

MUSICA CHE EDUCA MUSICA CHE CURA

INTERVENTI PSICOLOGICI CON IL LINGUAGGIO SONORO
IN CONTESTO SCOLASTICO E RIABILITATIVO

a cura di
Alessandro Antonietti
Barbara Colombo



Copyright © MMX
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133/A-B
00173 Roma
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-3062-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: febbraio 2010

Indice

PARTE I **Per iniziare...**

13 *Premessa*
Alessandro Antonietti e Barbara Colombo

21 **Capitolo I**
Musica e musicoterapia: una panoramica
Ivana Matola

1.1. Cenni storici, 21 – 1.2. La musicoterapia in Italia, 23 – 1.3. Alcuni modelli in musicoterapia, 24 – Bibliografia, 34

PARTE II **Educare con la musica**

37 **Capitolo II**
“Embodied music cognition”: *sviluppare la rappresentazione del corpo con suono e movimento*
Rosangela D’Andrea

2.1. Introduzione, 37 – 2.2. La musica e il corpo: dalla embodied cognition alla embolie music cognition, 38 – 2.3. Il progetto “il corpo in musica”, 41 – 2.4. Prove per la verifica, 48 – 2.5. Campione, 50 – 2.6. Risultati, 50 – 2.7. Conclusioni, 55 – Bibliografia, 55

61 **Capitolo III**
Musica ed espressività corporea: imparare a riconoscere le emozioni

Viviana Tucci

3.1. Introduzione, 61 – 3.2. La musica e il suo legame con la vita psicologico-emotiva, 63 – 3.3. Musica e corpo: le reazioni espressivo-motorie agli stimoli musicali, 65 – 3.4. Il progetto “La voce del corpo: musica ed espressività corporea”, 68 – 3.5. Le attività, 71 – 3.6. Risultati, 79 – 3.7. Conclusioni, 82 – Bibliografia, 83

91 **Capitolo IV**
Relazioni sonore: come la musica può promuovere la prosocialità e l’empatia in classe

Stefania Peretti

4.1. Introduzione, 91 – 4.2. Obiettivo dell’intervento, 94 – 4.3. Conduzione dell’intervento, 96 – 4.4. Strumenti di valutazione, 99 – 4.5. Risultati, 102 – 4.6. Conclusioni, 105 – Bibliografia, 107

109 **Capitolo V**
Stimolare la creatività attraverso la musica

Antonella Caliendo

5.1. Musica e creatività, 109 – 5.2. La ricerca-intervento, 113 – 5.3. Analisi dei dati, 121 – 5.4. Conclusioni, 124 – Bibliografia, 126

127 **Capitolo VI**
“Musicalità comunicativa”: promuovere l’interazione adulto bambino nella primissima infanzia

Raffaella Pellegrini

6.1. Introduzione, 127 – 6.2. Obiettivi: linguaggi espressivi, comunicazione ed emozioni, 129 – 6.3. Il laboratorio: metodologia ed attività, 131 – 6.4. Progettare la valutazione: finalità e strumenti, 134 – 6.5. Conclusioni, 138 – Bibliografia, 146

PARTE III
Riabilitare con la musica

- 155 **Capitolo VII**
Comunicazione e movimento: l'esperienza musicale in un caso di spasticità muscolare
 Laura Achille
- 7.1. Introduzione, 155 – 7.2. Musica-movimento, 157 – 7.3. Descrizione del caso e obiettivi dell'intervento, 158 – 7.4. L'intervento, 158 – 7.5. Strumenti di valutazione, 160 – 7.6. Analisi, 161 – 7.7. Risultati, 161 – 7.8. Conclusioni, 166 – Bibliografia, 167
-
- 169 **Capitolo VIII**
Riabilitazione neuromotoria, motor imagery e musica
 Jonathan Trobia
- 8.1. L'ictus cerebrale, 169 – 8.2. L'utilizzo dell'immaginazione motoria nella riabilitazione dell'emiplegia post-ictus, 170 – 8.3. Musica come valore aggiunto del progetto I-learning, 175 – 8.4. Studio sperimentale, 180 – 8.5. Bibliografia, 188
-
- 193 **Capitolo IX**
La musica nel Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI)
 Elisa Zugno
- 9.1. Introduzione, 193 – 9.2. Il DDAI come patologia del ritmo e della sincronizzazione tra tempo interno e tempo esterno, 196 – 9.3. Perché la musicoterapia per il trattamento del DDAI?, 197 – 9.4. Strategie mirate al trattamento dei singoli deficit, 198 – 9.5. Una proposta di intervento: studio di un caso, 200 – 9.6. Conclusione, 213 – Bibliografia, 216

219 **Capitolo X**
L'approccio musicale nel ritardo mentale
Elisa Moro

10.1. La musicoterapia nel ritardo mentale, 219 – 10.2. I partecipanti, 224 – 10.3. Obiettivi, 225 – 10.4. Resoconto dell'attività, 226 – 10.5. Strumenti utilizzati, 228 – 10.6. Risultati, 232 – 10.7. Discussione, 235 – 10.8. Bibliografia, 237

239 **Capitolo XI**
Un intervento a base musicale con la Sindrome di Rett
Fiamma Cardani

11.1. Introduzione, 239 – 11.2. Stella e la musica, 247 – 11.3. Struttura dell'intervento, 248 – 11.4. Conclusioni, 259 – 11.5. Bibliografia, 261

PARTE IV
Per proseguire...

267 **Capitolo XII**
“Note sui registri”: un repertorio di attività sonore per gli interventi educativo-riabilitativi
Barbara Colombo

12.1. Introduzione, 267 – 12.2. Sezione 1: attività introduttive, 271 – 12.3. Sezione 2: il registro motorio, 285 – 12.4. Sezione 3: il registro visivo, 287 – 12.5. Sezione 4: il registro verbale, 292 – 12.6. Sezione 5: attività “miste”, 295 – Bibliografia, 301

Capitolo I

Musica e musicoterapia: una panoramica

IVANA MATOLA

Il termine “musicoterapia” deriva dai concetti di Musikè e Therapeia, denotanti l’uomo in movimento, la parola, il suono, l’assistenza e la cura.

Oggi il termine “musicoterapia” viene utilizzato per indicare la cura di malattie che possono trarre giovamento dagli effetti dell’esperienza musicale (Orff, 1993). Secondo Mc Clellan (1993) l’utilizzo della musica a scopi curativi si fonda sul fatto che la musica influisce sul nostro corpo per effetto della risonanza.

1.1. Cenni storici

L’uso della musica a scopi curativi può essere fatto risalire molto indietro nel tempo. A quell’epoca la malattia era associata a spiriti maligni che dovevano venire scacciati dal corpo e dalla mente della persona malata. Per fare ciò si cercava di spaventare gli spiriti grazie all’uso di canzoni ritmiche che, al posto delle parole, utilizzavano lamenti monodici e venivano accompagnate dal suono di zucche vuote e tamburi percossi. La musica divenne così il mezzo dello sciamano per ottenere la massima concentrazione della mente e del corpo e per intensificare la volontà di ritrovare e di conservare il benessere fisico.

Secondo Platone, gli Egizi attribuivano alla dea Iside la creazione delle melodie ed era a questa stessa dea che affidavano il governo del-

le emozioni e la purificazione dell'anima. A tutt'oggi la musica dell'antico Egitto rimane un mistero, poiché le notizie giunte fino a noi sono scarse.

È solo con gli Ebrei che nel mondo occidentale la musica non venne più utilizzata per propiziarsi le divinità, ma assunse una funzione curativa. Essi infatti ritenevano che la musica avesse poteri stimolanti e sedativi, capaci di intensificare le emozioni negative fino a liberarne la mente. Anche i Greci davano molta importanza alla forza guaritrice della musica. Una delle divinità greche più importanti era Apollo, dio del sole, della medicina e della musica; era proprio Apollo che conservava l'armonia della vita con la divinazione, la musica e la medicina. Da Omero a Platone a Aristotele tutti sottolinearono la funzione positiva della musica. Molto importante fu Pitagora di Samo, nella cui filosofia le leggi della musica influenzavano l'interiorità dell'uomo attraverso l'armonia. L'armonia dell'universo corrispondeva, per Pitagora, a quella dell'anima. Era appunto grazie alla melodia e al ritmo che si poteva recuperare l'ordine dell'anima e conseguentemente la salute del corpo.

Quando l'Impero Romano si estese dall'Europa all'Asia occidentale, la sua cultura assimilò la musica e le pratiche dei Greci e, poiché i Romani consideravano l'organismo umano come una totalità, la musica aveva una funzione sia di cura che di prevenzione. Era per questa ragione che, dopo la cena, venivano eseguiti brani musicali durante i quali lo strumento più usato era l'arpa o la lira.

Nel Rinascimento la musica divenne un prodotto artigianale di una corporazione. Solo nel periodo romantico riuscì a riacquistare la qualifica di arte. I residui delle pratiche esoteriche, però, decadde gradualmente nel folklore e nella superstizione; i medici occidentali, che continuarono ad avere un interesse per la musica, lo facevano solo come un passatempo estraneo alla loro professione. Nel 1748 Louis Roger, medico di Montpellier, tornò ad occuparsi degli effetti della musica sulla mente umana e s'interrogò sul perché ciò potesse accadere. I suoi studi, però, suscitavano scarso interesse.

Il primo corso di musicoterapia si tenne nel 1919, presso la Columbia University, e nel 1944, al Michigan State College, venne inaugurato il primo corso quadriennale per specialisti in quella disciplina. Poco dopo furono fondate tre delle più importanti organizzazioni di musicoterapia.

terapia: la National Association for Music Therapy, l'American Association for Music Therapy e nel 1970 l'American Association of Music Therapists.

Si sviluppò così un movimento crescente di individui e piccoli gruppi che riuscirono a far filtrare il loro punto di vista e le loro attività nella medicina ufficiale e nella cultura dominante.

A partire da questo momento l'interesse per la musicoterapia crebbe e numerosi sono oggi i corsi, anche universitari, dedicati a questa disciplina.

1.2. La musicoterapia in Italia

Negli anni Sessanta, mentre in Europa e in America la musicoterapia aveva raggiunto ormai una posizione di rilievo nell'ambito degli interventi psicologici, in Italia tale disciplina si trovava ancora in ritardo.

Solo in questi anni infatti incominciano ad essere conosciute nel nostro paese le varie scuole che nel frattempo si erano affermate all'estero.¹ Venne divulgata per prima l'esperienza inglese, promossa da Juliette Alvin, che individuava nella socializzazione l'obiettivo primario della musicoterapia. Successivamente venne conosciuta la scuola tedesca ed austriaca, legata in particolare a Gertrud Orff, che ricorreva alla musicoterapia per attivare una stimolazione sensoriale. Presto si resero note anche le esperienze di scuole di dichiarata tendenza psicoanalitica, quella francese dei coniugi Guilhot, di Jost e della Lécourt, e quella di Rolando Benenzon.

Fino al 1970 gli operatori scolastici avevano applicato l'educazione musicale nelle scuole con i bambini normodotati. Successivamente, in seguito alla divulgazione della musicoterapia, anche in Italia si provò ad estendere proposte a base musicale ai bambini portatori di handicap e si manifestò l'esigenza di un confronto e di uno scambio di esperienze, al fine di sollecitare la ricerca scientifica — ancora carente in Italia — e di costituire un'associazione di musicoterapia. Dopo il primo seminario nazionale di musicoterapia tenuto nel 1973, nacque a

¹ www.cepadlab.unicatt.it/formazione/antonietti/sara/mt.htm.

Bologna nel 1975 l'Associazione Italiana Studi di Musicoterapia (A.I.S.M.t.), con la funzione di collegamento, di scambio e di promozione dei singoli gruppi regionali fondati sino ad allora. Alla fine degli anni '70 si profilavano in Italia tre orientamenti musicoterapeutici che si diversificano per scopi e per tecniche:

- 1) pedagogico e psicopedagogico, impiegato generalmente nelle strutture scolastiche e caratterizzato da un aspetto preventivo perché con la musica si vuole collaborare all'organizzazione di una personalità matura ed equilibrata;
- 2) clinico-psichiatrico, che si occupa di individui affetti da patologie che causano condizioni di emarginazione;
- 3) promozionale-sociale, rivolto a contesti di animazione e ricreazione nei quartieri o nelle comunità.

Attualmente esistono in Italia, secondo Lorenzetti (1989), tre indirizzi di ricerca e applicazione della musicoterapia:

- 1) la corrente che si rivolge prevalentemente alle scuole straniere e alle loro tecniche;
- 2) quella che utilizza l'elemento musicale per indurre delle modificazioni psicofisiologiche. A questo riguardo si può ricordare anche la ricerca del medico e psichiatra R. Assagioli sugli effetti emozionali e curativi affidati a musiche scelte appositamente per le loro proprietà rilassanti o stimolanti;
- 3) l'"indirizzo psicodinamico transdisciplinare", che "muove dall'uso della globalità dei linguaggi verso una concezione di terapia psicocorporea" che possa interagire con l'arte-terapia (Lorenzetti, 1989, p. 47).

1.3. Alcuni modelli in musicoterapia

1.3.1. Modello psicodinamico: R. Benenzon

In prospettiva psicoanalitica Rolando Benenzon (1983, p. 9) individua due indirizzi paralleli nella musicoterapia. Egli reputa la musico-

terapia una disciplina scientifica il cui oggetto di studio è «il complesso suono–essere umano, con l’obiettivo di ricercare elementi di diagnosi e di metodi terapeutici». Questo complesso è costituito da elementi che producono stimoli sonori (generalmente gli strumenti musicali e il corpo), dai suoni interni del corpo e da quelli percepiti dagli organi recettori, dalla reazione biologica e psicologica.

Rolando Benenzon, pedagogista, psichiatra e musicista, è caposcuola della musicoterapia in America Latina. Nel 1966 ha fondato in Argentina, con altri specialisti, l’Associazione Argentina di Musicoterapia. Ha collaborato anche alla fondazione delle associazioni degli altri stati sudamericani. In seguito, al primo convegno argentino di musicoterapia tenutosi nel 1969, è nata l’Associazione Medica di Musicoterapia. Successivamente Benenzon si è interessato della protezione della professionalità del musicoterapeuta istituendo associazioni volte a questo scopo. L’opera di Benenzon è stata diffusa in molti paesi e alcuni concetti introdotti dal musicoterapeuta argentino sono stati ripresi da altri autori, quali, per esempio, la Alvin.

La visione della musicoterapia come disciplina che utilizza il suono e il movimento per provocare effetti regressivi rivela alla base della concezione della musicoterapia di Benenzon presupposti teorici psicoanalitici. Benenzon considera la musicoterapia una disciplina paramedica, che trova le sue basi scientifiche nell’ambito clinico–terapeutico. Il musicoterapeuta necessita tuttavia, secondo Benenzon, di una formazione approfondita che comprenda anche le terapie psicologiche.

Fondamentalmente la musicoterapia di Benenzon si occupa dello studio e della ricerca del rapporto suono–essere umano, considerando il suono e il movimento come aspetti integrantisi. In base alle reazioni del paziente allo stimolo musicale Benenzon cerca di diagnosticare la malattia e di elaborare la terapia di intervento.

L’autore elabora un principio che ritiene importante nell’approccio terapeutico al malato: si tratta del principio dell’ISO, ossia la ricerca da parte del terapeuta del tempo mentale del paziente al quale adeguare il tempo sonoro musicale. Questo processo è il punto di partenza per aprire un canale di comunicazione con il paziente. Benenzon sostiene che l’evento musicale terapeutico può ricreare la relazione perduta madre–bambino, permettendo il riemergere di situazioni conflit-

tuali inconscie. In questo modo il materiale emerso nella seduta musicale può essere utilizzato nell'ambito della seduta psicoterapeutica.

Muovendo da studi di neurofisiologia, Benenzon afferma che il ritmo, e forse anche la melodia, viene percepito a livello subcorticale (nel sistema limbico). Secondo alcune ipotesi a riguardo della vita prenatale, il feto durante la gravidanza vive un'esperienza ritmica percependo i suoni della madre prodotti dal battito cardiaco, dalla respirazione, dai movimenti esterni e dai rumori degli organi interni. Sulla base di questi dati Benenzon ha potuto formulare questa teoria: “la base della relazione tra il ritmo e l'essere umano va ricercata nel contatto sonoro del feto” e inoltre “la musica è l'evocazione della madre, una riedizione della relazione con lei e con la natura” (Benenzon, 1983, p. 29).

Il concetto di ISO è un elemento che caratterizza ogni individuo ed è costituito dalla somma del vissuto sonoro durante la gravidanza (e quindi legato alle percezioni interne) e della nascita (frutto della percezione esterna). Questo “tempo” biologico — ritmo desunto dalla velocità dell'andatura, del battito cardiaco e della respirazione — è unico per ognuno di noi e si manifesta in tutte le nostre attività.

Il termine ISO significa “uguale” ed allude ad un'identità da ricercare; infatti è compito del terapeuta — come detto — individuare il tempo mentale del paziente per accordarvi un determinato tempo sonoro o musicale, con l'obiettivo di aprire un canale di comunicazione attraverso il quale operare poi il recupero.

Nell'approccio musicoterapeutico con il paziente Benenzon distingue tre livelli di lavoro:

- 1) livello di regressione: il paziente è sottoposto a suoni in rapporto con lo stato regressivo raggiunto per produrre la rottura di nodi difensivi e aprire canali di comunicazione; in questo livello vengono attuate tecniche di musicoterapia sia attiva che passiva;
- 2) livello di comunicazione: il musicoterapeuta sfrutta i canali di comunicazione aperti nel primo livello favorendo l'espressione del paziente;
- 3) livello di integrazione: la comunicazione si dilata anche all'ambiente circostante e al gruppo familiare.

Benenzon finalizza la stimolazione sensoriale alla “modificazione di problemi emotivi” (Benenzon, 1983, p.125) innescati dalla patologia da cui è affetto il paziente. Infatti lo scopo dell’utilizzazione di stimoli sonoro–musicali e del movimento è quello di indurre una regressione volta a permettere la liberazione dei nodi conflittuali. Questa fase regressiva è stimolata da suoni che richiamano quelli dell’ambiente intrauterino — il battito cardiaco, la respirazione — e di suoni dell’ambiente naturale. Benenzon si dimostra in accordo con la Hirsch e la Alvin nell’applicare la stimolazione sonora anche con soggetti affetti da minorazione intellettiva, sensoriale e motoria.

13.2. I modelli umanistici: Juliette Alvin

La prima esperienza di musicoterapia, documentata con sufficiente rigore scientifico, divulgata in Italia è stata quella di Juliette Alvin. Violoncellista diplomata al Conservatorio di Parigi, la Alvin negli anni ‘50–’60 abbandonò l’attività concertistica e condusse una serie di esperienze volte ad alleviare la sofferenza fisica e psichica di bambini ricoverati in istituti della Gran Bretagna.

La Alvin promosse nel 1958 la fondazione della Society for Music Therapy and Remedial Music, poi denominata British Society for Music Therapy, e istituì, presso la Guildhall School of Music and Drama di Londra, un corso post–universitario, riconosciuto ufficialmente, che rilascia un diploma di musicoterapeuta.

L’approccio musicoterapeutico della Alvin è fondato su principi tratti dall’attenta osservazione del comportamento dei pazienti e da una profonda sensibilità per la sofferenza; successivamente, nel corso della stesura delle opere che racchiudono la testimonianza della sua esperienza, l’Autrice ha acquisito una più matura consapevolezza dei presupposti dei propri interventi.

La Alvin passa infatti da una mera trascrizione di esperienze nel tentativo di teorizzazione quale quello compiuto nell’ultimo libro da lei scritto, *La terapia musicale per il ragazzo autistico*. Ponendo le basi di quello che sarà uno dei principali presupposti dell’orientamento musicoterapeutico inglese — il quale privilegia la lettura del fenomeno psicologico in chiave sociale — la Alvin ritiene che la musica possa essere un mezzo che permette al bambino di migliorare

le proprie relazioni interpersonali stimolando una comunicazione più matura.

La terapia musicale, adottata dalla Alvin nella riabilitazione dei soggetti disabili fisici e psichici, deve conformarsi a due caratteristiche fondamentali del suono: il potere catartico (che facilita, nelle terapie individuali, l'espressione delle emozioni e degli stati interiori) e il potere aggregante (che favorisce, nelle terapie di gruppo, la socializzazione e l'assunzione delle regole sociali).

Alla base risiede il proponimento di agire sulla totalità dell'individuo, integrando le varie dimensioni della personalità. Infatti la terapia è volta a produrre effetti positivi sullo sviluppo:

- 1) emotivo, offrendo all'individuo la possibilità di una gratificazione immediata e un mezzo di identificazione;
- 2) intellettuale, rafforzando l'autocontrollo, la memoria, l'attenzione, la consapevolezza della propria personalità;
- 3) sociale, migliorando l'interazione di gruppo e l'accettazione delle norme, nonché l'assunzione di responsabilità.

La causa di un rallentamento nel processo maturativo del soggetto handicappato è attribuita dalla Alvin ad un'inefficienza nella percezione e nella decodificazione sensoriale della realtà. L'Autrice presuppone infatti una maturazione della conoscenza sensoriale come "antefatto" per un potenziale sviluppo cognitivo completo. Il bambino handicappato ha difficoltà ad usare le sue potenzialità a causa della minorazione che gli impedisce di sviluppare adeguatamente le capacità sensoriali.

L'attività musicale interviene quindi in aiuto al bambino per rendere operanti tramite il suono e il movimento alcuni processi mentali implicati nell'apprendimento, quali il riconoscimento, la memoria, la capacità di porre in relazione suono e movimento.

Per lo sviluppo della sfera socio-relazionale la Alvin si basa sul principio che la musica può suscitare nei bambini delle associazioni affettive e mentali, poiché può interessare lo stato d'animo del bambino, suscitare immagini mentali o permettere una libera espressione delle emozioni. Tuttavia, prima di impostare dei rapporti sociali stabili è importante che il bambino abbia elaborato dei sentimenti di fiducia e

di sicurezza verso se stesso. La Alvin pensa che il raggiunto controllo del proprio movimento accresca la fiducia e l'autostima del bambino e soprattutto la sicurezza, permettendo di muoversi con maggior scioltezza in mezzo agli altri e di stabilire una relazione sociale più matura perché più rispettosa dei limiti spaziali e psicologici altrui.

Le risposte psicologiche ad un'esperienza musicale, vissuta sia come semplici ascoltatori che come produttori, dipendono dalla capacità del soggetto di identificarsi con essa e dalle caratteristiche del brano in questione, ovvero dalla possibilità della musica di agire — secondo la terminologia psicoanalitica — livello dell'Io, dell'Es e del Super-Io.

La musica è certamente in grado di risvegliare istinti primitivi e di portare in luce materiale rimosso, di suscitare emozioni per poi sublimarle, di stimolare la conoscenza di sé, di ricreare quindi un Sé più armonico ed equilibrato.

La stimolazione delle modalità senso-motorie, attivata dal bambino operando sugli strumenti, è applicata dalla Alvin con i soggetti di lieve e media gravità. Infatti avvalendosi della naturale disposizione infantile a manipolare gli oggetti, la Alvin offre al bambino lo strumento perché possa esaminarlo con le mani e con gli occhi, oltre a tentare di ricavarne suoni.

La Alvin ha verificato che i soggetti affetti da handicap sono in grado di recepire gli stimoli sonori e di reagirvi dimostrando sensibilità musicale pari a quella dei ragazzi normali. La musicoterapia quindi può costituire una forma di comunicazione più diretta quando viene meno la possibilità di utilizzare i codici linguistici tradizionali, soprattutto perché la musica può essere fruita a diversi livelli, corrispondenti a diversi gradi di sviluppo intellettuale. L'applicazione della musicoterapia può così interessare i bambini affetti da ritardo mentale, da paralisi cerebrale, da minorazioni fisiche e sensoriali, da disadattamento e da autismo.

Con il bambino affetto da ritardo mentale, sono da tenere presenti la carente consapevolezza del proprio corpo e la scarsa attenzione e memoria degli eventi. La Alvin propone allora esercizi di imitazione e ripetizione di movimenti semplici mirati a rendere il bambino consapevole di ogni parte del suo corpo e delle possibilità espressive dello stesso. Il bambino può così costruirsi lo schema corporeo e comprendere il suo ruolo in relazione con lo spazio circostante. La Alvin si propone con questi esercizi di portare il bambino alla "conquista del-

l'equilibrio fisico e... dell'integrazione motoria" nonché di una "certa attività mentale" nel cogliere "il rapporto esistente tra la musica e il movimento corrispondente" (Alvin, 1968, p. 154).

Con le minorazioni sensoriali ci troviamo di fronte ad una difficoltà di altro tipo, poiché la mancanza di attività di uno dei sensi — in particolare la vista e l'udito — compromette il rapporto del bambino con se stesso e con gli altri. Il bambino ipovedente, proprio a causa del proprio handicap, è dotato di una maggior consapevolezza del corpo, affinata dall'attenzione con la quale deve muoversi nello spazio. Avvalendosi di questa consapevolezza e di adeguate capacità mnestiche, la Alvin interviene proponendo movimenti guidati per far prendere all'ipovedente confidenza e sicurezza con lo spazio e spingerlo a conquistare un miglior controllo motorio.

Con il bambino ipoacusico l'intervento della Alvin mira soprattutto a rendere familiare al soggetto il mondo dei suoni dai quali egli è quasi completamente escluso; sfruttando le capacità che ha il corpo di cogliere le vibrazioni dei suoni più bassi, si può stimolare il movimento per poter scoprire in esso una nuova via di espressione.

L'intervento musicoterapeutico diventa più complesso quando si tratta di applicare musica e movimento con il soggetto autistico. Il primo approccio deve essere volto ad aprire un contatto con la personalità isolata e chiusa alla comunicazione del bambino autistico.

Per esempio, la Alvin ha constatato che, dopo un'iniziale indifferenza per l'esecuzione musicale del terapeuta, il bambino comincia a manifestare una certa attenzione con il proprio comportamento — ad esempio interrompendo la propria attività stereotipata durante l'esecuzione musicale — fino a provare egli stesso a battere sul tamburo con il terapeuta.

1.3.5. Il modello di P. Nordoff e C. Robbins

Paul Nordoff, musicista e compositore, e Clive Robbins, educatore specializzato, hanno svolto la loro opera terapeutica lungo l'arco di un decennio (1959–1967) in istituti europei e statunitensi ospitanti bambini subnormali.

L'originalità della proposta musicoterapeutica di Nordoff e Robbins risiede nel fatto che non esiste una programmazione formulata a

priori: ogni seduta si struttura rispondendo alle esigenze del paziente che, invitato ad esprimersi musicalmente, rivela, attraverso le modalità di utilizzo degli strumenti e le caratteristiche dei suoni prodotti, i propri conflitti interiori. Con l'improvvisazione musicale, attraverso un procedimento per tentativi ed errori, il terapeuta si sforzerà di trovare la musica più adatta per instaurare col paziente un dialogo sonoro.

I due Autori partono dal presupposto che la musica può costituire un mezzo di comunicazione unico che permette anche in qualsiasi forma, una qualche possibilità di apprendimento e di reinserimento sociale. Essi intrecciano il lavoro pedagogico — volto allo sviluppo delle potenzialità del bambino svantaggiato — al lavoro psicologico — finalizzato al rafforzamento dell'Io, delle relazioni interpersonali e della socializzazione.

A fondamento della terapia risiede la convinzione che la musica sia un'esperienza universale perché accessibile a tutti e costituita da elementi — quali ritmo, melodia, armonia — che esercitano un'attrazione psicologica notevole.

L'universalità della musica è dovuta anche al fatto che il suo messaggio può contenere tutta la gamma del sentimento e dell'esperienza umana. I destinatari della musicoterapia sono bambini che vivono in una condizione di isolamento e le cui difficoltà comunicative limitano l'assimilazione delle esperienze e l'adattamento. Inaspettatamente, per questi bambini la musica può diventare la possibilità di vivere un'esperienza stimolante e un mezzo di comunicazione per la loro integrazione individuale e sociale.

Nordoff e Robbins sono dell'opinione che la musica costituisca la via ideale per entrare nella personalità dei bambini handicappati, per aiutarli a sviluppare il loro potenziale e rafforzare le funzioni psicologiche non compromesse, più che mirare ad integrare le singole funzioni sensoriali da un punto di vista fisico-psichico, tentano di raggiungere — come prima tappa — la sfera emotiva del bambino, creando un ambiente ricco di stimolazioni che dia spazio alle potenzialità inespresse dei bambini.

Gli obiettivi che Nordoff e Robbins si propongono con la terapia di gruppo sono molteplici: innanzi tutto l'integrazione sociale tra soggetti molto diversi tra loro la cui complementarietà è stimolo a trovare punti di contatto e ad essere di esempio agli altri; l'assunzione di precisi ruoli e responsabilità; la conoscenza di se stessi e soprattutto delle

proprie capacità, connessa con una progressiva crescita interiore e la realizzazione di sé.

Studi particolari sono stati condotti dagli Autori con bambini autistici con i quali la musica si è rivelata uno strumento efficace per interrompere il comportamento stereotipato e dare inizio ad una relazione significativa, volta alla riorganizzazione dell'Io del bambino e alla scoperta del piacere prodotto dall'attività e dalla fiducia.

È estremamente difficoltoso stabilire un contatto con i bambini affetti da autismo, e questi a loro volta non sono in grado di mantenere la comunicazione con gli altri. Con questi bambini le attività musicoterapeutiche possono iniziare favorendo una graduale affermazione delle capacità di risposta, in modo da consentire il superamento di paura o confusione, grazie alla scoperta del piacere e alla fiducia derivante dalla positività della risposta. Da questo stadio è possibile sviluppare forme individuali di attività musicali, volte ad aumentare l'interesse e la soddisfazione e a rendere le risposte sempre più elastiche, il che favorisce una maggiore intensità di partecipazione.

In conclusione, la musica è un'attività che si appella innanzi tutto alla globalità del sentimento e dell'emotività e quindi può essere percepita, appresa e ricordata anche da bambini handicappati. Attraverso il lavoro musicale questi ultimi possono elaborare attivamente i loro contenuti emotivi, acquisire sicurezza e fiducia, esercitare la riflessione, l'autocontrollo e la responsabilità. Infine, l'esperienza del suono e del canto porta ad un miglioramento della parola come presupposto per una corretta interazione con l'ambiente.

1.3.6. Il Dialogo Sonoro

Per Dialogo Sonoro (Scardovelli, 1992) s'intende una precisa tecnica di musicoterapia; due o più persone comunicano tra loro attraverso i suoni prodotti con il proprio corpo, con la voce, con oggetti qualsiasi o con strumenti musicali. La comunicazione avviene attraverso l'improvvisazione, attraverso l'ascolto reciproco e attraverso la reazione di ciascuno ai messaggi dell'altro.

Un esempio tipico di dialogo sonoro è quello che avviene tra madre e bambino, prima che il bambino acquisisca l'uso del linguaggio. L'osservazione comune e le ricerche in questo settore mettono in luce come i

due partner reagiscano ciascuno ai segnali sonori o vocali dell'altro, improvvisando, imitandosi reciprocamente, reciprocamente influenzandosi.

L'improvvisazione é alla base del dialogo sonoro, improvvisare significa lasciarsi andare. Le mani, le dita, il corpo si muovono da soli: gli occhi e le orecchie osservano e ascoltano. Chi improvvisa non può sapere che cosa accadrà nell'attimo successivo, vive nell'incertezza, nel dubbio non può controllare in anticipo, non può prevedere, non può calcolare. Diventa spettatore di se stesso, diventa spettatore di ciò che accade tra sé e gli altri o di ciò che accade tra parti di sé.

I suoni rinviano al mondo interno di colui che li emette, parlano, in un linguaggio primordiale, di ciò che é più sconosciuto, più ignorato e pertanto più temuto. Comunicare significa "esistere" come persone nel mondo, cioè in uno spazio fisico e mentale condiviso con altre persone. Al contrario, ad esempio, l'isolamento la frammentazione del Sé, accompagnate da sofferenza, sensazione di perdita, depressione, autodistruzione a differenti livelli si accompagnano a un disturbo temporaneo o durevole nel processo di comunicazione.

In questa ottica "La musicoterapia può definirsi come una pratica clinica o riabilitativa focalizzata su taluni aspetti specifici della comunicazione non verbale, cioè gli aspetti ritmici, temporali, energetici" (Scardovelli, 1986). Nel dialogo sonoro (nella comunicazione non verbale) i gesti dell'uno vengono ripresi da quelli dell'altro, c'è rispecchiamento nella postura, nel tono, nel tempo — ritmo, c'è empatia (emozione condivisa), frutto di ascolto e calibrazione reciproca (attenzione ai segnali dell'altro), c'è produzione di novità nella concatenazione degli scambi, assenza di stereotipie e ripetizione ossessiva; c'è la condivisione di un progetto espressivo (sul versante esterno) e autoesplorativo (sul versante interno).

L'idea che l'ascolto empatico, non giudicante, accettante, contenga in sé una valenza di aiuto, è stata avanzata e sostenuta teoricamente da Carl Rogers, uno dei fondatori della così detta psicologia umanistica insieme a Rollo May, Maslow ed altri.

Un contesto di ascolto empatico è di per sé facilitante (Scardovelli, 1992), cioè in grado di riavviare una comunicazione produttiva. La comunicazione produttiva, all'interno di una relazione sufficientemente durevole, è idonea a fornire una "base sicura" e a riattivare il comportamento esplorativo e autoesplorativo.

Si parte dal presupposto che ogni persona, come ogni organismo, abbia in sé tutte le risorse necessarie per l'adattamento all'ambiente, compresa la risoluzione dei propri problemi e conflitti interni.

Compito dell'ascoltatore-facilitatore è allora quello di assumere temporaneamente e provvisoriamente il punto di vista dell'altro, e conseguentemente sintonizzarsi sulla sua emozione, senza identificarsi, cioè mantenendo costantemente in atto il processo del «come se» io fossi l'altro. Il facilitatore rogersiano assume temporaneamente i punti di vista del cliente, e temporaneamente apprende a guardare il mondo attraverso i suoi occhi. In tal modo giunge a provare emozioni simili, cioè a empatizzare di fronte ai fatti che gli vengono raccontati, in tal modo apprende a partecipare e a condividere il suo progetto espressivo ed autoesplorativo, in tal modo, tende ad evitare qualsiasi intervento sul contenuto: non esprime giudizi, valutazioni, consigli, interpretazioni, sulla base di una qualche teoria esterna rispetto al rapporto. Ciò comporta un'attenzione all'hic et nunc, un'attenzione a ciò che avviene nel presente, di fatto, accedere a un'ottica comunicazionale porta a concentrarsi su “che cosa” avviene nella relazione, su “che cosa” avviene nella situazione attuale, anziché cercare di capire il “perché” avviene e cercare di risalire alle presunte cause del passato. Parafrasando Watzlawick, si può dire che il passato esercita un'influenza sul presente solo nella misura in cui la persona lo attualizza, lo attualizza nel qui ed ora, con la sua presente interpretazione e con il suo presente comportamento.

Bibliografia

- BENENZON R.O., *Manuale di musicoterapia*. Borla, Roma 1983.
- LORENZETTI L.M. *Dall'educazione musicale alla musicoterapia*. Zanibon, Padova 1989.
- MC CLELLAN R. *Musica per guarire: storia, teoria e pratica degli usi terapeutici del suono e della musica*. Muzzio, Padova 1993.
- ORFF G., *Musicoterapia Orff: un'attività stimolazione allo sviluppo del bambino*, Cittadella, Assisi 1993.
- SCARDOVELLI M., *Musicoterapia con il grave insufficiente mentale*. Coop.77, Genova 1986.
- , *Il dialogo sonoro*. Cappelli, Bologna 1992.