

Interventi musicoterapici con bambini gravemente ipotonici .

Wolfgang Fasser e Gino Victor Ruoso

The two authors, who are both not only qualified as musictherapists, present their experience of a musictherapy intervention with two strong handicapped children. This approach takes into account some elements such as: the direct involvement of the families, a body centred relationship, and transfer and contra-transfer. The communication is gained through basic body contact and the use of some simple music instruments, in particular the monochord-treatment-table. This is integrated with some elements of receptive musictherapy.

1. Premessa.

Il presente articolo si propone di descrivere le possibilità di intervento con i cosiddetti “floppy childs”, bambini che presentano una grave sindrome ipotonica con ritardo generale dello sviluppo psicomotorio. Si tratta di bambini costantemente monitorati e tenuti in stretta osservazione da familiari e operatori a causa delle crisi respiratorie, che possono sopraggiungere in qualsiasi momento per ragioni di natura fisiologica o emotiva.

I due bambini descritti nel presente articolo, **M.** (maschio, 3 anni) e **V.** (femmina, 4 anni), frequentano rispettivamente il laboratorio di musicoterapia istituito dal Servizio sociale di un’Azienda – U.L.S.S. del Nord-Italia e uno studio privato del Centro-Italia.

La possibilità di confronto tra gli autori del presente articolo nasce all’interno del percorso di supervisione di gruppo - avviato nel mese di gennaio 2001 e tutt’ora in corso – che offre l’occasione, tra l’altro, di integrare i contenuti dei diversi profili e percorsi professionali, laddove si presentino – come nel caso di **M.** e **V.** - situazioni di pazienti con caratteristiche simili.

Con il presente scritto, attraverso il materiale estratto dai protocolli delle sedute e, più in generale, dall’osservazione dei bambini, ci proponiamo di contribuire alla comprensione del “senso” di un intervento musicoterapico in situazioni di grave compromissione delle funzioni psicomotorie, nonché di quelle sensoriali ed espressivo-comunicative, individuando le tracce di una relazione possibile tra terapeuta e bambino - relazione che superi il concetto di accudimento - attraverso la ricerca di elementi comunicativi rintracciabili nel parametro sonoro-musicale e attivabili mediante una consapevole strategia riabilitativa. Tale strategia si è posta – in entrambi i casi – nell’ottica della possibile integrazione della personalità sul piano spaziale, temporale e sociale, in vista della migliore armonizzazione raggiungibile a partire dai meccanismi neurofisiologici di base.

Riportiamo pertanto, qui di seguito, due protocolli o parti di essi commentate, con l’aggiunta di alcune considerazioni metodologiche a nostro avviso utili alla comprensione delle modalità d’intervento adottate.

2. L’intervento con V.

Nel seguente testo descrivo il vissuto di due sedute di musicoterapia integrativa con **V.** una bambina pluriminorata con gravi problemi motori, di vista e cognitivi. La piccola è completamente dipendente dall’aiuto degli altri e ha uno stato di salute fragile.

Vorrei rappresentare il continuo sforzo durante la seduta di musicoterapia per creare da un lato un ambiente accogliente e sicuro per i suoi bisogni e dall’altro per coinvolgerla nel senso della comunicazione basale attraverso un’attività corporeo-sonoro-musicale e recettiva. L’obiettivo del trattamento è il sostegno al benessere psicofisico della bambina, al suo rilassamento e alle armonizzazioni delle funzioni primarie.

3. Descrizione dello svolgimento della seduta musicoterapica n° 47 del 19 novembre 2002.

“Il babbo arriva puntuale con la sua figlioletta. Li aspetto entrambi nel corridoio. Porta la bambina di 4 anni su per le scale e ci salutiamo. La piccola respira affannosamente, è avvolta in una spessa giacca a vento. Le parlo accarezzandole i riccioli. "Di buona sera a Wolfgang", dice il babbo in tono affettuoso. Entrambi sappiamo che la bambina non può parlare, le parole del babbo sono musica, esprimono emozioni e affetto; il padre comunica attraverso il non verbale della parola. Li faccio entrare ed aiuto il babbo a toglierle la giacca. V. è restia, non partecipa e non reagisce.

Per lasciare alla bambina un momento per riprendersi dal viaggio in auto, faccio sedere il babbo su una sedia accanto al pianoforte con la bambina in braccio. Inizio a suonare piano improvvisando. Creo un tappeto sonoro facendo degli accordi dolci in DO frisiko cercando di riprendere il ritmo della respirazione di V. Con la mano destra suono delle calme sequenze sonore con piccoli intervalli su due ottave. V. inizialmente continua a respirare affannosamente e sembra non partecipare. Dopo circa 5 minuti il suo respiro affannato si calma e lei si trattiene, quasi come volesse ascoltare. Durante queste interruzioni della respirazione suono delle note acute al di fuori della base sonora, a cui risponde con un sospiro. Inizialmente questi rumori della respirazione sonora sono pressati e con intensità e altezza crescenti, interrompendosi poi con un glissando discendente. Adesso gira la testa verso di me e verso il pianoforte. Continuo a suonare, nella stanza si crea un'atmosfera rilassata. Sento che anche io mi sto rilassando e che mi sento più sicuro verso la dispnea. Dietro mia richiesta il padre conferma che il colore delle labbra adesso è passato da color cianotico ad una tonalità rosa.

Terminiamo questo primo momento ed invito il babbo a venire nella stanza del gong e mettere la piccola, come al solito, sul lettino sonoro preparato.

Cerco di mettere V. mezza seduta con l'aiuto di due cuscini. Così riesce a respirare meglio. Volge la sua testa al lato sinistro tenendo entrambe le braccia mezze piegate con i pugni chiusi, le sue gambe sono dritte e rigide. Assume spesso questa posizione, soprattutto nei momenti di sforzo e di stress respiratorio. Le pronuncio il suo nome mettendo, allo stesso tempo, la mia mano sul suo stomaco. Con dei movimenti leggeri e calmi traccio sul suo corpo degli sfioramenti che si congiungono. Con l'altra mano nel frattempo suono il lettino sonoro con delle grandi arcate, piano e lentamente. Con la bocca chiusa sussurro delle melodie armoniche. V. si calma nuovamente, rallenta e approfondisce la sua respirazione. Il ritmo di respirazione diviene più ritmico. Di tanto in tanto interrompe la pulsazione regolare, inspira profondamente e si immobilizza nella posizione di inspirazione. Dopo circa 15 secondi di silenzio la stagnazione si scioglie e ritorna al respiro regolare. Nonostante la mia consapevolezza di questi momenti, la mia attenzione si concentra subito sulla respirazione e riesco a rilassarmi di nuovo non appena ritorna regolare. La sua respirazione si scioglie da sola e lei si sdraia ancora di più sul lettino, il suo corpo sta diventando morbido. Le mie ampie carezze che seguono lo stesso flusso della musica si trasformano in un leggero movimento oscillante del suo corpo. La muovo in modo che possa partecipare senza fare resistenza così che possa sincronizzare l'improvvisazione vocale. Quando si abbandona riprendo il suo ritmo di respirazione. Dopo alcuni minuti il rigido portamento del suo busto comincia a rilassarsi e si "normalizza". V. fa un respiro profondo con un rumore di scioglimento. Rispondo vocalmente in modo spontaneo al suo gesto e proseguo con il toccare ed il movimento musicalizzati. Quando mi avvicino a lei con la mia testa, comincia a girarsi verso di me, con il suo pugno destro chiuso si protende verso di me, punta alle mie guance spingendo con forza. Nel frattempo riesce a girarsi verso di me con tutto il corpo mettendosi di lato. In questo modo riesco a carezzarla anche sulla schiena con dei piccoli colpetti al ritmo del canto. V. sospira rilassata e il mio bussare tenero modula la sua dolce voce. Poco dopo tossisce e il babbo la pulisce con un fazzoletto. Sono felice perché V. tossisce poco e debolmente. Il suo catarro resta così spesso nella gola rendendole più pesante la respirazione.

Al termine le muovo le gambe con movimenti melodici e canticchio in sintonia. Le mani di V. sono distese sul lettino e respira con calma. Il padre le parla affettuosamente e mi dice che la bambina sta sorridendo. Ci salutiamo. V. si è addormentata in braccio, respira con calma e con un bel colorito delle labbra.”

4. Commento al protocollo.

I momenti come appena descritti sono di qualità per V. o meglio di ben-essere, le permettono di rilassarsi e di durare meno fatica nella respirazione che per mezzo di questo esercizio è più ossigenato, la sua pulsazione cardiaca si abbassa notevolmente, sul livello comunicativo relazionale possiamo osservare frammenti di comunicazione basale attraverso gesti della respirazione, vocalismi e semplici gesti motori. Il suo benessere si manifesta inoltre dal superamento delle posizioni corporee di difesa dall'attenzione spontanea verso di me. Dal di fuori questi fenomeni sembrano essere poco rilevanti dal punto di vista di V. e del suo rapporto esclusivamente non verbale con i suoi genitori le dà sollievo, è di grande importanza. L'osservazione delle sue reazioni vegetative e motorie sulla proposta corporeo-sonoro-musicale e la composizione temporale della seduta indica a me come musicoterapista la strada da seguire. La stabilizzazione di questi fenomeni positivi permettono lo sviluppo di un progetto per il quale il metodo e le tecniche devono essere inventate. di volta in volta.

5. Descrizione dello svolgimento della seduta n. 52 del 13 maggio 2003.

Il papà arriva con 10 minuti di anticipo per cui si ferma, con la figlia in braccio, nel piazzale davanti alla casa. Si intrattiene con alcuni suoi conoscenti, i proprietari di questa casa. Terminata la precedente seduta con un bambino, apro la porta e saluto la piccola V. e suo babbo. Il padre mi saluta amichevolmente e io gli presento Claudio, uno studente di musicoterapia. Una volta entrati ci accomodiamo e prepariamo il lettino sonoro per V..

Anche oggi V. respira in modo pesante, agitato. Il ritmo del ciclo respiratorio è binario, simmetrico nella durata dell'inspirazione e nella fase di espirazione, non contenente alcuna pausa nel respiro. Il rumore della respirazione si può udire bene e ascoltarlo mi fa immaginare la sofferenza della bambina. V. è totalmente tesa, tiene i pugni chiusi e i gomiti immobili piegati ad angolo. La sua testa, come abitudine, è girata dalla parte sinistra e il torace è deformato dalla imponente scoliosi. E' soprattutto la parte sinistra a mostrare una gobba nella cassa toracica. La bambina sembra essere abituata all'ambiente e ancora non reagisce alla nostra presenza. Cerco di tenerla un po' diritta con alcuni cuscini e comincio a girarmi verso di lei. Tendo ad accogliere la bambina fisicamente accettando le sue posizioni asimmetriche, V. le usa per abitudine, per riposarsi e per difendersi, hanno la tendenza ad aumentare il suo isolamento e talvolta sono una prigione fisica. Rilassarsi per lei significa uscire da questi schemi spastici, di conseguenza preparo il letto con grandi e piccoli cuscini con i quali creo un nido dove V. si sente accolta e sicura, attraverso i cuscini può percepire i propri confini: un fattore importante nella distinzione di sé e dell'altro. L'abbandono delle posture asimmetriche avviene come passo successivo dopo aver raggiunto un livello di benessere sufficientemente buono. Continuando sempre a parlare, la tocco con l'abituale presa per il saluto: un calmo movimento circolare sul suo petto con la mia mano aperta, parlando in modo dolce. Cerco di creare con le mie parole un ambiente sonoro di protezione e sicurezza. Indico al praticante di osservare il colore delle labbra della bambina e lo invito a toccare la forma del torace. Claudio è molto cauto e si muove calmo e lento. Nella stanza si è creata un'atmosfera calda e rilassata. Il babbo sta da una parte e poi si siede. Lascia che la terapia abbia il suo corso. In questo arco di tempo il babbo partecipa alla seduta nel senso dell'inclusione: è presente, osserva ed è di aiuto in caso di necessità, non fa parte dell'azione diretta. Nella posizione della integrazione i familiari sono coinvolti attivamente nel processo musicoterapico anche se l'orientamento è verso il bambino disabile.

Cerco ulteriormente di aiutare la bambina a rilassarsi attraverso movimenti di sfioramento ritmicamente lenti e di apertura su tutto il corpo. Nel frattempo canto la linea del basso del canone di Pachelbel sincronizzando il tempo alla respirazione della bambina. In questo modo le frasi sonore e di accarezzamento si allungano oppure si interrompono per riprendere poi il loro flusso. La mia voce è leggera, prevalentemente piano, ed accentuo l'apertura e la chiusura della frase. V. reagisce a questa proposta recettivo corporeo-musicale con un rallentamento della frequenza di respirazione,

poi con singoli allungamenti della fase espiratoria e brevi accenni ad una pausa respiratoria fisiologica. Arriva a espirare con un suono flebile, con una chiara forma di decrescendo-diminuendo. Confermo questo sospiro con: “brava cara V.” accarezzandola sul viso. Muove le sue mani, che si sono avvicinate a me, verso l’esterno, quasi volesse toccarmi. La prendo per il pugno con presa solida: “Sì, sono qui cara V.!”. Respira brevemente, è più agitata. Continuo il trattamento corporeo-musicale e suono poche ma ampie arcate su tutte le corde del lettino sonoro. V. si sta rilassando sempre più, le sue braccia si sciolgono e sillaba piano piano. Sento il lamento placarsi, mi sembra che la piccola si senta alleggerita oppure semplicemente più stabile nel suo benessere. Claudio dice che le labbra sono ora rosa chiaro. Lui è alla mia destra, sono seduto su una sedia così da poter stare vicino alla bambina. Questa sequenza è durata circa 20 minuti. Il tempo è dilatato, l’avvenimento lento è a tempo largo e adagio.

V. adesso è distesa tutta rilassata, la forma del suo torace si è armonizzata e il respiro è calmo, non sembra più essere agitato. Per lasciare la bambina in questa condizione, suono in modo leggero sul lettino sonoro (mi). Faccio un suono calmo, poco mosso e ricco di note alte. Di tanto in tanto creo un’onda di vibrazioni, che lascio risuonare leggermente. Nel frattempo sussurro melodie armoniche improvvisate. Gli intervalli più frequenti sono di quinta, di terza e di ottava, rotanti intorno al centro tonale del lettino sonoro. Per quanto riguarda il ritmo creo un’improvvisazione in modo che ne nasca un tempo calmo che sia sincronico con l’oscillazione di base del lettino sonoro. Dall’insieme delle sillabe lascio risuonare il suo nome soffermandomi sulle vocali i, o, a. V. reagisce trattenendo il respiro, quasi come volesse ascoltare. Prego Claudio di cantare con me, cosa che fa prontamente con attenzione e voce calda. E così cantiamo in duetto all’unisono. V. sillaba più volte durante l’espirazione e nella pausa di respirazione, muovendo anche la sua bocca, cosa di cui mi accorgo dal rumore dello schioccare della lingua. Ci divertiamo. Questa sequenza dura circa 15 minuti.

Al termine muovo le gambe e le braccia della bambina con movimenti melodici, provo a modellare il suo torace in modo armonico e sciolgo la sua testa dalla posizione abituale. Lei adesso me lo permette. Oggi la sento particolarmente fragile ed è per questo che non le richiedo di sforzarsi più del necessario; l’obiettivo centrale della seduta odierna è di farla stare bene, rilassata e di riuscire a farla respirare in modo meno affannato e di creare un contatto tra di noi. Lo spiego a suo padre e anche lui approva.

In questo periodo riconosco una struttura nell’andamento delle sedute: un primo momento che potrebbe essere definito di accoglienza: è prioritaria la stabilizzazione del suo benessere psicofisico in questo momento creo un ambiente caldo sicuro e tranquillo; un secondo momento in cui la aiuto ad approfondire il rilassamento e l’armonizzazione per essere in grado di comunicare in modo basale cioè di percepire e di reagire su di me e una terza fase dove propongo elementi musicali e corporeo sonoro musicali e cerco dei punti di contatto e di interazione. L’intensità del trattamento dipende dalla fragilità della bambina. L’andamento del processo musicoterapico in ogni seduta è regolato da un ritmo di momenti attivi e di momenti di riposo manifestati da V. con segni vocali vegetativi e movimenti.

Ci muoviamo in un microcosmo: piccoli gesti, micro segni e micro progressi che bisogna accogliere con pazienza.

6. Commento al caso di V.

Come risulta evidente dal protocollo riportato, obiettivo del trattamento è il sostegno al benessere psicofisico della bambina, al suo rilassamento e all’armonizzazione delle funzioni primarie quali il respiro e il battito cardiaco.

Il contatto corporeo, avviato sin dal momento del saluto “accarezzandole i riccioli”, è improntato ad un’attenta osservazione delle caratteristiche posturali e del tono muscolare, con la finalità di individuare un possibile livello comunicativo di base costituito da piccole tensioni e distensioni, movimenti d’intesa percepibili a volte solo con il contatto fisico.

Ciò che dal di fuori appare come poco rilevante, può costituire per il bambino un’importante occasione di rapporto non verbale con chi lo circonda. Respirazione, vocalismi, semplici gesti

motori rappresentano il repertorio quasi esclusivo di bambini gravemente ipotonici ed è precisamente con questi aspetti che il musicoterapista intreccia un dialogo sonoro basato su ricalchi e imitazioni delle manifestazioni corporee. Finalità del dialogo corporeo-sonoro-musicale sarà quello di stabilizzare i fenomeni vegetativi e motori positivi in vista dello sviluppo di un progetto che implica una capacità creativa non solo musicale, ma anche rispetto a metodi e tecniche da inventare di volta in volta.

7. L'intervento con M.

7.1 L'osservazione del bambino.

M. non parla, non si sposta nello spazio, limitandosi a muovere leggermente le mani e i piedi e a estendere e contrarre gli arti con movimenti lenti e apparentemente senza finalità. Non deglutisce e tiene le labbra costantemente aperte. La saliva accumulata viene liberata dalla madre tramite un fazzoletto.

Rimane steso principalmente in posizione supina, riuscendo a fatica a rotolare da un fianco all'altro. Un attento lavoro di fisioterapia gli permette attualmente di avere un controllo migliore della posizione della testa, controllo che alla nascita risultava del tutto assente con conseguente posizione laterale fissa che ha causato una compressione delle zone parietali ed un rigonfiamento occipitale. Raramente M. viene posizionato prono, perchè è gastrostomizzato e la valvola gli crea, in quella posizione, qualche disturbo aggravato oltretutto dalla conformazione carenata del busto.

La posizione del bambino nel laboratorio di musicoterapia è centrale. Attorno sono distribuiti alcuni semplici e piccoli strumenti musicali con i quali stimolo e cerco di incuriosire il bimbo. Si nota sin dalle prime battute che M. è attento ed esplorativo: lo sguardo si sposta attorno; il respiro si modifica fino a diventare quasi impercettibile, silenzioso; quando posiziono gli strumenti vicino alle sue mani, le dita si muovono più vivacemente e M. compie uno sforzo per organizzare il movimento in funzione della presa, che riesce comunque solo parzialmente.

E' particolarmente attratto dai suoni squillanti, metallici (sonagli). In particolare ha mostrato interesse e motivazione al movimento quando sopra di lui ho sospeso una lunga fila di leggeri tubicini metallici (wind chimes) che ha ripetutamente scosso con la mano attraverso un movimento del polso e tentando anche di afferrarle. In questo modo produce suoni leggeri e piacevoli che colpiscono sia me che la madre.

A livello di espressioni mimiche M. sorride in modo riconoscibile e chiude gli occhi quando non desidera relazionarsi con una persona o una situazione.

Dal punto di vista vocale emette dei gemiti e dei rantoli particolarmente vibranti che fanno pensare ad un tentativo di liberarsi dal muco che ingombra costantemente tutto l'apparato respiratorio.

7.2 La madre.

Ho chiesto sin dal principio alla madre di partecipare agli incontri per i motivi che seguono.

In primo luogo ho avuto modo di verificare la sua notevole competenza nella gestione di M. (primogenito) associata ad una carica affettiva a volte commovente. Gli stessi medici (neuropsichiatra e pediatra-neurologo) che seguono il bimbo, affermano che alla mamma "basterebbe un camice" per sostituirsi a loro in alcune intuizioni diagnostiche. La suddetta competenza mi è utile per imparare alcune semplici tecniche di *handling* di M. che, inizialmente, induce ad una cautela estrema a causa della totale assenza di riflessi e tonicità motoria.

In secondo luogo, in considerazione dei lavori di Stern e dell'età particolarmente giovane del bambino, ritengo importante poter osservare l'interazione tra M. e la mamma, al fine di individuare un modello di interazione e di *holding* al quale potermi avvicinare nel corso dell'attività musicoterapica. E' necessario, inoltre, considerare il forte legame – positivo e benefico – di dipendenza e, probabilmente, di *interdipendenza* che si è venuto a creare tra la madre ed il bambino così fortemente bisognoso di attenzioni e cure, al punto da costituire per lui un *Io* sussidiario.

Infine, la consapevolezza personale di avvertire una certa apprensione all'idea che al bimbo possa improvvisamente presentarsi una crisi respiratoria o una grave crisi epilettica (per ora limitate ad un

leggero inarcamento della schiena e un lieve tremore generale) mi ha indotto a creare un setting più rassicurante e rilassato. Quest'ultima condizione è determinante per l'influenza che esercita sul tono muscolare del bambino, che deve poter avvertire la sicurezza dei miei gesti e la tranquillità delle proposte sonoro-musicali.

Nel mese di Dicembre 2002 è nato A., secondogenito sano e fortemente desiderato. M., invece, ci ha lasciati il 13 giugno del 2004.

7.3 Aspetti sonoro-musicali.

Quanto già indicato al punto 5.1 costituisce l'effettiva intelaiatura degli incontri avviati nel mese di settembre 2002. Nel corso dei trattamenti iniziali, M. ha mostrato una curiosità per i suoni che ha stupito la stessa madre, sorpresa dai tentativi del bambino di produrli da sé dopo averli uditi dal sottoscritto. Tale curiosità è alla base dell'attenzione che il bimbo rivolge ai suoni e agli strumenti che li producono e, allo stesso tempo, lo motiva nell'assunzione di posture e nella elaborazione di gesti e movimenti necessari alla produzione dei suoni stessi. La necessità, inoltre, di individuare l'origine (direzione) dei suoni e la loro fonte (strumento) incoraggia un importante impegno percettivo, che costituisce, almeno nella fase iniziale del trattamento, la principale fatica affrontata dal bambino. Il musicoterapista viene qui incoraggiato a sua volta nell'individuare una strategia di proposte progressive che tengano conto dello sforzo del suo piccolo paziente e della necessità di gratificazione dello stesso, affinché non subentri la frustrazione dell'insuccesso che, contrariamente ai propositi, indurrebbero il bambino ad abbandonare i tentativi, anziché ad impegnarsi per tempi sempre più lunghi.

Il clima generale è di grande silenzio, sia perché M. produce suoni lievissimi, ma anche perché tra una produzione e l'altra vi sono lunghe pause, dovute probabilmente al riposo necessario dopo aver compiuto lo sforzo di portare entrambe le mani verso i tubicini con una estenuante rotazione del busto sul lato sinistro. Il setting nel suo insieme pare rassicurare M. che si rilassa fino a giungere, al termine di alcuni incontri, ad un sonno profondo. Lo strumentario, inizialmente limitato ad alcuni strumenti di piccole dimensioni, progressivamente si amplia con l'introduzione di cembali e chitarra, individuati da M. come strumenti preferenziali. Su quest'ultimo strumento M. ha imparato a produrre dei suoni alzando l'avambraccio e lasciandolo in seguito cadere liberamente, in modo che le punte delle dita sollecitino le corde della chitarra appoggiata di taglio. La ripetizione di questo gesto mi ha permesso di avviare dei semplici dialoghi basati su imitazioni che io propongo attraverso le wind chimes: ad una mia leggera produzione sonora segue il gesto di M. sulla chitarra al quale rispondo a mia volta con un ricalco dell'intensità, in un gioco di alternanze che prosegue anche per 20-25 minuti durante i quali M. mantiene viva l'attenzione, richiedendo tuttavia dei momenti di riposo, durante i quali mantengo con lui il contatto oculare e ricalco la sua respirazione, invitandolo anche ad eseguire alcune respirazioni particolarmente profonde.

A volte le imitazioni avvengono attraverso piccoli strumenti (ovetti, maracas, sonagli) portati a contatto del corpo del bimbo con l'intensità e la frequenza temporale delle sonorizzazioni di M., con lo scopo di contribuire all'integrazione sensoriale attraverso la transmodalità. Allo stesso scopo, i nostri incontri avvengono davanti ad uno specchio nel quale M. può *vedere* ciò che *sente* sia dal punto di vista tattile che da quello uditivo, in un continuo gioco di rimandi sensoriali.

La mamma, come accennato, è sorpresa da quanto M. si muova nelle sedute di musicoterapia, tenuto conto anche del fatto che progressivamente io tento di introdurre delle "variazioni" (non necessariamente sonore) che a M. creano delle piccole difficoltà, come ad esempio l'innalzamento della posizione dei tubicini, che costringe M. ad alzare progressivamente sempre più la mano al fine di riuscire a raggiungerli.

Dal protocollo del 4 novembre: "Oggi M. era più teso del solito: il respiro frequente e intenso tradiva un affanno che la mamma riferisce essere presente da venerdì scorso. Quale potrebbe esserne la causa? Nemmeno la mamma ha una risposta certa.

Con me ha comunque lavorato: M. era steso sul lato sinistro e di fronte allo specchio; ho messo le wind chimes di lato e, successivamente, sopra la testa. Sollecito la mano sinistra con altri strumenti e lui dà segni di attivazione (fino ad allora era del tutto passivo). Cerca e riesce ad utilizzare

ripetutamente le wind chimes, sulle quali io stesso ricalco, così come sul sonaglio che anche lui prova poi ad utilizzare producendo suoni debolissimi.

Mi guarda, sorride; l'incontro termina con la chitarra appoggiata di taglio alla destra di M. Ripartiremo da qui”.

8. Conclusioni.

Il lavoro musicoterapico che si è cercato di descrivere è caratterizzato da alcuni elementi che desideriamo evidenziare.

La condizione di particolare fragilità di bambini affetti da una grave sindrome ipotonica è fonte di angoscia principalmente per i familiari del bimbo. Attraverso un inevitabile transfert sul musicoterapista, anche quest'ultimo risulta pienamente coinvolto nella dinamica affettiva ed emotiva che circonda questi bimbi. La strategia per il raggiungimento di obiettivi anche minimi e la metodologia utilizzata, devono perciò tener conto di questo elemento significativo, al fine di giungere ad una regolazione delle proprie emozioni e poter effettuare il lavoro terapeutico nella condizione di maggiore serenità possibile.

In secondo luogo, il trattamento musicoterapico dovrà porsi, a nostro giudizio, degli obiettivi effettivamente compatibili con le caratteristiche delle persone incontrate; tali obiettivi dovranno, nel caso di bambini ipotonici, configurarsi ragionevolmente come „micro-obiettivi“, realizzabili nel contesto di una strategia di integrazione tra Corpo, Suono e Movimento e finalizzati all'armonizzazione psico-fisica, allo sviluppo di abilità comunicative di base e relativa comprensibilità per le persone vicine (genitori, fratelli, ecc.), incoraggiamento della abilità sonore, sviluppo dell'orientamento spazio-temporale, nonché incoraggiamento della mobilità compatibilmente con le possibilità offerte dall'utilizzo di svariati ausili.

Infine, quale terzo elemento caratterizzante, segnaliamo la presenza di familiari (in particolare di un genitore) che partecipano attivamente alle sedute di musicoterapia, coinvolti concretamente nell'uso di strumenti così come nella manipolazione dei bambini e partecipi di una relazione triadica che risulta vantaggiosa per tutti e tre i poli. Il musicoterapista, infatti, può osservare le interazioni e sentirsi rassicurato; il genitore può osservare di persona comportamenti non facilmente rilevabili al di fuori di un contesto terapeutico ed espressivo qual'è quello di un laboratorio di musicoterapia; ed infine il bambino, a cui viene garantita una stabilità relazionale di cui ha fortemente bisogno.

7. Bibliografia.

- Ayres A. Jean*, Bausteine der kindlichen Entwicklung, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 2002
- Boxill Hillman E.*, La musicoterapia per bambini disabili, ed. Omega, Torino, 1991
- Hirler Sabine*, Wahrnehmungsförderung durch Rhythmik und Musik , Verlag Ferder Freiburg, Breisgau, 1999.
- Holle Britta*, Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes, Beltz Taschenbuch, Weinheim und Basel, 2000.
- Manarolo G., Borghesi M.* (a cura di), Musica & Terapia, Quaderni italiani di musicoterapia, ed. Cosmopolis, Torino, 1998.
- Martinet Susanne*, La musica del corpo, ed. Centro studi Erickson, Trento, 1996
- Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.*, Lineamenti di Musicoterapia, Carocci, Roma, 1998
- Siegel Daniel J.*, La mente relazionale, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001
- Stern D.N.*, La costellazione materna, Bollati Boringhieri, Torino, 2000
- Idem*, Il mondo interpersonale del bambino, Bollati Boringhieri, Torino, 2000
- Winnicott D.W.* , Sviluppo affettivo e ambiente, Armando Editore, Roma, 1993

Nota sugli autori.

Wolfgang Fasser, Fisioterapista e diplomato in Musicoterapia, opera da anni nell'ambito riabilitativo e terapeutico, con bambini e adulti in Svizzera, Germania e Italia con una metodologia che integra le discipline motorie ed espressive, proprie della sua formazione.

Gino Victor Ruoso, Educatore Professionale e diplomato in Musicoterapia, opera in un servizio pubblico e partecipa a progetti riabilitativi nell'area dell'handicap psicofisico, con particolare attenzione alle problematiche relazionali a carico di bambini con grave ritardo mentale e dello sviluppo.