso la riabilitazione sino alla terapia. In questo tipo di approccio, possiamo riconoscere tre grandi contributi:

### **La Musicoterapia secondo Loredano Matteo Lorenzetti**

Questo modello di musicoterapia trae riferimento dalle teorie psicodinamiche, dalla teoria della complessità di Edgar Morin (1984) e dalla teoria dei sistemi. Lorenzetti pone al centro del suo pensiero il rapporto uomo-suono e la musicoterapia risulta essere il prodotto di questa interazione. Come esposto da Manarolo (2011) nel Manuale di Musicoterapia “per Lorenzetti il *suono-ritmo-movimento* costituisce una primaria ed

originale esperienza di proto comunicazione fra madre e feto che interpella lo spazio della comunicazione e della comunicazione terapeutica”.

Al centro del pensiero di Lorenzetti vi è quindi la *relazione* che è la modalità attraverso la quale l'uomo conosce e pensa l'altro. Gli essere umani nascono con una competenza a comunicare, in parte influenzata dalla relazione con la madre ed in parte influenzata dal contesto interattivo post-nascita: la persona con cui ci si interfaccia, quindi, non è una “lavagna bianca” ma una persona attiva in continua conoscenza.

Quando si parla di realtà, parliamo di relazione tra oggetti, in cui la natura dell'oggetto stesso non può essere intesa prescindendo dal dove l'oggetto si colloca: la musicoterapia, quindi, stabilisce un rapporto colloquiale tra Complessità Umana e Complessità Musicale.

Lorenzetti inoltre, propone un approccio fenomenologico che consiste nell'accogliere la persona per quella che è nella sua interezza, nel qui ed ora della situazione. La persona va' intesa come prodotto della sua storia. In questa teoria viene anche introdotto il concetto di “dinamismo” all'interno del processo diagnosi-intervento-prognosi-verifica. Si prevede, infatti, una presa in carico dinamica del paziente che comprende: l'Anamnesi dinamica per la quale la persona non è intesa solo attraverso la sua diagnosi (anamnesi della vita più anamnesi sonora), l'Osservazione partecipe grazie alla quale si osservano le modalità di relazione ambiente-persona-ambiente, la Diagnosi dinamica incentrata sulle parti sane della persona, l'intervento inteso come frutto della relazione e di ciò che essa stessa produce, ed infine la Verifica che consiste nella costante modulazione degli obiettivi sulla base della persona.

### **La Musicoterapia secondo Mauro Scardovelli**

Scardovelli concepisce la musicoterapia come una tecnica attuabile in contesti in cui il disturbo della comunicazione si esplicita in una “disarmonia e disarticolazione degli aspetti temporali-ritmici-energetici”.

Le teorie di riferimento di questo modello fanno capo a categorie proprie della

Pragmatica della comunicazione /Watzlawick, 1971), della PNL (programmazione neuro-linguistica), della Psicologia umanistica (Maslow, 1982) e della Teoria dell'attaccamento di Bowlby (1989).

Secondo Scardovelli, la musicoterapia, ha il compito di iniziare da ciò che il paziente porta. E' il paziente stesso a creare le condizioni per il proprio cambiamento ed il musicoterapista ha la funzione di facilitatore. Dal punto di vista metodologico, il musicoterapista dovrà seguire un processo di osservazione-ascolto-calibrazione di ciò che il paziente porta dando molta risonanza al concetto di “rispecchiamento” come strategia empatica per entrare in comunicazione con l'altro. Assumere il punto di vista dell'altro e cercare di entrare in sintonia sono elementi che porteranno il paziente ad identificare la comunicazione come vera. Lo schema di riferimento di questo metodo fa riferimento alla suddivisione del processo terapeutico in tre fasi: il MATCHING (combaciare), il PATCHING (andare al passo) ed il LEADING (condurre).

### **La Musicoterapia secondo Pier Luigi Postacchini**

In questo modello la musicoterapia viene definita come una tecnica mediante la quale diverse figure professionali attive nel campo della riabilitazione e della psicoterapia facilitano l'attivazione di processi di intervento di integrazione spaziale, temporale e sociale dell'individuo, attraverso strategie di armonizzazione della struttura funzionale dell'handicap per mezzo dell'impiego di parametri musicali. Tale armonizzazione viene perseguita con un lavoro di sintonizzazioni affettive, le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non-verbale.

Questo modello segue prettamente teorie di stampo psicodinamico, in particolar modo le concettualizzazioni di Freud, Bion, M. Klein, Leon, Rebecca Grinberg, Daniel Stern ed i contributi di matrice neuropsicologica di G. Moretti (1982).

Come riportato da G. Manarolo nel Manuale di Musicoterapia, la finalità della musicoterapia secondo Postacchini è quella di “costruire una relazione terapeutica attraverso il parametro sonoro-musicale che possa favorire un'integrazione spaziale (distinzione tra Sé e non Sé), temporale (dalla dimensione dell'essere a quella del divenire), e sociale (rapporto con il mondo esterno e definizione della propria identità)”.

Per l'autore, le strategie che il musicoterapista dovrebbe mettere in atto, sono legate ad un processo di “armonizzazione”.

“Alla base del questo processo di armonizzazione e della prassi musicoterapica troviamo il concetto di sintonizzazione: questa modalità attenta al come più che al cosa, impiega, per attuare una relazione interpersonale non-verbale, categorie trasmodali.

In sintesi, tale approccio, si prefigge di intervenire sull'esperienza emotiva del soggetto (in questo contesto sull'esperienza emotiva generata dalla musica all'interno di una dimensione relazionale) e, tramite processi di sintonizzazione, facilitare una maggiore armonizzazione e regolazione degli aspetti emotivi [...]” (Manarolo, 2011).

### **2.3 I MODELLI INTERNAZIONALI**

In occasione del “IX Congresso Mondiale di Musicoterapia” (Washington, 1999), sono stati definiti cinque modelli musicoterapici.

Quando parliamo di “modello” ci riferiamo ad un approccio unico e sistematico al metodo, alla procedura e alla tecnica basato su determinati principi (K. Bruscia).

I modelli che andremo ad elencare e descrivere corrispondono alcuni a tecniche di tipo attivo mentre altre ad approcci recettivi.



## I modelli di musicoterapia recettiva

Dei cinque modelli definiti, due corrispondono a tecniche di musicoterapia recettiva.

La GIM (musicoterapia di immaginazione guidata e musica): questo metodo, teorizzato da Helen Bonny, si sviluppa agli inizi degli anni '70 negli Stati Uniti.

Le sedute di GIM hanno una durata di 90 minuti e comprendono quattro fasi: una prima fase di “Conversazione Preliminare” in cui si individua un tema sul quale lavorare; “L'Induzione” (Rilassamento e concentrazione) in cui si cerca un rilassamento psicofisico e ci si concentra su di un'immagine importante; “L'Ascolto della musica” per il quale il terapeuta si attiva selezionando e proponendo della musica adatta a favorire l'esperienza emotiva, ed infine “L'Integrazione di quanto emerso” durante il quale il musicoterapista aiuta il paziente a riemergere dallo stato regressivo per ritornare ad uno stato normale di coscienza riferendo stati d'animo, emozione e riflessione inerenti all'ascolto.

“Si tratta quindi di un approccio recettivo che impiega, nel processo terapeutico, la mediazione verbale; tale metodica si prefigge di esplorare le potenzialità immaginative ed evocative, inducendo risposte affettive. “(Manarolo, 2011).

## **L'MTBe (musicoterapia comportamentale e cognitiva)**

Quasi inesistente in Europa, si sviluppa negli anni '60 negli Stati Uniti grazie a Clippard Madsen e si basa sui principi teorici dell'apprendimento. La possiamo in qualche modo paragonare alla musicoterapia neuro-riabilitativa. Questo modello implica un'analisi comportamentale del soggetto ed è finalizzata ad una modifica degli aspetti cognitivo-comportamentali del paziente attraverso l'utilizzo di rinforzi positivi, negativi, strategie quali l'esposizione, l'estinzione e la desensibilizzazione, di tecniche

di rilassamento e di giochi di ruolo finalizzati ad ottenere condizionamento o contro-condizionamento.

L'elemento sonoro-musicale, in questo approccio, svolge la funzione di STIMOLO (suggerimento e spunto per il paziente), STRUTTURA (che organizza la dimensione temporale ed il movimento corporeo), CENTRO D'ATTENZIONE e RICOMPENSA/RINFORZO.

“L'approccio comportamentale, quindi, non si occupa della musica come fattore che può influenzare la vita interiore dell'uomo, ma dalla sua funzione come variabile indipendente che agisce su variabili dipendenti quali il comportamento del paziente.

In questo modello la musica può essere introdotta come elemento di rinforzo positivo o negativo a seconda che sia fornita o sottratta al fine di modulare un determinato comportamento.” (Manarolo, 2011).

## **I modelli di Musicoterapia Attiva**

Dei cinque modelli definiti, tre corrispondono a tecniche di musicoterapia attiva.

### **L'MTA (musicoterapia analitica)**

Esperienza principalmente statunitense. È un metodo attivo che si pone come strumento introspettivo finalizzato ad un'evoluzione psichica del paziente.

Le fasi del trattamento si sviluppano intorno ad un percorso verbale-non-verbale-verbale attraversando quattro fasi:

*L'identificazione del problema*, la *definizione dei ruoli improvvisativi del paziente e del musicoterapista* (identificato il problema viene poi creata musica in relazione allo stesso), *l'improvvisazione del tema* (l'improvvisazione viene registrata e poi si interpreta anche a livello corporeo) e la *discussione dell'improvvisazione*.

Questo tipo di approccio è molto selettivo, sia dal punto di vista psicopatologico che dell'età del paziente poiché prevede una buona conoscenza del Sé, un buon livello cognitivo ed una buona abilità nel movimento.

### **La Musicoterapia Creativa (Nordoff-Robbins)**

Caratterizzata da un approccio attivo, questo modello prevede due musicoterapisti, uno dei quali si relaziona direttamente con il paziente mentre l'altro rimane allo strumento, improvvisando specifiche sequenze sonoro-musicali in rapporto al contesto ed al paziente.

La musicoterapia creativa Nordoff-Robbins prevede tre fasi:

- l'Incontro e rispecchiamento
- l'Induzione della risposta e della produzione musicale
- Sviluppo delle abilità musicali ed espressive

Il modello si rivolge prevalentemente a bambini o adulti con disabilità psicointellettive di diversa natura.

“Il lavoro di Nordoff-Robbins, che considerano la musicoterapia un processo di crescita, si basa sull'improvvisazione clinica; la tecnica dell'improvvisazione clinica segue uno sviluppo graduale così che i pazienti possano poco per volta gestire questo nuovo strumento di comunicazione e di contatto con la realtà [...] Attraverso l'improvvisazione, inizialmente esplorativa, che sarà adattata all'identità sonoro-

musicale del paziente ed al suo comportamento, il musicoterapista crea una situazione che servirà sia all'indagine diagnostica che alla terapia.” (Manarolo, 2011)

In queste sedute il materiale musicale più rilevante proposto dal paziente viene trascritto e riproposto nelle sedute successive.

### **La Musicoterapia Benenzoniana**

“Per Benenzon (1984) la musicoterapia è una disciplina scientifica che indaga l'unità uomo/suono al fine di avviare processi diagnostici e terapeutici. La musicoterapia utilizza il suono, la musica, il movimento per provocare effetti regressivi, catartici e aprire canali di comunicazione con l'obiettivo di migliorare, per il loro tramite, i processi comunicativi e relazionali. I fondamenti teorici fanno riferimento a studi di matrice psicomotricità, ma anche a concetti propri della psicologia sistemica.” (Manarolo, 2011).

Il metodo elaborato da Benenzon, propone la creazione di una relazione significativa tra musicoterapista e paziente attraverso l'applicazione attiva della tecnica musicoterapica, del canale non verbale e di quello corporeo-sonoro-musicale, con l'obiettivo di far acquisire al paziente nuove modalità comunicative che possano migliorare la qualità della sua vita.

Al centro dell'approccio Benenzoniano troviamo il concetto di ISO (Identità Sonoro Musicale), un concetto dinamico che propone l'esistenza di un suono o insieme di suoni/movimenti interni dell'individuo. Benenzon distingue diverse tipologie di ISO:

- ISO CORPOREO costituito dalle energie che fanno parte dell'IO;
- ISO UNIVERSALE corrispondente alla struttura dinamica che caratterizza tutti gli individui (voce della madre, inconscio);
- ISO CULTURALE che rappresenta l'ISO di una comunità – preconsciouso;
- ISO GESTALTICO comprendente l'energia sonora di ogni individuo a partire dal concepimento (inconscio);

- ISO GRUPPALE e cioè l'ISO di un gruppo di persone;
- ISO COMPLEMENTARE che si riferisce al quotidiano accomodamento dell'ISO gestaltico e di quello culturale.

“L'individuazione dell'ISO, dell'oggetto intermediario e dell'oggetto integratore costituisce l'aspetto diagnostico del metodo Benenzoniano; questo si avvale anche di una scheda per la ricostruzione della storia sonoro-musicale del soggetto”. (Manarolo, 2011)

La musicoterapia Benenzoniana prevede alcuni passaggi terapeutici che possono essere riassunti in tre punti:

- L'OSSERVAZIONE corrispondente ad una posizione di recettività per poter percepire, ricevere, accettare e comprendere la realtà che si ha di fronte (astenersi dal fare);
- L'ASSOCIAZIONE CORPOREO-SONORO-MUSICALE in cui il musicoterapista elabora ed agisce la libera espressione del paziente;
- L'ISOLAMENTO RIFLESSIVO – ATTIVO secondo il quale il musicoterapista deve saper scindere la propria attenzione per elaborare i propri contenuti e quelli del paziente.

Inoltre, le tecniche messe in atto dal musicoterapista per creare una relazione sonoro-musicale con il paziente vengono sintetizzate in alcune categorie:

- l'IMITAZIONE per la quale il musicoterapista risponde in maniera uguale alla produzione del paziente;
- l'IMITAZIONE PARZIALE che consiste nell'accompagnare l'espressività del paziente imitandolo ma modificando alcuni aspetti;
- la DOMANDA/RISPOSTA corrispondente ad una sorta di antitonalità tra musicoterapista e paziente e,
- L'ASSOCIAZIONE CORPOREO-SONORO-MUSICALE.

L'obiettivo di questo approccio, quindi, attraverso le tecniche sopra descritte e le riflessioni psicologiche del metodo, è quello di creare una relazione musicoterapista/paziente unicamente attraverso la comunicazione non verbale utilizzando il canale

sonoro-musicale.

### **La Musicoterapia improvvisativa intersoggettiva**

Andiamo ora a descrivere in maniera più approfondita una tipologia di musicoterapia che viene spesso utilizzata per instaurare un canale comunicativo con i bambini autistici: la musicoterapia improvvisativa a sfondo intersoggettivo. Questa tipologia di approccio, non corrisponde in maniera esatta ad uno dei principali modelli descritti fino ad ora ma condividendo alcune idee di base con la musicoterapia benenzoniana integra i suoi principi con la teoria dell'intersoggettività.

Con il termine musicoterapia improvvisativa consideriamo un tipo di musicoterapia che si riferisce alla tecnica di improvvisazione sonoro-musicale grazie alla quale il terapeuta punta a creare e sviluppare una relazione con il paziente attraverso un dialogo sonoro-musicale (Raglio et al, 2011a).

In questo tipo di approccio il pz è libero di creare produzioni sonoro-musicali aprendo un canale comunicativo con il mt, il mt a sua volta, identificando degli elementi musicali (tempo, pattern ritmici, dinamiche espressive, tonalità e linee melodiche) nei comportamenti musicali e non musicali del pz, gli propone una struttura prevedibile, empatica e di supporto in modo tale da attrarre la sua attenzione, coinvolgerlo nella relazione e tentare di instaurare un dialogo con esso (Alvin and Warwick, 1991; Roberts, 1996).

Vengono quindi sviluppate nuove aree intersoggettive che modificano la relazione portandola verso una condivisione più intensa delle emozioni in una logica di co-creazione e di condivisione. Il suono e la musica sono infatti particolarmente vicine ai processi di co-creazione e condivisione dal momento che sono in corso e si realizzano nel momento in cui vengono fatte.

Questo aiuta il pz a modificare il proprio mondo interiore, attraverso momenti di incontro e sintonizzazioni aventi una funzione terapeutica e che lo conducano ad una maggior consapevolezza (Raglio et al, 2011a).

Tutte queste dinamiche avvengono principalmente in un contesto *multimodale* e non verbale che comprende scambi strumentali e vocali, contatto oculare, espressioni facciali, movimenti e gesti.

In questo contesto inoltre, il pz appare spesso percepire e fare esperienza della musica che il terapeuta propone come qualcosa in relazione alla propria espressività e motivandolo a dare una risposta, un coinvolgimento e delle possibili interazioni musicali future con il terapeuta (Holck, 2007; Wigram, 2002).

In questo contesto la musica agisce essenzialmente come un medium emotivo, relazionale e motivazionale e, attraverso un intervento ben strutturato e misurato, è utilizzato come generatore di relazioni interpersonali.

In generale, il suono è considerato infatti come un elemento estremamente importante nel determinare la sintonizzazione degli affetti (Stern 1985) e nel dare luogo a momenti di incontro (Stern 2004). Secondo Stern, attraverso questi momenti, il passato vive di nuovo, ma soprattutto viene creato un possibile legame tra il presente ed il futuro favorendo da una parte il processo di cambiamento e dall'altra la preservazione dell'identità personale del paziente.

La musicoterapia improvvisativa è quindi un processo intuitivo basato sul qui ed ora della situazione che sensibilmente si trasforma nell'elaborazione e nella regolazione del comportamento e delle espressioni emotive del pz attraverso il coinvolgimento musicale.

Sulle basi teorico-applicative di questa tecnica, la musicoterapia improvvisativa è un tipo di mt molto utilizzata nel trattamento dei bambini autistici e sta ottenendo un maggiore riconoscimento come effettivo trattamento rivolto ai livelli fondamentali dell'espressione spontanea del sé, della comunicazione emotiva e del coinvolgimento sociale negli individui affetti da un vasto range di disturbi dello sviluppo.

Ma cosa rende questo tipo di approccio terapeutico un intervento efficace per migliorare specifiche abilità sociali nei bambini affetti da autismo?

Gli esperti del settore hanno indicato due qualità contrastanti del processo della mt

improvvisativa che risultano essere clinicamente rilevanti nel lavoro con i bambini autistici: la possibilità di stabilità (struttura prevedibile) e di flessibilità (spontaneità) (Brown 1994; Oldfield 2006; Wigram 2002).

L'interazione musicale improvvisativa può promuovere la flessibilità e la creatività in una cornice di lavoro strutturata per quei bambini che non riescono prontamente ad adattarsi alle imprevedibilità della vita quotidiana. Pertanto la musica improvvisata in relazione all'espressività musicale e non musicale del bambino è un modo ideale di lavorare sui problemi di controllo e rigidità con questi bambini.

Questi bimbi, sono inoltre generalmente considerati come bambini con una compromissione del sistema di percezione linguistica e degli stimoli sociali uditivi (Boattert et al 2004) ma con una percezione musicale uguale o addirittura migliore rispetto alla media (Thaut, 1988).

Creando quindi un tipo di musica che, grazie alle sue qualità, sia in relazione con l'espressione del bambino, l'interesse ed il focus di attenzione verso di essa potrebbero evocare delle risposte nel bambino verso il terapeuta creando una relazione musicale tra essi. Inoltre, improvvisare musica insieme corrisponde già ad un processo di coinvolgimento emotivo.

### **L'intersoggettività**

L'approccio terapeutico che sta alla base della musicoterapia improvvisativa corrisponde a quello delle “sintonizzazioni musicali” che richiede diverse tecniche musicali ed empatiche mirate alla ricettività, alle caratteristiche ed ai bisogni del bambino. Come riportato nell'articolo di Raglio (2011a), i concetti di condivisione del meccanismo di intersoggettività e di sintonizzazioni intenzionali sono il terreno comune di alcuni dei più significativi contributi psicanalitici derivati dalla ricerca sperimentale riguardo alle prime relazioni madre-bambino.

Tronick sottolinea la rilevanza di questa relazione intersoggettiva per la costruzione del



sé riferendosi al modello di Mutua Regolazione secondo il quale lo scambio emotivo tra mamma e bambino è sempre presente. Questo modello descrive i processi di microregolazione socio emotiva della comunicazione che possono generare stati intersoggettivi diadici di coscienza condivisa (Tronick, 1989).

L'autore introduce l'ipotesi di una "Espansione diadica di coscienza" per la quale "ogni individuo è un sistema auto-organizzato che crea il proprio stato di coscienza (stati di organizzazione cerebrale) che può essere espanso in stati più coerenti e complessi in collaborazione con un altro sistema di auto-organizzazione. Quando la collaborazione tra i due sistemi cerebrali avviene con successo, entrambi concorrono all'aumento della loro coerenza e della loro complessità".

Parlando generalmente, il bambino sarebbe spontaneamente capace di agire e di avere un contatto relazionale con l'altro ma come riportato negli articoli di Emde (1983) ed Emde & Buchsbaum (1989), la disponibilità emotiva della madre nel ricevere i segnali del bambino e nell'autoregolarsi a sua volta su di essi, porterebbe alla continuità dello sviluppo affettivo del sé.

Già nel 1975 Stern sottolinea come le prime interazioni madre-bambino, che gradualmente si organizzano coerentemente rispetto alla comunicazione delle emozioni e degli affetti, siano caratterizzate da una comunicazione reciproca, sincronica, e ritmicamente coincidente; inoltre esse comprendono il contatto oculare, le espressioni facciali, i movimenti corporei e varie forme di scambi vocali che risultano essere tutti aspetti altamente musicali ed improvvisativi per natura (Stern et al 1975).

Stern (1998) usa in modo significativo un'immagine presa dall'esperienza comune dei concerti per descrivere gli scambi tra la diade madre-bambino durante l'allattamento comparando la madre al direttore d'orchestra. Come il direttore, la mamma usa diverse strategie (dondolare e scuotere) e adatta il suo tono e il suo volume di voce per tenere il bambino al giusto livello di attenzione e di attivazione. Dentro ad una prospettiva intersoggettiva come questa quindi, anche il bambino talvolta vestirà i panni del direttore.

Nella sua teoria, l'autore sostiene che la sintonizzazione simpatetica della mamma verso l'espressività del suo bambino favorisca e mantenga l'interaffettività nella diade che rappresenta la caratteristica fondamentale e clinicamente più coerente dell'intersoggettività nell'infanzia. Studi che analizzano le interazioni della diade madre-bambino o della triade madre-oggetto-bambino considerano questo processo fondamentale per l'avvio di comunicazioni più complesse, della cognizione sociale e dello sviluppo linguistico.

In queste interazioni intersoggettive inoltre Stern sottolinea il ruolo fondamentale delle emozioni. Esse caratterizzano infatti l'esperienza delle relazioni presenti e future. Secondo l'autore, le emozioni perdono la connotazione categorica Darwiniana per ottenere una connotazione vitale, con la quale Stern sottolinea gli elementi dinamici e cinetici dell'esperienza emotiva (Stern 1985; 1993; 1995).

## 2.4 TERAPIA CON I GENITORI

L'estesa definizione di terapia con i genitori si riferisce a qualsiasi consulto tra un professionista e un genitore (Guli 2005). Tuttavia, è stata definita più precisamente come una relazione strutturata, collaborativa e mirata a risolvere problemi tra un consulente (o uno specialista, uno psicologo, un terapeuta) ed uno o più genitori (Holcomb-McCoy 2009).

Ricerche dal 2000 ad oggi hanno studiato gli approcci più utilizzati nella terapia con i genitori, e descrivono tre modelli principali così come segue:

- *La Terapia comportamentale congiunta* (Sheridan, Kratochwill e Bergan 1996) è un'estensione del consulto comportamentale ed era popolare negli anni '70. È un modello indiretto di fornitura di servizi in cui genitori, insegnanti, e un consulente lavorano insieme per gestire i bisogni del bambino (Colton and Sheridan 1996; Holcomb-McCoy, 2009). In relazione alla terapia con i genitori di bambini affetti da ASD, l'approccio di terapia comportamentale (Lovaas 1987), che fa uso dell'Analisi di Comportamento Applicato (ABA), è localizzata all'interno di questo paradigma, rendendo operatori di questo modello i genitori e gli assistenti.
- *La Terapia Adleriana* (1956) postula che ogni essere umano aspiri ad appartenere ad un gruppo, e i bambini che sentono di essere membri accettati

nella famiglia (o in classe) contribuiranno al benessere del gruppo. Non è stata trovata nessuna prova nelle ricerche che supporti questo paradigma nel lavoro con famiglia di bambini con ASD. Forse perché una caratteristica centrale di questo approccio si basa sulla capacità delle persone di essere consapevoli del proprio comportamento e di volerlo cambiare, abilità che viene interrotta dai deficit organici dei bambini con ASD. Inoltre spesso la terapia Adleriana lavora esclusivamente con i genitori senza conoscere le specifiche caratteristiche dell'autismo nel bambino, che potrebbe limitare le possibilità di rispondere al bisogno specifico di ogni famiglia.

- *La Terapia con i genitori basata sui valori* (Nelson et al. 2000) si focalizza sui valori della famiglia in quanto aspetto principale della terapia. In questo paradigma il consulente dovrebbe abbandonare il ruolo di esperto, ed apprezzare la conoscenza che i genitori ed i membri della comunità portano all'interno delle sessioni di terapia (Nelson et al. 2000). Questo approccio assomiglia anche al “modello di collaborazione” (Davis, Day e Bidmead 2002), che si basa sull'idea che un aiuto efficace sia dipendente dalla relazione che si sviluppa tra il consulente e i genitori, formando un rapporto degno di fiducia in cui i partner (i genitori e il consulente) lavorano insieme verso il raggiungimento dello stesso obiettivo.

Parallelamente a questi tre approcci principali alla terapia, che seguono la crescente consapevolezza del ruolo del genitore nello sviluppo emotivo del figlio, sono stati sviluppati due principali modelli di intervento terapeutico, che si occupano dei bisogni del bambino e dei genitori.

Il primo intervento terapeutico è il trattamento simultaneo (Chazan 2003), conosciuto anche come trattamento parallelo (Nilsson 2006), che coinvolge un terapeuta che lavora separatamente ma in modo parallelo sul bambino e sui genitori. In questo modello, il terapeuta si sforza di sviluppare una relazione di fiducia con entrambi mantenendo una “empatia-parallela” (Nilsson 2006).

Il secondo intervento terapeutico è il modello diadico, che coinvolge un terapeuta che lavora con il bambino e i genitori nella stessa sessione, focalizzando il trattamento sulla relazione genitore-bambino (Lieberman 2004, McDonough 2000). Questi due modelli fanno riferimento, oltre che ad altri aspetti, ad uno strato interno, interpersonale, che rappresenta i processi interni dell'abilità di creare cambiamento e di evolversi come genitore. Lavorare con i genitori a questi livelli necessita un chiarimento riguardo le loro aspettative, i loro bisogni, le loro idee, il modo di pensare, la loro abilità di riflettere ed interpretare, e la loro abilità di controllarsi emotivamente (Cohen 2007). Il modello MOPC si allinea al paradigma terapeutico con i genitori basato sui valori (Nelson et al. 2000) ed il modello di collaborazione (Davis et al. 2002), mira a stabilire un rapporto di fiducia con ciascuna famiglia al fine di rispondere ai loro specifici bisogni. Il MOPC si allinea inoltre al modello di consulenza simultanea (Chazan 2003), in cui un singolo musicoterapeuta lavora in parallelo con il bambino e i genitori, mirando al raggiungimento di una consapevolezza profonda riguardo al ruolo della musica nella vita familiare.

### **CAPITOLO 3**

#### **MUSICOTERAPIA CON GENITORI DI BAMBINI AFFETTI DA ASD**

La letteratura contemporanea mostra due differenti tipologie di lavoro all'interno della musicoterapia con i genitori di bambini affetti da ASD (Edwards 2011). La prima è il modello internazionale di terapia nel contesto incentrato sulla famiglia, che lavora in particolare con infanti e i loro genitori nei primi anni di vita. La seconda è basata sui principi teorici della musicalità comunicativa (Malloch e Trevarthen 2008), e sulla conoscenza delle prime abilità musicali e di sviluppo (Trehub 2003). Essa mira a capire come e perché l'interazione musicale con un terapeuta qualificato può offrire un potenziale percorso per la risoluzione dei problemi che si stanno verificando ora, o che sono risultato di interazioni precedenti. Entrambe queste cornici teoriche di lavoro

dimostrano una consapevolezza crescente nel campo della musicoterapia a proposito dell'importanza di un attaccamento affettivo vincente, e delle numerose possibilità di rimediare ad un'esperienza negativa di attaccamento affettivo attraverso mezzi musicali durante le sessioni (Edwards 2011).

Studi nel campo della musicoterapia con bambini aventi ASD e i loro genitori sono stati pubblicati sin dagli anni '70. Alcuni descrivono l'approccio di insegnare ai genitori come interagire con i bambini tramite imitazione, botta e risposta, e battendo le mani (Benenzon 1976). Alcuni descrivono come i modelli abilitino i genitori ad usare gesti musicali durante le interazioni con il figlio. Occasionalmente in questi esempi, il musicoterapeuta discute il progresso del bambino con i genitori, enfatizzando i punti di forza del bambino. Gli studi sugli effetti della musicoterapia con famiglie di bambini affetti da autismo si sono estesi nel corso degli ultimi decenni (Larsen 2011; Oldfield 2006; Thompson 2012), mostrando un grande interesse tra i musicoterapeuti in questo campo. Questi studi sostengono l'efficacia delle sessioni di musicoterapia comune sul miglioramento delle interazioni genitore-figlio attraverso la musica, le canzoni, e l'improvvisazione musicale. Tuttavia, essi non includono sessioni costanti con i genitori, parallelamente al processo di musicoterapia del bambino.

## **1. APPROCCIO TERAPEUTICO**

### **(MODELLO DI MUSIC-ORIENTED PARENT COUNSELING – MOPC)**

Il modello di consulenza orientato alla musica per genitori (MOPC in inglese) presenta un nuovo meccanismo funzionante nella musicoterapia con i genitori, combinando trattamenti separati ma paralleli per il bambino e per i genitori. Guidato dalla volontà di condividere e cooperare con i genitori attraverso e con la musica, il modello si focalizza sull'uso della musica per il bene del bambino e per l'intera famiglia.

L'*ambiente* viene associato a sessioni di terapia per i genitori (due volte al mese) concentrandosi sull'idea di "musica come strumento" (Malloch e Trevarthen 2008), e

allo stesso tempo sessioni individuali ed intensive di musicoterapia per i bambini (dalle due alle tre volte a settimana). La relazione intima costruita tra il terapeuta e il bambino forma la base per fornire un'adeguata terapia ai genitori.

Questo capitolo si incentra principalmente sulle caratteristiche uniche del modello MOPC per i genitori, abbracciando la comprensione terapeutica raccolta tramite prove cliniche e la ricerca sulla musicoterapia e sull'autismo, mirando alla condivisione e cooperazione con i genitori per facilitare la vita quotidiana tramite la musica. *Seguire la guida del bambino* è un concetto basilare della musicoterapia per bambini affetti da ASD (Holck 2004; Wigram e Elefant 2006).

Lavorando con i genitori, ci si sforza di implementare questo concetto anche con essi, senza affrettarsi ad un approccio mirato a risolvere i problemi. L'abilità di creare una relazione, in cui sia il terapeuta che il genitore possano offrire e condividere idee e soluzioni, è un obiettivo primario del modello, che corrisponde all'approccio di musicoterapia orientato alle risorse (Rolvjord 2010).

Il MOPC riflette il modo di percepire la relazione tra il musicoterapeuta ed i genitori come collaborativa, combinando l'indispensabile conoscenza dei genitori riguardo al figlio con l'esperienza e conoscenza professionale del musicoterapeuta. Si allinea alla consulenza con i genitori basata sui valori (Nelson et al. 2000) e al modello di cooperazione (Davis et al. 2002), che incoraggia il terapeuta ad instaurare un ambiente sicuro e di fiducia con i genitori, aiutandoli ad ottenere miglioramenti nel crescere i figli con ASD. La procedura terapeutica mantiene il trattamento parallelo (Chazan 2003), in cui un terapeuta conduce la terapia per il bambino e i genitori separatamente, ma simultaneamente. Un obiettivo centrale in questo modello è l'uso della musica e delle tecniche di musicoterapia (ad esempio fare musica o ascoltare musica) durante le sessioni dei genitori; la musica è usata allo scopo di far riflettere i genitori sulle situazioni quotidiane e sui dubbi, e inoltre guidarli all'uso della musica come strumento per le interazioni con i bambini. Il MOPC è composto da conversazioni che sostengono i genitori riguardo le difficoltà attuali e la preoccupazione per la diagnosi del figlio. Un obiettivo principale di questo modello è percepire i bisogni e le capacità

del bambino in combinazione con i punti di forza e debolezza dei genitori. Ciò viene qualche volta percepito dai genitori come l'opportunità di guardare la realtà in modo nuovo, dato che i genitori tendono a focalizzarsi sui bisogni del bambino, tralasciando i propri. Questo aspetto lancia al terapeuta la sfida di creare una "empatia parallela" nel tentativo di evitare di creare una "coalizione" con una parte dell'equazione (Nilsson 2006). Il MOPC enfatizza il ruolo della musica nelle interazioni con il bambino. Le testimonianze dei genitori a proposito della reattività del figlio alla musica sono analizzate in combinazione alle intuizioni provenienti dalle sessioni di musicoterapia. Il ruolo della musica nelle interazioni genitore-bambino è enfatizzato durante le sessioni di terapia, e i genitori vengono invitati ad usare tecniche simili a quelle terapeutiche nell'ambiente familiare.

L'associazione psichiatrica americana (APA in inglese) (2013) definisce, come abbiamo visto precedentemente, l'ASD nel "Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione" (DSM-5) come una serie di alterazioni dello sviluppo neurologico che sono diagnosticate nel comportamento e di solito appaiono nella prima infanzia e persistono nel corso di tutta la vita. All'interno dello "spettro autistico", termine inizialmente usato da Lorna Wing (1995), vengono inglobati una grande varietà di livelli di abilità individuali e quadri clinici. Queste diversità e varietà di rappresentazioni all'interno di individui affetti da autismo sono grandi sfide per la diagnosi clinica così come per l'intervento clinico. Il termine "disordine dello spettro autistico" viene usato nel corso di questo capitolo, così come viene usato largamente all'interno della letteratura professionale.

Capire i genitori di bambini con ASD è un arduo compito, dato che ciò che li unisce come membri della stessa categoria è la diagnosi dei loro figli e non sono specifiche caratteristiche della loro personalità o del loro comportamento. Inoltre, l'autismo può interessare individui di ogni gruppo etnico, di ogni contesto socio-economico, e di ogni livello di intelligenza (APA 2013), screditando ogni distribuzione di questa popolazione



secondo caratteristiche demografiche. Ciononostante, la letteratura nel campo del lavoro sociale e della psicologia afferma che la diagnosi del bambino all'interno dello spettro autistico ha un effetto potente sui livelli di stress dei genitori, e si conclude con sfide simili che questi genitori devono affrontare, che possono essere osservate come fattori unificanti (Baker-Ericzen, Brookman-Frazee e Stahmer 2005; Holroyd e McArthur 1976; Pisula 2007; Schieve et al. 2007).

Crescere un bambino con ASD è tipicamente un'esperienza impegnativa per i genitori; inizia nelle prime fasi di vita, persiste durante tutto lo sviluppo e la crescita del bambino, ed è associato alla presenza di problemi personali, familiari e professionali (Whitman 2004). Queste sfide includono l'ottenere la diagnosi iniziale, trovare cure adeguate e servizi di intervento, stabilire pratiche genitoriali adeguate, e far fronte al sostanzioso onere finanziario dovuto al pagamento dei servizi. Molte di queste sfide sono peculiari per la disabilità, e probabilmente sono conseguenze del tentativo di far fronte ai deficit comunicativi e ai comportamenti limitati associati allo spettro autistico (Jarbrink, Fombonne e Knapp 2003). I genitori che hanno figli con autismo sopportano una significativa quantità di stress (Abbeduto et al. 2004; Duarte et al. 2005; Konstantares e Papageorggiou 2006; Montes e Halterman 2007). Gli studi dimostrano che essi sperimentano più stress non solo in comparazione ai genitori di bambini con sviluppo normale, ma anche in comparazione ai genitori di bambini con altre disabilità evolutive (Schieve et al. 2007). Queste scoperte sollevano una domanda riguardo alle peculiari caratteristiche dell'autismo, come fattore che aumenta lo stress genitoriale. Ricerche attuali stanno cercando di isolare i fattori specifici che producono lo stress dei genitori, esaminando la relazione tra le caratteristiche dei bambini e l'operatività quotidiana delle madri. Irritabilità, lentezza, iperattività, comunicazione, e deficit delle interazioni sociali sono stati identificati come fattori di aumento dello stress nelle madri (Tomanik, Harris e Hawkins 2004). Inoltre, Davis e Carter (2008) scoprirono che i deficit dei bambini nelle abilità sociali erano premonitori di stress genitoriale nelle madri di infanti con ASD e livelli crescenti di problemi comportamentali (ad esempio difficoltà ad auto-regolarsi e

comportamenti esteriorizzati) sono legati significativamente ad un aumento dello stress nei genitori (Davis e Carter 2008; Lecavalier, Leone e Wiltz 2006).

### **Informazioni teoriche**

C'è una crescente consapevolezza riguardo all'importanza di una buona relazione genitore-figlio per lo sviluppo delle abilità comunicative sia in bambini con sviluppo normale (Edwards 2011) che bambini con ASD (Thompson 2012). L'obiettivo del lavoro con bambini affetti da ASD è stato definito da Prizant, Wetherby e Rydell (2000) come dare la possibilità ai bambini di sperimentare interazioni sociali costanti con i membri della famiglia e gli amici sotto forma di realizzazione emotiva e di successo. Una relazione sicura e basata sulla fiducia è l'elemento fondamentale, e il risultato del successo nella comunicazione con gli altri (Prizant et al. 2000, p218). Inoltre, lo sviluppo sociale, cognitivo e comunicativo è legato alle relazioni di fiducia con altre persone emotivamente sintonizzate (Bruner 1995; Prizant et al. 2000, Solomon et al. 2014). Questa cornice ecologica percepisce lo sviluppo del bambino in relazione al rapporto con il sistema famiglia (Bronfenbrenner 1975; Winnicott 1952). Le sfide del lavoro terapeutico con i genitori sono state descritte fin dalla prime teorie psicoanalitiche, normalmente riferendosi ad esse come un'aggiunta marginale al processo di terapia dei bambini (Oren 2012). All'interno della teoria evolutiva (Stern 1985; Winnicott 1964, 1971) e della teoria dell'attaccamento affettivo (Bowlby 1988), il lavoro con i genitori occupa un posto centrale, dato che la diade genitore-bambino è vista come nucleo per lo sviluppo emotivo inalterato del bambino.

### **3.2 IL METODO MOPC E RELATIVI RISULTATI**

Da una analisi sugli *effetti* e sulle *esperienze* del MOPC sul livello di stress dei

genitori, sulla percezione della qualità di vita, ed uso quotidiano della musica nell'ambiente domestico da parte dei genitori di bambini con ASD si valutò il metodo considerando un progetto internazionale randomizzato "TIME-A" di sperimentazione controllata (RCT).

Partendo da un dottorato di ricerca che seguì una progettazione fissa di Quantità/Qualità con metodi di triangolazione, tredici partecipanti vennero iscritti per uno studio di cinque mesi, assegnati casualmente al "MOPC minimo" (tre sessioni), o al "MOPC massimo" (dieci sessioni), e "con musicoterapia per i bambini" o "senza musicoterapia" in gruppi 2x2. I dati vennero analizzati seguendo gli strumenti di misura quantitativa qui riportati: Questionario su Risorse e Stress (Friedrich, Greenberg e Crnic 1983), Scala Visiva Analoga di Qualità di Vita (VAS) (Gruppo EuroQoL 1990), Questionario sulla Musica nella Vita Quotidiana (Gottfried e Thompson, senza data) – tutti condussero a linee di riferimento e alla fine dello studio.

L'analisi qualitativa si focalizzò su colloqui semi-strutturati, condotti con tutti i partecipanti alla fine dello studio.

## **Risultati**

### Primo risultato misurato: livello di stress

I risultati quantitativi mostrarono che il livello di stress non era aumentato, ma non c'erano stati significativi miglioramenti in nessun gruppo. Le scoperte qualitative, tuttavia, rivelarono che i genitori avevano guadagnato nuova consapevolezza riguardo la situazione dei figli così come nuovi strumenti con cui andare avanti, la maggior parte di cui musicali, che abbassarono i loro livelli di stress.

### Secondo risultato misurato: qualità di vita

I risultati quantitativi mostrarono che la qualità di vita dei genitori migliorò, sebbene non significativamente, tra i genitori che parteciparono a dieci sessioni di MOPC in relazione alle tre sessioni. Il cambio nella percezione dei genitori riguardo la qualità di vita dei loro figli fu significativamente maggiore nelle famiglie i cui figli parteciparono alle sessioni di musicoterapia. Le scoperte qualitative identificarono la qualità della vita come termine complesso, non influenzato direttamente dalle sessioni MOPC.

#### Misurazione del terzo risultato: la musica nella vita quotidiana

I risultati quantitativi mostrarono un cambiamento significativo nell'uso della musica nell'attività quotidiane tra i genitori che parteciparono a dieci sessioni MOPC in confronto a quelli che parteciparono solamente a tre. Il cambiamento nell'uso della musica nelle attività congiunte fu notevole, sebbene non significativo, nelle famiglie i cui figli parteciparono alle sessioni di musicoterapia in confronto a quelli che non fecero alcuna musicoterapia. I risultati qualitativi mostrarono che genitori appartenenti ad ogni gruppo adottarono idee e tecniche musicali acquisite durante le sessioni, ed estesero il loro uso della musica con i bambini.

Ulteriori risultati dell'analisi qualitativa generarono tre temi principali scaturiti dalle menzioni dei genitori durante i colloqui: Esperienza di apprendimento, Spazio libero, e Musica nella vita quotidiana. Questi temi catturano l'essenza del processo MOPC, in cui la musica nella vita quotidiana è il nucleo del processo, che si sviluppa attraverso un'esperienza di apprendimento, che può verificarsi in una relazione aperta tra il musicoterapeuta e i genitori.

#### Limiti ed ulteriori raccomandazioni

Alla base del disturbo dello spettro dell'autismo ci sono mancanza di abilità comunicative ed espressioni emotive limitate. La vita quotidiana è una sfida per

l'intera famiglia con membri affetti da ASD, e le ricerche mostrano un alto livello di stress, specialmente nelle madri, dovuto al bisogno di fornire ai figli le giuste cure e stabilire un'appropriata prassi genitoriale. Questo modello si basa sul concetto che la musicoterapia offra un modo più "naturale" e vitale di interazione attraverso il fare musica. Tuttavia, diversamente da altri modelli in questo campo (Larsen 2011; Oldfield e Flower 2008; Thompson 2012), in questo modello non è possibile dare ai genitori la possibilità di *modellare*, in quanto essi non sono parte attiva nelle sessioni di musicoterapia con il figlio. Per alcuni genitori, ciò può essere un ostacolo che non permette di impadronirsi dell'essenza dell'interazione musicale. Ulteriori ricerche sono necessarie per esplorare gli effetti del modello su un più ampio numero di partecipanti, e per studiare anche gli effetti a posteriori del modello sul livello di stress dei genitori e l'uso della musica nella vita quotidiana.

### **Approccio musicoterapeutico con i bambini**

L'approccio musicoterapeutico applicato in questo modello è basato su risultati di precedenti ricerche sulla musicoterapia (Edgerton 1994; Holck 2004; Kim, Wigram e Gold 2009) e sulla psicologia dello sviluppo (Stern 2010), un approccio psicodinamico, e tecniche di improvvisazione (Geretsegger, Gold and Holck 2002).

Generalmente, le sessioni di musicoterapia dovrebbero includere sia attività strutturate che parti guidate dal bambino, e consistono nel fare musica da parte del terapeuta e anche del bambino sotto forma di commenti verbali. In termini musicali, ciò potrebbe creare momenti di sincronizzazione e di "incontro" (Kim et al. 2009; Schumacher e Calvet-Churpa 1999). Vengono altrettanto utilizzati principi terapeutici fondamentali alla musicoterapia con i bambini affetti da ASD, come stimolare l'espressione emotiva, essere coinvolti emotivamente dalla musica, coinvolgere il paziente nell'interazione musicale, incoraggiare la vocalizzazione, etc.

### **3.3 IL RUOLO DEL MUSICOTERAPEUTA**

Un musicoterapeuta che lavora con questo modello deve essere esperto nel lavorare sia con il bambino con ASD che con i suoi genitori, e deve avere una conoscenza significativa delle sfide che questi genitori affrontano ogni giorno. Una delle più grandi sfide in questo modello è agire ed intervenire secondo i bisogni del bambino.

Il musicoterapeuta deve essere in grado sia di “tenere a mente” parte del processo terapeutico, sia di essere consapevole dei loro sentimenti durante il processo terapeutico – a volte in correlazione al bambino, altre volte ai genitori, ed altre volte ad entrambi (Nilsson 2006). È inoltre opportuno che il mt sia consapevole delle loro abilità musicali, e crei un’atmosfera rilassata per i genitori per sperimentare la loro musicalità interiore. In alcune esperienze i genitori tendono ad esitare quando si propone di fare musica nelle sessioni, visto che non sono abituati a suonare ed improvvisare liberamente, e possono pensare di non essere abbastanza bravi. Sebbene molti di loro vogliano davvero sperimentare il fare musica, tendono ad evitare e rifiutare le attività, giustificandosi dicendo “Non so come suonare uno strumento”, o “Non so suonare bene”. Potrebbe anche essere che la figura del musicoterapeuta - musicista che sa come suonare bene influenzi la loro sicurezza nel provare “a camminare su un terreno sconosciuto”. Come molti dei genitori hanno detto, c’è una grande differenza tra ascoltare la musica e suonarla. Allora si cerca di mettere le cose nel contesto adeguato, percependola come un’esperienza emotivo-espressiva oltre che arte. Alcuni genitori cercano di improvvisare durante le sessioni, esplorando i propri sentimenti e imparando delle tecniche che li aiutano ad usare gli strumenti musicali per stimolare la comunicazione con il figlio. Un altro ruolo che il musicoterapeuta ha in questo modello è quello di fare da tramite tra la relazione costruita con il bambino e con il genitore, mantenendo un giudizio professionale rispetto alla misura in cui dare

un consiglio sulla funzione genitoriale. Per esempio, se il terapeuta vede durante le sessioni di musicoterapia che il bambino risponde positivamente al canto, si coinvolge di più, e riesce a mantenere il contatto per più tempo, il musicoterapeuta sicuramente vorrà raccomandare al genitore di cantare insieme al figlio, per sperimentare le stesse cose che il bambino ha sperimentato durante la terapia.

È importante spiegarlo ai genitori in modo da non produrre ansia o sentimenti di incompetenza riguardo alla loro abilità di cantare con il bambino. In situazioni in cui cantare è qualcosa di “estraneo” ai genitori, e non risulta spontaneo e libero, una raccomandazione come questa potrebbe produrre la sensazione di non essere “un buon genitore”, dato che ci si confronterà con l’inabilità di coinvolgere il proprio figlio. Il musicoterapeuta deve esplorare insieme ai genitori l’uso specifico della musica che meglio si adatta alle loro capacità, e il tipo che gli risulta più naturale. Talvolta i musicoterapeuti pensano che lavorare con i genitori sia un onere, un territorio sconosciuto in cui gli viene richiesto di lavorare e per cui non sentono di avere le giuste conoscenze per avere successo, ma è l’attitudine del terapeuta che dà colore a tutto il processo con i genitori. Allo stesso modo in cui ci alleniamo a creare un luogo sicuro per i bambini (i pazienti) perché si esprimano e per acquisire fiducia nella relazione con noi, così dobbiamo accostarci ai genitori. L’accettazione e un atteggiamento non giudicante sono aspetti richiesti per realizzare un processo vantaggioso per il bambino e per i genitori. Secondo l’approccio psicoanalitico di Rustin (2000), è utile per i genitori lavorare con un terapeuta per bambini che abbia precedente formazione nel “lavorare con i genitori”, dato che ciò gli permette di dedicare più tempo all’impatto delle difficoltà interne sul paziente nella funzione genitoriale, ed alla identificazione proiettiva nelle relazioni familiari.

## **CAPITOLO 4**

### **FAMIGLIE E PROGRAMMI DI APPRENDIMENTO MUSICALE PRECOCE**

#### *Premessa*

Recentemente c'è stata una rapida crescita nella formalizzazione delle esperienze formative che tradizionalmente avvenivano a casa o nelle comunità. I programmi riguardanti la prima infanzia, in cui ci sono istruzioni da un “esperto” che non è il genitore, sembrano essere più popolari di prima, ed essi includono l'apprendimento musicale per bambini piccoli (Trehub 2006).

Adachi e Trehub descrivono questo concetto come la “nuova frontiera dell'istruzione musicale o trattamento proposto ad infanti, genitori e perfino futuri genitori”, e rappresenta un cambiamento nel modo di utilizzare la musica da parte di alcuni genitori nella società moderna. Non è chiaro se l'aumento nella frequentazione di programmi musicali per prima infanzia fuori casa, in cui un genitore e un bambino frequentano il corso insieme e ricevono una sorta di istruzione musicale, sia un'attività aggiuntiva, usata come supporto alle interazioni musicali in casa, o sia sostitutiva alle interazioni musicali stesse. In sintesi, non sappiamo con esattezza il perché i genitori frequentino i programmi di apprendimento musicale precoce con i loro figli e quali siano le loro



speranze ed obiettivi nel frequentarli.

In questo capitolo si analizzano alcune delle motivazioni che spingono i genitori ad affrontare insieme ai figli un programma di apprendimento musicale precoce e si prenderà in considerazione il programma musicale MELP (Music Early Learning Program), in particolare “Bopping babies”.

#### **4.1 BAMBINI IN BOPPIN’ (*Bopping babies*)**

Opinione di molti studiosi è che essere umani significa essere musicali, e tutti gli esseri umani sono biologicamente equipaggiati e geneticamente predisposti ad essere musicali (Hodges 2006). Gli studiosi suggeriscono che la musica sia culturalmente ed umanamente universale (Cross e Morley 2009), ed è stato così dall’alba dei tempi, fin dalla prima forma di vita. Sotto questo punto di vista i bambini sono musicali per natura, e il MELP fornisce un ambiente per questa musicalità in modo che sia centrale e che guidi lo sviluppo. I bambini che frequentano il corso MELP “Bambini in Boppin” hanno un’età compresa tra 0 e 4 anni (prescolari), e provengono da diversi contesti sociali, culturali, ed economici.

I programmi MELP sono una via di mezzo tra il fare musica in maniera informale in casa e sessioni musicali formali in uno studio o in classe. Un tratto distintivo dei MELP è la presenza dei genitori o di chi si occupa dei bambini in quanto partecipanti attivi nelle sessioni musicali tenute da un professionista musicale, che guida la diade genitore-figlio attraverso un viaggio orientato alla musica. Questi ed altri momenti musicali condivisi sostengono la crescita e lo sviluppo del bambino durante l’infanzia e la crescita, l’età scolare ed oltre.

I MELP sono tenuti prevalentemente in ambienti comunitari, spesso a scuola, o in spazi a servizio della comunità che sono stati specificamente adibiti ai programmi musicali. Potrebbero essere tenuti parallelamente a servizi comunitari, come servizi di sanità del bambino o di aiuto all'apprendimento. Un esempio di MELP che opera in questa maniera è il programma "Bambini in Boppin".

"Bambini in Boppin" è un programma MELP che si articola e si focalizza sulla musicoterapia. Questo programma è fondato su due idee principali: i bambini sono intrinsecamente musicali, e i genitori/ o chi presta loro le cure primarie sono i primi e i più importanti insegnanti.

Il primo concetto illustra al musicoterapeuta come usare la musica per assistere e stimolare lo sviluppo nella prima infanzia in connessione alla musicalità del bambino (Nordoff e Robbins 1977). Mentre i bambini crescono, il programma "Bambini in Boppin" si adatta per soddisfare i loro bisogni evolutivi. In questo processo, il programma sostiene lo sviluppo e un sano apprendimento mentre coltiva un durevole amore per la musica.

Quando i bambini si avvicinano all'istruzione formale c'è una maggiore enfasi nello sviluppare le loro abilità musicali e nel comprendere lo sviluppo di queste abilità prescolastiche.

Il secondo concetto fondamentale è che i genitori siano i primi e i più importanti insegnanti dei figli. I musicoterapeuti lavorano per assistere tutti i genitori nel proprio ruolo spingendoli ad usare la musica a casa come parte della quotidiana esercitazione delle abilità di genitore. Il programma "Bambini in Boppin" include i genitori in ogni gruppo per assicurarsi che vengano fornite opportunità per sostenerli e stimolarli ad usare la musica nella vita quotidiana. Ciò avviene tramite lo sviluppo delle competenze e della sicurezza del genitore nell'usare un repertorio di canzoni, giochi musicali ed attività nelle loro interazioni quotidiane con i figli.

“Bambini in Boppin” cominciò nel 2007 quando la dottoressa *Vicky Abad* (fondatrice della Music Beat in Australia) voleva portare la figlia ad un corso di musica ma nessun programma soddisfaceva i suoi bisogni. Voleva un programma che fornisse musica dal vivo e che si focalizzasse sul coltivare il divertimento e sull’esperienza per i genitori e i bambini. In assenza di tale programma, decise di creare il proprio. In qualità di abile musicoterapeuta, Vicky aveva le abilità e l’esperienza clinica per strutturare un programma. Volendo inoltre dare il potere ai genitori di usare la musica a casa e la possibilità di uscire ed incontrare persone con bambini piccoli, strutturò un programma per genitori e bambini che fornisse:

- un’esperienza focalizzata sia sul bambino che sul genitore;
- uno spazio in cui i genitori potessero stare con il bambino;
- un’opportunità di coltivare la propria relazione grazie alla musica;
- esperienze che supportassero la consapevolezza sensoriale e lo sviluppo degli infanti;
- un repertorio di idee per fare musica e risorse per i genitori da portare a casa ed usare nella vita quotidiana.

Successivamente il programma si sviluppò in modo da includere gruppi di neonati e prescolari. Nel gruppo dei neonati c’è una maggiore attenzione allo sviluppo delle abilità sociali, all’integrazione sensoriale, e alle regole per aiutare i bambini ad approcciarsi all’autoregolazione dei propri bisogni sociali ed emotivi. Il gruppo prescolare si focalizza sullo sviluppo di ulteriori abilità sociali ed emotive, approcciandosi all’autoregolazione dei propri bisogni emotivi e sociali in preparazione all’istruzione formale. Abilità prescolastiche come il calcolo, la scrittura, e le abilità motorie sono inoltre integrate nelle canzoni e nei giochi musicali, dato che sono opportunità di esplorare i primi concetti di apprendimento musicale.

Attualmente non esiste una definizione lavorativa per i MELP. I fondatori suggeriscono di definirli come programmi creati da insegnanti di musica competenti, musicisti della comunità, o musicoterapeuti certificati con l'intenzione di coltivare l'amore per la musica, assistendo lo sviluppo musicale ed extra musicale del bambino, stimolando il genitore ad usare la musica in casa.

#### **4.2 FARE IL GENITORE USANDO LA MUSICA**

Fare il genitore usando la musica significa “usare la musica per soddisfare i bisogni espliciti ed impliciti del bambino” (Custodero e Johnson-Green 2008, p.16).

Questo utilizzo della musica non viene insegnato; piuttosto, è intimo ed istintivo (Custodero 2002; Trehub 2001). Le interazioni musicali genitore-figlio sono emerse dalla necessità evolutiva di creare un legame, e sono una parte critica e biologicamente programmata della funzionalità infante-genitore (Dissanayake 2000). Di conseguenza, le madri hanno usato la musica per legare, per alleviare, e comunicare con i figli per millenni (Papousek 1996). Alcuni credono che la musica come forma d'arte si sia evoluta dalle interazioni musicali osservate nel tempo e nelle culture tra madri e figli.

Dissanayake sostiene che le prime narrazioni che sperimentiamo siano musicali, e che gli infanti non siano riceventi passivi di tali narrazioni; piuttosto loro “ci insegnano ad esibirci” ricompensandoci con segnali di gioia verso i nostri tentativi di comunicazione. E sebbene queste interazioni incoraggino il legame affettivo (Trevarthen e Malloch 2012), supportino il riconoscimento e il regolamento emotivo l’apprendimento linguistico e culturale (Barrett 2009, 2016), esse inoltre “preparano l’infante ad essere musicale” (Dissanayake 2012, p.4).

Pochi studi hanno esaminato gli effetti delle attività di condivisione musicale precoce a casa. Williams e i suoi colleghi esaminarono le associazioni tra le attività di condivisione musicale precoce a casa ed i risultati successivi provenienti da 3031 famiglie australiane che partecipavano allo studio “Cresciamo in Australia: Studio Longitudinale dei Bambini Australiani” (LSAC).

I genitori affermavano di usare la musica a casa regolarmente. Quasi la metà (42 per cento) affermò di usare la musica dai sei ai sette giorni a settimana, il 32 per cento riferì di usare la musica dai tre ai cinque giorni a settimana, e il 22 per cento riferì di usare la musica uno o due giorni a settimana. Solo il 4 per cento affermò di non aver utilizzato per niente la musica in casa. Lo studio riscontrò che la frequenza delle attività musicali dai due ai tre anni di età era significativamente e positivamente correlata all’aumento della capacità di vocabolario, di calcolo, di regolazione emotiva e dell’attenzione, e ad abilità sociali dai quattro ai cinque anni di età (Williams et al. 2015).

### **La musica come attività di apprendimento in casa**

Ogni cultura ha un genere dedicato alla musica per bambini che esiste per trasmettere i valori socioculturali e le tradizioni alle nuove generazioni (Chen-Hafteck e Mang 2012) e per coinvolgere i bambini nelle pratiche culturali della società in cui vivono. Essa include ninna nane e canzoni gioco (Chen-Hafteck e Mang 2012; Trehub 2006).

Nel contesto domestico, le attività musicali condivise fungono da “segno” o “strumento culturale” (Vygotsky 1986) dato che i genitori usano le canzoni, i ritmi infantili, e i giochi musicali per creare nei figli la consapevolezza delle convenzioni culturali (Barrett 2009, 2011). Custodero (2006) segnalò che le famiglie usavano il canto per “rendere speciale” le attività di routine e per creare e mantenere le tradizioni. Byrne e Hourigan (2010) documentarono il modo in cui le madri usavano la musica per comunicare e legare con i figli, e come mezzo per creare e tramandare le tradizioni familiari (Byrne e Hourigan, 2010).

### **La musica come aiuto per i genitori in casa**

I programmi MELP sono ben strutturati per aiutare i genitori nell’attività musicale e per incoraggiare un maggiore uso della musica in casa. La musica in casa può creare un contesto in cui genitori e bambini possono essere coinvolti nell’apprendimento in casa che a sua volta supporterà lo sviluppo di una serie di abilità (Barrett 2009, 2011, 2015, 2016; Byrne e Hourigan 2010). Considerando che un frequente uso della condivisione musicale precoce ha un impatto positivo nei risultati evolutivi (Williams et al. 2015), è importante assicurarsi che ogni genitore si senta a suo agio nell’usare la musica e si senta supportato nel farlo. I MELP possono ottenere questi risultati concentrandosi sul consolidamento e potenziamento dei genitori per usare la musica nelle proprie attività genitoriali piuttosto che usarla in un unico approccio di “insegnamento” al bambino (Adachi e Trehub 2012).

### **Approccio terapeutico MELP**

#### ***Fase iniziale***

Un programma MELP fornisce un ambiente comunitario sociale e culturale in cui le famiglie con bambini piccoli possono incontrarsi per interagire dal vivo e fare musica

interattivamente ed imparare con una guida qualificata nel gruppo. Il programma potrebbe contenere musicoterapia, educazione musicale, o principi musicali per la comunità, o tutte e tre le discipline.

### ***Il ruolo del musicoterapeuta***

Sebbene lo spazio del MELP sia stato occupato storicamente dagli insegnanti di musica, i musicoterapeuti sono altresì istruiti nel campo della musica, della consulenza, e della psicologia per supportare i bambini che non hanno uno specifico bisogno terapeutico, ma piuttosto, hanno genitori che valorizzano la musica, e pensano sia importante frequentare un programma guidato da un professionista altamente preparato.

I genitori cominciano a cercare servizi e il supporto dei professionisti della musica nei primi anni di vita dei loro figli. Dunque è importante che i programmi disponibili in commercio comprendano ricerche e la migliore esperienza possibile. Attualmente non esistono linee guida o standard per questi servizi. In assenza di tali guide suggeriamo i seguenti obiettivi dei programmi MELP.

### **Obiettivi**

I MELP dovrebbero ambire a fornire esperienze musicali di alta qualità per bambini e adulti, ed aiutare i genitori ad usare la musica consapevolmente in casa.

Per il programma “*Bambini in Boppin*”, l’obiettivo è di fornire un’esperienza musicale di altissima qualità per le famiglie che sia economicamente sostenibile, accessibile ed etica. Ciò è possibile proponendo gruppi musicali in una serie di ambienti comunitarie

nelle città più grandi, in ambienti locali economici da affittare, e che siano inoltre di facile accesso per le famiglie.

Lo staff istruito di musicoterapeuti, insegnanti di musica, e/o musicisti locali viene ulteriormente formato per assicurarsi che gli altissimi standard vengano mantenuti. Gli obiettivi del programma “Bambini in Boppin” tiene conto dei bisogni delle famiglie, dei desideri dei genitori, e delle tappe evolutive dei bambini. “Bambini in Boppin” mira a supportare ed accrescere il benessere delle famiglie fornendo un ambiente di gruppo sociale e culturale in cui le famiglie si incontrano e vengono coinvolte in attività musicali dal vivo, che aiutano le loro relazioni ed abilità di interagire e legare a vicenda. Inoltre, “Bambini in Boppin” ambisce a sostenere i genitori nel loro importante ruolo di primi e più importanti insegnanti per i figli, consentendo loro di usare la musica in casa. Tale obiettivo viene raggiunto tramite modellamento attivo, istruzione tramite spiegazioni durante le sessioni, ed informazioni e supporto dopo le sessioni, e fornendo risorse come canzoni, attività, e CD che i genitori possono portare a casa. Intende supportare ed accrescere lo sviluppo del bambino nelle aree sociali, emotive, comportamentali, cognitive, fisiche e musicali. In particolare, il programma ha la finalità di supportare lo sviluppo sequenziale, attraverso un focus sulla consapevolezza sensoriale ed evolutiva nei gruppi di bambini, lo sviluppo della abilità sociali, l'integrazione e la regolazione sensoriale per i neonati, e le abilità prescolastiche, lo sviluppo e la regolazione emotiva e sociale, la coordinazione motoria nei gruppi prescolari.

## **Metodi e tecniche**

Un programma MELP può basarsi su diversi contesti teorici, e ciò influenzerà i metodi e le tecniche usate per raggiungere gli obiettivi del programma. Per raggiungere i propri



obiettivi “Bambini in Boppin” usa una serie di metodi e tecniche tratte sia dalla musicoterapia che dall’educazione musicale.

Uno degli obiettivi è seguire una sessione strutturata ogni settimana, lasciando tuttavia il programma in un modello flessibile incentrato sui bambini e modificabile in ogni momento. Questo è uno degli aspetti in cui le competenze nella musicoterapia sono un punto di forza. I musicoterapeuti sono istruiti per osservare, seguire e supportare musicalmente i pazienti. Nell’ambiente MELP il musicoterapeuta può usare queste abilità per osservare i livelli evolutivi dei bambini, cosa attira la loro attenzione in quel momento, a quali stimoli rispondono, e dunque guidare il gruppo conseguentemente. I metodi della musicoterapia sono “gli approcci scelti dal terapeuta per raggiungere un cambio terapeutico” (Edwards e Abad 2015, p.142).

Le sessioni “Bambini in Boppin” includono metodi ricettivi, di improvvisazione, ricreativi, e creativi. La guida del gruppo dunque usa una serie di tecniche musicali e terapeutiche tra questi metodi per raggiungere gli obiettivi designati. La musica dal vivo viene sempre impiegata in “Bambini in Boppin”, dato che fornisce il migliore ambiente per un lavoro coinvolgente ed incentrato sui bambini al fine di supportare le famiglie.

Convinzione di questo programma è che i genitori siano i custodi musicali dei propri figli.

I professionisti della musica, tra cui i musicoterapeuti, si trovano in una posizione unica per coinvolgere le famiglie nei loro programmi, e per rafforzarli nell’uso della musica nelle loro attività quotidiane di genitori. Le interazioni musicali dovrebbero iniziare agli stati iniziali della vita per quanto possibile, e continuare durante tutta l’infanzia. “Bambini in Boppin” mira a supportare ed incoraggiare il coinvolgimento dei genitori ad ogni possibile occasione. Cambiamenti socio-culturali recenti nella società occidentale hanno comportato la formalizzazione dell’istruzione musicale sempre più in tenera età. Si pensa che sia imperativo che questo processo non porti via la musica dalle case; piuttosto, che la supporti e la incoraggi.

Il MELP è stato nominato come fenomeno emergente “programma di apprendimento musicale precoce”, e tramite l’esempio di “Bambini in Boppin” è stata fornita una possibile linea guida su come un MELP potrebbe funzionare a supporto delle famiglie, della crescita musicale e dello sviluppo dei bambini.

Alcuni si interrogano sul bisogno e sul ruolo di tali programmi (Trehub 2006), mentre altri mirano a mostrare i risultati dell’apprendimento, dello sviluppo, della salute e del benessere (Barrett 2009, 2011; Gerry et al. 2012).

Sono necessarie ulteriori ricerche sui benefici dei programmi MELP e su come essi influenzino l’uso della musica in casa. Molti musicoterapeuti credono che il MELP sia un posto speciale per i genitori e i bambini, in cui condividere un momento musicale, in cui imparare e crescere come famiglia. Fornendo ricche esperienze di alta qualità ai bambini e alle famiglie, i MELP danno alle famiglie una struttura che li supporti nell’amarsi e crescere insieme.

#### **4.3 CONCLUSIONE**

Fare musica in famiglia fornisce molte opportunità per creare interazioni di gioco sociale che sono considerate essenziali per lo sviluppo della comunicazione sociale e per la formazione di relazioni (Stern 2010). Creare le condizioni che supportino la partecipazione attiva ed indipendente nel creare musica, da parte del bambino e della famiglia è un requisito fondamentale. Sebbene il terapeuta abbia la responsabilità etica di facilitare queste condizioni, risuonano nelle orecchie le parole di Dunst e Trivette (2009) i quali asseriscono che il lavoro con le famiglie sarà limitato senza una qualche forma di collaborazione e cooperazione.

Le attività musicali che promuovono il gioco e l'interazione tra il bambino e le persone che si occupano di lui possono aiutare lo sviluppo di molte abilità comunicative iniziali, dall'attenzione condivisa passando attraverso la reattività fino all'attenzione congiunta, e promuovere l'avviamento dell'attenzione congiunta da parte del bambino (Kim, Wigram e Gold 2009). Lo stimolo del bambino al coinvolgimento sociale è un aspetto chiave in uno sviluppo socio-comunicativo di successo.

Le sessioni di musicoterapia incentrate sulla famiglia possono fornire un ambiente sociale stimolante per i bambini, soprattutto le interazioni incentivate tra i bambini e le famiglie che potenzialmente continueranno oltre la sessione (Thompson 2014; Thompson et al. 2014). Fare musica può supportare il rinforzamento della relazione tra i membri della famiglia includendo l'intera famiglia in attività reciprocamente piacevoli e le relazioni familiari forti possono essere positive sia per i risultati evolutivi del bambino (Dunst et al. 2007) sia per il benessere del genitore (Barnett et al. 2003).

La letteratura della musicoterapia nelle famiglie fa riferimento all'importanza di fornire attività che siano sia per il bambino con disabilità sia per la famiglia piacevoli e appaganti (Allgood 2005; Warren e Nugent 2010), spesso con genitori che enfatizzano i risultati relazionali e allo stesso tempo i risultati evolutivi (Thompson e McFerran 2015).

Le dinamiche interpersonali tra il musicoterapeuta e i genitori sono importanti da considerare nel lavoro con le famiglie. I genitori che si sentono sostenuti dal terapeuta hanno più probabilità di sviluppare un senso di auto-efficienza nelle proprie capacità di prendersi cura e di supportare il figlio (Dunst et al. 2007). È importante ricordare che il benessere del genitore e i risultati del figlio sono considerati correlati in modo complesso, ed è dunque superficiale concentrarsi esclusivamente sui benefici per il bambino. Sebbene alcune prove mostrino che i bambini con disabilità i cui genitori reagiscono sensibilmente e congiuntamente hanno migliori risultati evolutivi (Siller e Sigman 2002), l'impatto complesso e costante della sofferenza e del senso di perdita sul benessere del genitore richiede un approccio delicato e rispettoso da parte del terapeuta (Barnett et al. 2003).

La musicoterapia con le famiglie è allineata ad un orientamento sostenibile ed un approccio ecologico. La terapia incentrata sulla famiglia è guidata dall'etica e dai valori che attenuano la patologia, e spostano l'attenzione sulle abilità del bambino e creano le risorse della famiglia. Inoltre, all'interno di un approccio alla musicoterapia incentrato sulla famiglia, il concetto di salute e benessere è esteso per includere un'attenzione posta sul supporto del contatto umano, con la consapevolezza che le relazioni forti sono la base della promozione della salute nel futuro (Stige e Aaro 2011). La natura collaborativa di questo lavoro è orientata verso il proprio nucleo, richiedendo ai terapeuti di condividere le proprie risorse, rispettare le risorse della famiglia, e lavorare insieme per scoprirne di nuove. Riguardo al concetto di salute, molte ispirazioni vengono dal lavoro di Randi Rolvsjord (2004), e dunque si considera il terapeuta come risorsa per la famiglia. Parte del ruolo del musicoterapeuta è dunque collaborare con la famiglia in modo da esplorare varie possibilità per usare la musica al fine di accrescere lo sviluppo del figlio e il coinvolgimento nella loro relazione.

Un tema di riflessione fondamentale, si basa sul modo di lavorare in collaborazione con i genitori durante la musicoterapia, considerata l'individualità di ciascun sistema familiare che sostiene lo sviluppo del bambino all'interno del contesto relazionale della

famiglia (Bronfenbrenner 1975). Per esempio, alcuni genitori potrebbero avere esperienze negative o complesse con la formazione musicale che potrebbero influenzare il lavoro. Gli potrebbero aver detto per esempio di non cantare se non perfettamente intonati, o potrebbero aver sperimentato la musica come un'attività riservata solo per chi ha un dono particolare. E' utile invece osservare inizialmente quanto il genitore sia esitante o entusiasta di partecipare alle attività musicali prima di suggerirle. Proporre attività musicali accessibili, magari suggerendo solamente di cantare, o mormorare, o usare un tamburo.

Lavorare in casa è un altro aspetto chiave su cui riflettere. Molte preoccupazioni derivano dall'impatto delle distrazioni sull'attività. I bambini possono andare in camera da letto, iniziare a giocare con un giocattolo, accendere la televisione, o andare fuori. Nella fase iniziale, il fatto che il bambino possa girovagare libero per casa, e che possa insistere sul tenere la televisione accesa o sul mettere da parte i giochi creerà sicuramente dei dubbi e delle insicurezze da parte del terapeuta.

Ma l'altro aspetto importante sarà anche che lavorando in casa, si avrà l'occasione di osservare direttamente le sfide che i genitori affrontano quotidianamente. Si avrà la percezione di quanto sia difficile spostare l'attenzione del bambino dal gioco preferito ad un DVD. Si potrà osservare com'è facile interrompere l'attenzione del bambino, e com'è difficile creare momenti di connessione all'interno di un'abitazione movimentata.

Il genitore spesso osserva attentamente per vedere come vengono gestite queste sfide giornaliere, e dunque c'è la possibilità di discutere e risolvere i problemi insieme, e di verificare le soluzioni. Il musicoterapeuta diventerà dunque una risorsa, condividendo le soluzioni trovate da altre famiglie per quei problemi, e capire se le attività musicali possano essere un altro strumento utile da usare nella vita quotidiana.

Nel lavoro terapeutico e di ricerca, si riflette spesso su ciò che la musicoterapia ha da offrire ai bambini con ASD e alle loro famiglie. Per i genitori di bambini che seguono

uno sviluppo normale, il piacere condiviso spesso si verifica naturalmente nei primi mesi di vita e continua ad evolversi organicamente.

I genitori di bambini affetti da ASD sono sicuri che le attività musicali possano creare un'opportunità unica di reciproco piacere (Thompson e McFerran 2015). Il nuovo senso di unità e vicinanza che questi genitori sperimentano con i propri figli che hanno abilità comunicative limitate è considerato come una preziosa e rara opportunità.

Si riporta qui una testimonianza di Marta, la madre di una bambina di 4 anni con ASD, che sottolinea il valore del piacere reciproco nella musicoterapia:

“Ero felice, felice di vedere la mia bambina che mi guardava sotto una luce diversa, e non solo come una cosa, [ride] o qualcuno che le dà il pranzo o le dà qualcos'altro, [perché stavo] giocando con lei, e facendo qualcosa che piaceva anche a lei. Dunque, non stavo giocando con lei perché mi ero in qualche modo intrufolata cercando di insegnarle qualcosa – è stato semplicemente rilassante; libero. E sentivo che lei era felice.”

## **RINGRAZIAMENTI**

Arrivata alla conclusione di questo percorso desidero ringraziare innanzitutto il mio relatore Lorenzo Tamagnone per la disponibilità e i suggerimenti durante la stesura della tesi.

Ringrazio la mia famiglia, in particolare mia mamma, per avermi dato l'opportunità di studiare e intraprendere questa esperienza formativa, supportandomi e motivandomi.

Ringrazio due amici speciali, Silvia e Simone che mi hanno ricordato la mia passione per la musica, che mi ha condotto a loro, ed incoraggiato a concludere questo percorso.

Ed infine un ringraziamento speciale a mio marito e mia figlia perché sono sempre al mio fianco e mi hanno concesso il tempo per raggiungere questo obiettivo.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *DSM IV Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano 2001
- "Autistic Children", *Child Development* 32 – 1061
- Benenzon R. (1984). *Manuale di musicoterapia*. Borla, Roma.
- Benenzon R., Hemsy de Gainza V., Wagner G., *La nuova musicoterapia*, Phoenix, Roma, 1997
- Benenzon, Rolando, *Autismo e Musicoterapia* Roma, Phonix, 1994
- C. B. Ferster. "Positive Reinforcement and Behavioural Deficits of
- Delalande F., *La musica è un gioco da bambini*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Delalande F., *Le condotte musicali*, Clueb, Bologna, 1993
- Gallese V., (2006), "La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività", in Ballerini A., Barale F., Gallese V., Ucelli S., *Autismo. L'umanità nascosta*, Mistura S. (a cura di), Einaudi, Torino.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1992
- Galimberti U., *Enciclopedia di psicologia*, Garzanti, Torino, 2003
- Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicoterapia, il gruppo e il "sonoro"*,



Cittadella editrice, Assisi, 1996

- Lorenzetti L. M., *Dalla educazione musicale alla musicoterapia*, Zanibon, Padova, 1989.
- Manarolo, Gerardo, *Manuale di Musicoterapia*, Torino, Edizioni Cosmopolis, 2006
- Manarolo, Gerardo, Borghesi, Massimo, *Musica e Terapia*, Torino, Edizioni Cosmopolis, 1998
- *Music Therapy with Families - Therapeutic Approaches and Theoretical Prospectives*, Stine Lindahl Jacobsen e Grace Thompson
- Postacchini, Pier Luigi, *Musica, emozioni e teoria dell'attaccamento*, in «Musica e terapia» n. 3, Casalnoceto, Edizioni Cosmopolis, 2001, pp.8,9 .
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., *Musicoterapia*, Caroccio, Roma, 1997
- Ricci C., Romeo A., Bellifemine D., Carradori G e Magaudda C., *Il manuale ABA-VB. Applied Behavior Analysis and verbal behavior. Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*, Erickson, Trento 2014.
- Scardovelli M., *IL dialogo sonoro*, Cappelli, Bologna, 1992
- Schopler E., (1965), *Early Infantile Autism and Receptor Processes*, in “Archives of General Psychiatry”, 13.
- Schopler E., Reichler & Renner, (1988), *Childhood Autism Rating Scale-CARS*.
- Silvia Bencivelli ,*Perché ci piace la musica ,pp.175-185*
- S.I.N.P.I.A (Società Italiana di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza) *Linee guida per l'autismo – Diagnosi e Interventi*, Erickson , Trento 2005.

**TESI**

- The Impact of Autism on Family: Three Themes by Annelie E. Nilsson - City University of Seattle 2015

## RIVISTE

- “DOPO LA DIAGNOSI” Intervento di parent-training per i genitori di pazienti affetti da Autismo o Disturbo Generalizzato di Sviluppo (D.G.S.)
- Mariella Colosimo –PROPOSTA EDUCATIVA 3/08-1/09 - Esperienze di Peer Education in Italia
- Musica&terapia N. 26
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (2005), *Linee Guida per l’Autismo, raccomandazioni tecniche operative per i servizi di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza*, (SINPIA).
- THE IMPACT OF SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RESILIENCE ON PARENTAL STRESS IN FAMILIES WITH A CHILD DIAGNOSED WITH AN AUTISM SPECTRUM DISORDER Jennifer C. Plumb *University of Pennsylvania*, Plumb@email.chop.edu

## SITOGRAFIA

- <http://autismo.aslcn1.it> autismo@aslcn1.it
- [www.autisminternetmodules.org/mod\\_list.php](http://www.autisminternetmodules.org/mod_list.php).