

O.D.A. e AMPS
CORSO TRIENNALE DI MUSICOTERAPIA
CATANIA

Calandra Alfio Alfredo

Improvvisazione in Musicoterapia

Modelli Orff di Improvvisazione

Aspetti Teorici e Applicativi dell'Improvvisazione Orff in Musicoterapia

Procedure di Trattamento – Dinamiche e Processo

—

TESI DI DIPLOMA

—

RELATORE:
Chiar.mo Prof. Forturello Dario

ANNO ACCADEMICO 2010-2011

*Attraverso Te ho ben compreso questo
magnifico mondo fatto di suoni e Musica;
Attraverso di esso, ogni volta,
mi ricongiungo a te,
Silvestro, Fratello mio*

INDICE

Premessa

<i>Qualche definizione</i>	5
----------------------------------	---

Capitolo I

<i>Quali modelli di improvvisazione in Musicoterapia</i>	9
--	---

- 1.0 Elementi fondamentali dell'Improvvisazione in Musicoterapia	9
--	---

Capitolo II

<i>Modelli Orff di Improvvisazione: aspetti teorico applicativi</i>	
---	--

<i>Dell'Improvvisazione Orff in Musicoterapia</i>	17
---	----

- 2.0 Origini	17
- 2.1 Caratteristiche salienti	18
- 2.1.1 Ritmo, creatività ed Improvvisazione: un accenno alle teorie del MDT e Benenzoniane	19
- 2.2 Usi clinici	30
- 2.3 Obiettivi	31
- 2.4 Schema della seduta	33
- 2.5 Grandezza del gruppo	35
- 2.6 Composizione del gruppo	35
- 2.7 Mezzi e ruoli di interazione	37
- 2.8 Orientamenti teorici all'educazione musicale	38
- 2.9 Accertamento e valutazione	39

Capitolo III

<i>Procedure di trattamento</i>	40
---------------------------------------	----

- 3.0 Preparazione della seduta	41
- 3.1 Creazione dell'ambiente	41
- 3.2 Scelta delle modalità sensoriali	45
- 3.3 Scelta dei mezzi e delle attività	46
- 3.4 Analisi delle attività	51

Capitolo IV

<i>Organizzazione della seduta</i>	53
--	----

- 4.0 Procedure e tecniche	55
----------------------------------	----

Capitolo V

<i>Dinamiche e Processo</i>	67
-----------------------------------	----

- 5.0 Parametri relazionali.....	69
- 5.1 Dinamiche paziente-musica.....	72
- 5.2 Forme Musical	73
- 5.3 Processo	75
- 5.4 Sequenze musicali.....	77
- Conclusione	78

Bibliografia e Sitografia

<i>Bibliografia</i>	79
<i>Sitografia</i>	84
<i>Relazione Tirocinio Esterno</i>	85

Premessa

**“La Scienza dell’Armonia è la Musica,
i rapporti musicali esprimono la natura dell’armonia universale
e sono il modello di tutte le armonie che esistono nell’universo”.**

Pitagora

Qualche definizione:

La funzione del “definire” consiste nell’analisi e nella sintesi di molteplici aspetti del sapere per arrivare ad una spiegazione che sia plausibile, pertinente, coerente e semplificata di ciò che si vuole definire; individuare e spiegare le proprietà essenziali di un determinato oggetto di conoscenza, che sia questo materiale o meno, una corrispondenza tra un significato ed un significante dello stesso oggetto. Definire vuol dire, dunque, rintracciare il filo conduttore tra saperi diversi in tentativi di interpretazione che non si escludono a vicenda.

È evidente che ciò non è cosa semplice.

Se risulta difficile definire la Musicoterapia, lo è ancor di più per circoscrivere le funzioni dell’improvvisazione all’interno dell’ambito musicoterapeutico. Scopo cardine di questa Tesi è il tentativo di sgrovigliarsi da quella confusione di nozioni presenti in letteratura riguardo la tematica dell’improvvisazione approfondendo dapprima gli aspetti prettamente teorici, per poi fornire delle linee guida applicative di tale tecnica. Qualche esempio nel caso della musicoterapia.

La *World Federation of Music Therapy* definisce nei seguenti termini tale ambito di intervento: “La musicoterapia è l’uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un utente o gruppo in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l’apprendimento, la motricità, l’espressione, l’organizzazione ed altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emotive, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell’individuo, in modo tale che questi possa meglio realizzare l’integrazione intra ed interpersonale e possa di conseguenza migliorare la qualità della vita grazie ad un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico”.

Secondo R. O. Benenzon “Da un punto di vista scientifico, la musicoterapia è un ramo della scienza che tratta lo studio e la ricerca del complesso suono-uomo, sia il suono musicale o no, per scoprire gli elementi diagnostici e i metodi terapeutici ad esso inerenti. Da un punto di vista terapeutico, la musicoterapia è una disciplina paramedica che usa il suono, la musica e il movimento per produrre effetti regressivi e per aprire canali di comunicazione che ci mettano in grado di iniziare il processo di preparazione e di recupero del paziente per la società.”

Per L. M. Lorenzetti “il termine Musicoterapia è convenzionalmente

adoperato per indicare un campo specifico, specialistico e delimitato, di studio sui possibili interventi sulla sofferenza umana, attraverso l'impiego della relazione terapeutica centrata sul suono, il ritmo ed il linguaggio musicale". Lorenzetti ha elaborato (1978-1981) una "Teoria estetica dell'esperienza e della conoscenza" (1978-1981) coerentemente declinata in un metodo, denominato "Metodo dinamico transdisciplinare" (siglato con MDT). Una teoria e un metodo d'approccio allo studio della persona, all'aiuto formativo della personalità e all'intervento sulla persona in qualsiasi condizione di difficoltà per migliorare la qualità della sua vita. E anche una teoria e un metodo che si sono dimostrati di particolare elettività nelle applicazioni a carattere arte-terapeutico. La transdisciplinarietà del MDT è una dimensione che per un verso attraversa le altre discipline dei saperi e dell'intervento sulla persona, collegando ed accomunando saperi differenti. Si tratta di una integrazione del molteplice attraverso l'impiego di logiche diverse: *et et, vel vel, ut ut, aut aut*, per affrontare in modo costruttivo trasformativi il caos, l'ambiguità la conflittualità che si producono nelle circostanze della vita. La transdisciplinarietà porta a poter applicare la teoria ai contesti di intervento preventivo, riabilitativo, terapeutico, e, proprio per la sua applicabilità a carattere arte-terapeutico, fa diretto rimando al paradigma movimento-suono-ritmo come metodo elettivo della musicoterapia per l'inserimento dell'elemento sonoro nella relazione terapeutica, accanto (non in contrapposizione) agli altri due paradigmi delle arti-terapia (movimento-corpo-ritmo riferito alla danzaterapia, ed il paradigma movimento-forma-

colore riferito alla eidoterapia). Tutti i paradigmi sono intercorrelati, anche se hanno preminenze e caratterizzazioni soggettive al fine di potenziare l'espressione delle emozioni, i processi cognitivi, la comunicazione e la relazione.

Kenneth Bruscia nel suo libro “*Defining Music Therapy*” (1998) definisce la musicoterapia “un processo sistematico di intervento dove il terapeuta aiuta il paziente a raggiungere uno stato di salute tramite l'uso di esperienze musicali e della relazione che si sviluppa tra loro come forze dinamiche di cambiamento”. Ciò che diversifica la musicoterapia da qualsiasi altra forma di terapia è la sua fiducia nella musica ed il suo affidarsi all'esperienza musicale come agente, contesto o catalizzatore dell'esperienza terapeutica. Questo significa che al centro di ogni seduta c'è un'esperienza musicale estetica di un qualche tipo. L'improvvisazione può rappresentare una di queste esperienze. Infatti, secondo Bruscia, la musicoterapia può coinvolgere il paziente ed il terapista in una ampia serie di esperienze musicali di cui le principali sono, eseguire, comporre, fare la notazione, verbalizzare, ascoltare musica, **improvvisare**. Ci si riferisce ai metodi che impiegano l'improvvisazione come esperienza terapeutica principale come appunto “improvvisazione in musicoterapia”. L'improvvisazione è un'attività creativa che ha luogo comunemente nella vita di tutti i giorni, nelle arti sceniche (musica, danza, teatro) e nelle rispettive applicazioni terapeutiche. Per questo motivo, anche in questo campo, il termine “improvvisare” ha molte definizioni diverse. Nel

linguaggio quotidiano “improvvisare” significa creare qualcosa mentre una attività è in corso oppure, secondo la definizione del Webster “fare, inventare o organizzare in modo estemporaneo”. In talune situazioni può anche significare creare o costruire qualcosa partendo da qualsiasi risorsa disponibile.

In musica



G. De Chirico, *Canzone Meridionale*, Firenze, Galleria d'Arte Modema.

“improvvisare” viene definito come “l’arte di creare musica spontaneamente (ex tempore) mentre si suona piuttosto che eseguire una composizione già scritta”. L’improvvisazione in un contesto di musicoterapia comprende elementi di tutte queste definizioni. È inventiva, spontanea, estemporanea, piena

di risorse e comporta il fatto di creare e suonare simultaneamente. Tuttavia non è sempre “un’arte”, e non sempre ha come risultato la musica di per se stessa. A volte è un processo che ha come risultato forme sonore molto semplici. I musicoterapisti si sforzano di improvvisare musica delle più alte qualità artistiche e della più grande bellezza, tuttavia accettano sempre l’improvvisazione del paziente a qualsiasi livello questa venga offerta, se sia composta di forme musicali o sonore e senza alcuna considerazione dei suoi meriti artistici o estetici.

- Capitolo I -

Quali modelli di improvvisazione in musicoterapia?

**La melodia è un'espressione preconscia
che serve a trasmettere emozioni e sentimenti
che non possono esprimersi direttamente.**

Frances Hennet – The Haunting Lyric, 1964

1.0 Elementi fondamentali dell'improvvisazione in musicoterapia:

Modelli, obiettivi, caratteristiche essenziali, orientamenti teorici, schema della seduta, mezzi e ruoli, accertamenti, valutazioni, preparazione di una seduta, procedure, tecniche e dinamiche, stadi della terapia sono gli elementi fondamentali dell'improvvisazione in musicoterapia.

I modelli di terapia sono generalmente progettati per un ambiente clinico specifico, per far fronte ai bisogni di una particolare popolazione o gruppo di pazienti. Di conseguenza è importante sapere quali modelli sono più adatti ad una certa popolazione di pazienti e quale tipo di pazienti trarrà maggior beneficio da ciascun modello. Molte differenze riscontrate tra i diversi modelli di terapia della improvvisazione sono dovute alle differenze dell'ambiente clinico e della popolazione di pazienti per i quali erano stati progettati. Ad esempio alcuni modelli sono per bambini ed altri per adulti.

Alcuni sono ideati per individui intellettualmente “normali”, altri per individui con problematiche legate alla sfera psico-cognitiva. Certo è che l'improvvisazione può essere usata con individui a vari livelli di sviluppo e funzionamento, poiché, fortunatamente, la maggior parte dei modelli basati

sull’improvvisazione accentuano la spontaneità e la flessibilità, essi sono adattabili o espansibili in maniera relativamente semplice. È naturale che il terapista deve aver raccolto le informazioni necessarie sul paziente prima di considerare qualsiasi modello in quanto questi variano in modo considerevole rispetto al processo di formulazione degli obiettivi.

Gli obiettivi possono essere stabiliti all’inizio della terapia o *in itinere*, cioè possono apparire con il progredire della terapia. Come può apparire ovvio, gli obiettivi dell’improvvisazione non differiscono dal quelli di un qualsiasi altro trattamento del campo delle arti-terapie. In maniera generale questa tecnica si rivolge alle seguenti aree di obiettivi:

- consapevolezza di sé, fisicamente, emotivamente, intellettualmente e socialmente;
- consapevolezza dell’ambiente fisico;
- consapevolezza degli altri incluso persone significative nella famiglia, coetanei e gruppi;
- comunicazione interpersonale.

Si possono individuare le caratteristiche salienti di un modello considerando i punti principali e più importanti nella situazione clinica. Le “caratteristiche salienti” di un modello fanno riferimento, per la maggior parte delle volte, agli scopi ed alle ragioni dell’utilizzo della musica del suo ideatore ed ai modi in cui questi utilizzano in modo particolare l’improvvisazione. Possono inoltre usare tale tecnica come modalità primaria di trattamento o aggiuntiva di altre modalità o come parte di un approccio multi o **transdisciplinare**.

Nell'improvvisazione in terapia le teorie psicoterapeutiche sono quelle più spesso indicate come base del trattamento. Tra di esse quelle più frequentemente citate sono la psicodinamica, la esistenziale/umanistica e le scuole gestaltiche di psicoterapia.

L'accertamento è il processo attraverso cui un terapista raccoglie ed analizza le informazioni su un paziente ritenute necessarie per pianificare e mettere in atto un programma di trattamento efficace. Un trattamento può condurre ad ipotesi specifiche sulla natura e le cause della condizione diagnostica del paziente oppure ad una visione più profonda della personalità, dei problemi, dei bisogni, delle risorse e delle potenzialità del paziente. Tutte queste informazioni aiutano il terapista a tracciare la direzione della terapia nonché a determinare quali saranno le strategie di trattamento più efficaci. Quindi raccogliere informazioni sul paziente anche mediante altre discipline. Fonti di dati possono includere moduli di richiesta di visita specialistica cartelle cliniche, dati anamnestici ottenuti anche attraverso colloqui, diagnosi, risultati di esami, relazioni di accertamenti svolti con altre modalità terapeutiche, incontri di equipe, consultazioni con il terapista principale. Anche se molto del lavoro di accertamento viene fatto all'inizio della terapia, la maggior parte dei terapisti continua a sforzarsi di esaminare, studiare e capire il paziente. Poiché il paziente è impegnato a fare musica durante tutto il processo terapeutico, viene prodotta ad ogni passo una quantità importante di dati sul paziente. Questo è il motivo per cui l'accertamento e la valutazione costituiscono spesso lo stesso identico processo nell'improvvisazione in

musicoterapia, anche se i loro scopi sono in qualche misura differenti.

La valutazione è il processo di determinazione dei progressi che un paziente sta facendo verso il raggiungimento degli obiettivi della terapia. i progressi vengono generalmente valutati osservando qualsiasi cambiamento del paziente con la sua condizione in un tempo precedente (*ad es.*: all'inizio della terapia). I dati dell'accertamento possono, quindi, fornire delle linee guida o dei criteri per valutare la direzione dei progressi del paziente. Se il paziente non manifesta nessun cambiamento, ciò può essere dovuto alla inefficacia della strategia di trattamento effettuato. La valutazione è quindi un processo duplice di valutazione dei progressi del paziente e di determinazione dell'efficacia dei vari interventi e delle strategie di trattamento. Quindi la valutazione è un mezzo per tracciare una mappa dei risultati ai vari stadi della terapia. gli obiettivi e gli stadi della terapia sull'improvvisazione variano da un approccio all'altro, di conseguenza la valutazione può avere diversi punti focali.

Per quanto riguarda la preparazione di una seduta di musicoterapia dell'improvvisazione, per loro stessa natura hanno bisogno di essere spontanee e tuttavia, nello stesso tempo, progettate, con un finale aperto e, ciò nonostante, strutturato.

Ma, quali aspetti della seduta dovrebbero essere progettati in anticipo dal terapista e quali aspetti dovrebbero essere lasciati al momento affinché possano essere determinati dal paziente (o dai pazienti se si tratta di una seduta di gruppo) e/o dal terapista. In alcuni modelli il terapista formula un

progetto di obiettivi a lungo termine o un approccio terapeutico globale all'inizio della terapia e lo modifica successivamente ad intervalli periodici. In altri casi il terapista traccia la direzione della terapia in periodi di tempo più brevi. In altri casi ancora il terapista fa piani dettagliati per ogni seduta, laddove in altri lascia che la seduta si configuri secondo una struttura naturale ed organica. È comunque indubbio che tutti i terapisti fanno dei preparativi basilari. Informarsi dello stato emotivo e/o fisico del paziente immediatamente prima della seduta è estremamente importante.

Inoltre preparare l'ambiente fisico costituisce un'altra mansione essenziale da fare prima della seduta. La decorazione della stanza, l'illuminazione, l'acustica, la sistemazione dei mobili, delle sedie, l'attrezzatura e gli strumenti musicali **possono avere degli effetti profondi sul paziente e sulla capacità di trarre beneficio dalle sedute**. La preoccupazione principale deve essere quella di fornire un ambiente fisico che potenzi al massimo la capacità del paziente di interagire con gli oggetti e le persone in modo sicuro, tranquillo, piacevole e...terapeutico (!). Secondo Benenzon, il laboratorio di musicoterapia deve essere convenientemente isolato dai suoni esterni come il luogo in cui si trova tale laboratorio deve essere isolato dai suoni provenienti dal laboratorio stesso in quanto l'isolamento acustico dall'esterno consente di lavorare in una certa condizione di asetticità nel contesto **non verbale**. In tale contesto una qualunque emissione sonora rappresenta una perturbazione in grado di disturbare la comunicazione non verbale. Più a titolo strutturale, Benenzon consiglia che “tenendo conto della trasmissione delle vibrazioni e

della necessità di lavorare con tutto il corpo e a piedi nudi, è bene che il pavimento sia in legno” (Benenzon R., *Manuale di Musicoterapia*, Borla Roma, 2005).

Ci sono due modi base per dividere una seduta. Nel primo (cioè una seduta “strutturata”), le procedure sono poste in sequenza in modo tale che la seduta si muova verso e da un evento focale; la seduta ha un inizio, una parte centrale ed una fine e suscita sensazioni di direzione e di aspettativa. L’inizio è generalmente mirato a preparare il paziente ad una qualche specie di “incontro” terapeutico e la fine è mirata ad ottenere un senso di compiutezza o raggiungere una sorta di conclusione. In questo genere di seduta, il terapista lavora generalmente in maniera direttiva e in base ad un progetto.

Nel secondo modo (cioè una “seduta che fluisce liberamente”) le procedure sono usate in fasi cliniche che vengono ripetute dall’inizio della seduta fino alla fine. I cicli sono generalmente circuiti iterativi esperenziali che forniscono una struttura naturale all’attività in corso. In questo genere di seduta il terapista osserva il paziente momento dopo momento e permette al processo terapeutico di svolgersi fenomenologicamente, senza una struttura o un piano concepito preliminarmente. Al fine di dare alla struttura il senso di una direzione organica e di rendere ogni esperienza significativa dal punto di vista strutturale, il terapista ed il paziente possono cercare temi ricorrenti o stratificazioni di esperienze. I temi possono manifestarsi con contenuto musicale o contenuto emotivo.

Una tecnica è diversa da una procedura.

In primo luogo si tratta di una singola azione o interazione che prende un periodo di tempo relativamente breve, laddove una procedura è costruita da una serie di operazioni che, per essere realizzate, possono prendere una parte della seduta, una intera seduta o anche un tempo più lungo. In secondo luogo una tecnica è volta ad avere un effetto immediato mentre una procedura è costruita per fasi per il graduale raggiungimento di un obiettivo metodologico. Una tecnica può comportare azione o interazione nelle modalità musicali, non musicali, verbali o non verbali, come pure con mezzi diversi. Essa può anche coinvolgere il terapista, il paziente, altre persone significative, coetanei o il gruppo nella sua interezza. Ogni modello di terapia ha la sua propria serie di tecniche e di durata delle stesse. Sovente le tecniche sono strettamente collegate ad una particolare fase procedurale. La maggioranza delle tecniche usate nella terapia dell'improvvisazione sono o musicali o verbali (!).

Nella terapia dell'improvvisazione gli elementi dinamici fondamentali sono il paziente, il terapista, gli strumenti musicali e la stessa musica improvvisata. Questi elementi diventano forze dinamiche in terapia quando:

- 1) investono il paziente o hanno effetto su di lui;
- 2) servono come agenti di risposta o cambiamento terapeutici.

Le dinamiche della terapia possono essere paragonate alla chimica: proprio come gli elementi chimici si combinano per formare i composti e poi interagiscono per produrre reazioni, cambiamenti strutturali o nuove combinazioni, così gli elementi nella terapia si combinano ed interagiscono per ottenere reazioni terapeutiche, cambiamenti nella personalità e nuove

relazioni.

Dal momento che le forze dinamiche della terapia interagiscono per un certo periodo di tempo, i cambiamenti cominciano ad aver luogo nel paziente, nel terapista, nella musica e nelle molte relazioni che si sviluppano tra tali elementi. Questi cambiamenti hanno generalmente luogo in stadi prevedibili a seconda degli obiettivi del modello e delle sequenze metodologiche. In alcuni modelli, la teoria di trattamento ad essi sottesa fornisce un'indicazione degli stadi che avranno luogo. La teoria può riguardare: cambiamenti dello sviluppo, vari tipi di apprendimento, modifiche del comportamento o processi di gruppo.

- Capitolo II -

Modelli Orff di Improvvisazione: aspetti teorico/applicativi dell'improvvisazione Orff in Musicoterapia

L'effetto naturale e generico della musica in noi, non deriva dall'armonia ma dal suono, il quale ci elettrizza e scuote al primo tocco quando anche sia monotono.

Questo è quello che la musica ha di speciale sopra le altre arti.

Giacomo Leopardi, Zibaldone, 1817/32 (postumo 1898/1900)

2.0 *Origini*

Molti modelli di terapia dell'improvvisazione si basano su un approccio all'educazione musicale denominato “Orff-Schulwerk” che è stato sviluppato



dal compositore Carl Orff. Sebbene fosse originariamente concepito per l'insegnamento della musica a bambini in età scolare normodotati, il metodo Orff-Schulwerk è stato ampiamente utilizzato

nell'insegnamento di sostegno ed in *setting* di musicoterapia. Nei paragrafi che seguiranno metterò a confronto “integrando” punti nodali della teoria Orff con diversi punti di vista ed approcci che utilizzano in maniera sostanziale lo strumentario Orff come mediatore paziente-terapeuta. Gli approcci di cui ho menzionato sopra sono il MDT (Metodo Dinamico Transdisciplinare – L. M. Lorenzetti) e la teoria di R. O. Benenzon.

2.1 Caratteristiche salienti

Il concetto di “musica primordiale” è alla base dei modelli Orff. Essa è definita come la tendenza primitiva degli esseri umani a produrre musica spontaneamente usando i ritmi naturali del movimento e del linguaggio. La musica primordiale è una forma universale di espressione umana del sé che si sviluppa naturalmente o non richiede nessuna formazione speciale o sofisticata. I materiali della musica primordiale sono ricavati dal repertorio del paziente già esistente e sono ampliati attraverso un gioco spontaneo con le loro tendenze naturali. Dal momento che la musica primordiale è basata su ciò che l’individuo sceglie o inventa o su ciò che ha stabilito o improvvisato, la creazione di musica primordiale costituisce una esperienza intensamente personale. *Lo sviluppo musicale dell’individuo procede per stadi che corrispondono alla evoluzione della musica nella cultura e pertanto il processo di terapia procede per stadi di sviluppo ed evoluzioni musicali.* La musica primordiale non è mai musica in sé, ma forma; piuttosto un’unità indivisibile con il movimento ed il linguaggio. La produzione di musica primordiale è, quindi, inseparabile dal movimento e dal linguaggio. Ne consegue che i modelli di terapia Orff usano tutti i mezzi musicali disponibili (vocali, strumentali e motori) nonché molte modalità espressive diverse, incluso la danza, la poesia, la drammaturgia, la mimica e l’arte. La musica primordiale è multisensoriale per natura in quanto include molti mezzi e modalità espressive diverse con stimoli e risposte uditive, visive, tattili e cinestetici. Anche i modelli di terapia Orff sono, pertanto, multisensoriali. Il

ritmo è considerato come l'elemento più forte, più primitivo e più naturale della musica, nonché un importante elemento del movimento e nel linguaggio. Quindi il punto di partenza più logico per la produzione di musica primordiale è il ritmo. La creatività esternata nella capacità di improvvisare è di importanza estrema per lo sviluppo della musica primordiale. **L'improvvisazione è considerata un modo creativo di risoluzione dei problemi, per questo la terapia Orff enfatizza la creatività e l'improvvisazione.** La musica primordiale è motivata e diretta dall'istinto a suonare che comporta spontaneità da una parte, regole dall'altra. Suonare costituisce un aspetto importante delle terapie basate sul metodo Orff.

2.1.1 Ritmo, creatività ed improvvisazione: un accenno alle teorie del MDT e Benenzoniane

Perché ritmo e creatività sono due aspetti dell'improvvisazione in musicoterapia così importanti?

In entrambi i casi le risposte vanno ricercate in un'epoca assai precoce dell'individuo, all'interno della quale determinati comportamenti atavici caratterizzavano una particolare relazione, quella Madre-Bambino.

Come già indicato nella premessa di questa tesi, la transdisciplinarietà dell'MDT (Metodo Dinamico Transdisciplinare) fa diretto rimando al paradigma movimento-suono-ritmo come metodo elettivo della musicoterapia per l'inserimento dell'elemento sonoro nella relazione terapeutica, accanto (non in contrapposizione) agli altri due paradigmi delle arti-terapia (movimento-corpo-ritmo riferito alla danzaterapia, ed il paradigma

movimento-forma-colore riferito alla eidoterapia). Tutti i paradigmi sono intercorrelati, anche se hanno preminenze e caratterizzazioni soggettive al fine di potenziare l'espressione delle emozioni, i processi cognitivi, la comunicazione e la relazione. Tutti i paradigmi hanno in comune l'elemento "ritmo" (oltre il movimento che per certe correnti di pensiero è considerato artefice del ritmo, in altri casi un esito). Ma quale importanza dobbiamo attribuire a questo elemento? Lorenzetti dice: *"a me sembra che si possa congetturare la triade movimento-suono –ritmo come triade originaria della vita in quanto ogni movimento genera suono, insieme organizzati di movimenti-suoni creano ritmi; nel canto, nella danza e nel linguaggio, sono presenti il movimento-suono ed il movimento-ritmo. Il ritmo è ottenuto attraverso un susseguirsi di eventi sonori differenziati per durata o altezza oppure distanziati da pause. Anche il ritmo contiene l'idea del movimento, come assenza che attendo un ritorno del suono. Il feto "danza la vita" nello spazio intrauterino, in una situazione abarica (area del cosmo in cui termina la forza gravitazionale terrestre ed inizia quella lunare n.d.a.) e volumetricamente avvolgente, contenente, piena di liquido mobile ad ogni movimento fetale. Il feto sintonizza le proprie pulsazioni del cuore sulla frequenza dei battiti cardiaci della madre in un musicale ritmare a eco (scambievolmente influenzatesi) la vita. In questo ovattato universo in sospensione costellato di ritmie ed aritmie sonore, la bussola orientante è la madre e le sensazioni che il feto esperisce nel suo interagire con essa. Secondo Franco Fornari, le esperienze primarie del suono e del ritmo sono*

fondamentali proprio perché “aprano la danza onirica della vita, [...] il significato inconscio della musica corrisponde al significato consci della vita”. Dopo la nascita, il bambino inizia ad incontrare il mondo, gli oggetti e le loro qualità “buone” o “cattive” attraverso l'espressività della voce della madre. Pare dunque che l'esperienza motoria-sonora-ritmica (e quella della voce e dei suoi aspetti fonosimbolici – F. Dogana) sia un'esperienza da considerare, sotto certe prospettive, come qualcosa da privilegiare; qualcosa che gioca un ruolo determinante nella vicenda umana. Rendere importante in una prospettiva rinnovata il rapporto uomo-suono potrebbe avere l'esito di cambiare i concetti degli uomini e probabilmente una certa qualità della loro vita”. Continua Lorenzetti affermando che: “...nella vita intrauterina, il feto percepisce i suoni attraverso il corpo: onde di compressione e rarefazione create dal liquido amniotico, sollecitano la pelle del piccolo che attua così un proto-apprendimento. Il corpo-pelle del bambino diventa corpo-pelle acustica, psico-socio-acustica e culturale dal momento che il feto ipoteticamente comincia a fantasticare e ad immaginare l'ambiente da cui permane il suono. Il suono quindi accende il desiderio di conoscenza per cui non è fine a sé stesso, la sua funzione è quella di provocare accensione d'anima si crea un circuito per cui il suono genera il desiderio e il desiderio viene soddisfatto dal suono.

Il desiderio così nasce nell'utero materno dove il bisogno è automaticamente soddisfatto, quindi il desiderio non ha come oggetto un bisogno concreto: il piccolo non ha fame, né sete, né freddo, né caldo è contenuto da un ambiente

non costrittivo, al suo presente e al suo futuro sono rivolti i pensieri, le attenzioni, i desideri della coppia genitoriale. In questo stato il bambino non ha bisogno di nulla, raggiunge una omeostasi che porta a considerare il periodo della gestazione la prima esperienza estetica.

Dopo la nascita l'ambiente cambia, nulla è come prima: il piccolo adesso respira, sente i morsi della fame, i confini si sono allargati, il contatto con la biancheria non è sempre piacevole come quello con il liquido amniotico, il suono non è più costante, compare il silenzio. Una sola cosa non cambia: è la voce della madre, che dice parole non capite, che rappresenta una assenza, quella del mondo prenatale, il “paradiso perduto”. Il suono però se da un lato riporta al senso di perdita, dall'altro ne celebra il superamento attraverso il ritrovamento, sul piano simbolico, di ciò che l'uomo ha perso realmente. La funzione del suono allora è duplice: da un lato consente all'individuo di affrancarsi dalla dipendenza, facendogli rivivere la perdita; dall'altro, attuando la sua funzione simbolica lo sostiene di fronte al lutto, permettendogli di collegarsi a ciò che non ha più.

Quando il bambino viene preso in braccio al momento della poppata e appoggia la testa sul seno della madre, riascolta il ritmo del battito cardiaco udito durante i 9 mesi di gravidanza, arrivando persino ad adeguare a questo il ritmo della suzione. Frattanto viene nutrito, contenuto fisicamente e mentalmente; il suo sguardo è rivolto al viso della madre, così come lo sguardo di questa è rivolto a lui. Tutti i canali sensoriali sono collegati con l'oggetto e il volto materno viene collegato a questa esperienza gratificante e

assume in sé i connotati della bellezza. Questo ci fa comprendere il senso di ciò che ci viene indicato come esperienza estetica.

Nell'M.D.T. la tecnica è centrata sull'ascolto empatico, sensibile, poetico; è un ascolto attento, rivolto sia all'altro sia a come e a che cosa la conoscenza dell'altro muove in me.

Sull'ascolto è basato il progetto riabilitativo che va condiviso con il paziente a partire dalla sua proposta, sulla quale viene agita la controproposta. Questo scambio permette di avviare un processo relazionale a orientamento fenomenologico. Il rapporto paziente/operatore rispecchia il rapporto sé/mondo; l'essere-nel-mondo parla di due entità da considerare non in maniera isolata e indipendente: l'individuo è parte del mondo e il mondo si adatta all'individuo; insieme costituiscono una unità. Il tipo di conoscenza estetica che viene raggiunta attraverso l'ascolto porta ad un cambiamento: il rapporto fisico, corporeo con la realtà produce nuovo pensiero, una ri-significazione del rapporto sé/mondo.

«La conoscenza significante prende forma da come guardiamo il mondo, da come questo ci guarda e dal che cosa e come ci lasciamo guardare» (Lorenzetti 1997). Questa forma di conoscenza viene attuata nella reciprocità, attivando quella «tensione verso la conoscenza e la vita che procura uno stato della mente, del corpo, dell'incontro con l'altro in una condizione amante» (Lorenzetti 1997)».

Nel suo manuale di musicoterapia, Benenzon sottolinea l'importanza del ritmo cardiaco materno definendolo come un vero e proprio *imprinting* uditivo. Al riguardo l'autore dice: *“Attualmente siamo in grado di affermare che il bambino succhia più tranquillamente e d'altra parte i suoi pianti sono più facilmente placati se viene tenuto al petto dove si percepiscono i battiti del cuore. Fatto ancora più degno di nota: le ultime ricerche dimostrano che i movimenti ritmici di suzione del neonato sono in stretta relazione con i battiti cardiaci. Cioè, se si provoca un aumento dei battiti cardiaci di un bambino si determina l'accelerazione del suo ritmo di suzione ed è vero anche l'inverso. Il ritmo dei tamburi delle tribù primitive varia a seconda se si tratta della partenza o del ritorno dalla caccia. Alla partenza, il ritmo imita il battito del cuore, cioè: il primo lungo, il secondo corto, quasi interrotto, il che darebbe luogo, in parte, alla sensazione di angoscia. Al ritorno, invece, il primo suono è corto, il secondo luogo, il che provocherebbe una sensazione di fine, si rilassamento, di tranquillità (partenza: tam-ta; tam-ta; tam-ta; ritorno: ta-tam; ta-tam; ta-tam).*

Premesso che il feto non percepisce i suoni per mezzo di un sistema uditivo, ma ha una percezione vibratoria e che, secondo C. Rycroft, la musica originerebbe dal piacere primario legato all'ascolto delle pulsazioni del cordone ombelicale, a questo punto non possiamo tacere di coloro che hanno lavorato sulla teoria dell'imprinting. Konrad Lorenz (1935-1937) fu impressionato dal fatto che l'uccello non riconosceva istintivamente gli adulti della propria specie. L'intinto lo predispone semplicemente a seguire la

prima cosa mobile che si muovo, generalmente la madre, talvolta un altro membro della propria specie ed occasionalmente un membro di un'altra specie. Ma dopo aver fatto qualche esperienza con la madre o con un altro animale, o forse con un essere umano, il piccolo animale instaura un legame duraturo con l'individuo o con la classe dell'individuo che ha inizialmente seguito. Noi diciamo che l'animale ha subito l'imprinting di questo individuo o di questo tipo di individui; il fenomeno in se stesso viene chiamato "imprinting". Espressione analoga è "to stamp-in – stampare, imprimere".

L. Salk nel suo articolo "mothers heartbeat as an imprinting stimulus" dice: "il neonato nell'utero subisce un imprinting uditivo del battito del cuore della madre". La prova concreta adattata da Salk, fu che i neonati esposti per quattro giorni ad un rumore simile al battito del cuore piangevano di meno ed aumentavano di peso rispetto ai bambini del gruppo di controllo che non erano sottoposti all'esperimento. "È stato osservato che i bambini più grandi, quando ascoltavano il suono di settantadue battiti al minuto, si addormentavano meglio di quando ascoltavano altri suoni". Più oltre ipotizza: musica e danza sono il risultato dell'imprinting e l'uomo le crea e le vive nel proprio tentativo di restare vicino agli stimoli dell'imprinting; musica e danza quindi rappresenterebbero tentativi umani inconsci volti all'appropriazione di esperienze sensoriali simili a quelle recepite durante la vita prenatale".

Riguardo il tema della creatività e della sua importanza in setting di improvvisazione in musicoterapia, ritengo sia notevole il contributo di Melanie Klein e di Winnicott che ne danno una risoluzione meramente psicoanalitica.

Secondo questi autori¹ infatti le premesse della creatività e della schizofrenia sono le stesse. Saper rispondere a certi stimoli ambientali in maniera creativa può precludere la condizione schizofrenica.

Strettamente legata alla creatività abbiamo il concetto di “deutero apprendimento” e di “Sindrome transcontestuale”. Nel primo caso si tratta di una apprendimento secondario una sorta di capacità di “apprendere ad apprendere” che è sinonimo di intelligenza; mentre nel secondo caso si vuol fare riferimento a l’individuo che scorgendo un nuovo elemento, un elemento diverso dal consueto ambiente, prende una decisione anch’essa diversa dal solito, per far fronte ad una situazione potenzialmente deleteria.

Partendo da questi presupposti, che hanno come filo conduttore l’apprendimento e la risposta creativa agli stimoli esterni per eludere la minaccia psicopatologica, voglio esaminare, in questo contesto, le analogie che presentano le teorie di Winnicott e di Melanie Klein in merito al discorso della creatività sia in senso lato nell’adulto, che più nello specifico all’interno di quell’area intermedia che porta alla creazione di quella che Winnicott chiama “vita culturale” nel bambino. Melanie Klein, avvalendosi del gioco, parla di arte come riparazione di un qualcosa che è stato danneggiato per

opera di un'azione aggressiva e che, dunque, necessita d'una ulteriore azione riparatrice. Per la Klein sono tipici nel bambino (entro il 4° mese di vita) degli attacchi distruttivi nei confronti del corpo della madre (si pensi al mordere il seno durante la suzione). Ma nello stesso tempo queste azioni di assalto è come se si ritorcessero contro di lui, in quanto il bambino utilizza una proiezione sugli oggetti temendo una sorta di rivalsa e realizzando per ciò come cattivi e persecutori. Ciò produce nel bambino, in questo periodo di vita, delle intense angosce che la Klein definisce con il termine di "posizione schizo paranoide". Il bambino per far fronte a questi vissuti tende ad effettuare una scissione (in riferimento al seno, agli oggetti, al mondo ed infine alla realtà) attribuendo loro connotazioni manichee, o seno totalmente buono nel quale rifugiarsi, o seno totalmente cattivo dal quale defilarsi. Se questa posizione si dovesse stabilizzare il prezzo da pagare è la malattia mentale. Occorrerà dunque trovare un'altra posizione che insorge a seguito della prima e che va ad occupare la seconda metà del primo anno di vita del bambino attraverso cui vi è la possibilità di comprendere ed accettare la convivenza di due realtà opposte. Si fa riferimento in questo caso ad una posizione depressiva, dove la depressione è il frutto del senso di colpa del bambino per aver aggredito l'oggetto d'amore (seno materno). Solo allora inizia a sviluppare una salute mentale. La creatività in questo contesto è vista come un gesto d'amore, la messa in atto di azioni ricostruttivo-creative volte a riparare l'oggetto che è stato danneggiato. Il passaggio da una posizione all'altra è propulsore di un nuovo modo di conoscere la realtà e sapervi fare

fronte nei suoi aspetti contradditori, buono e cattivo, male e bene.

Per Winnicott la creatività è un particolare atteggiamento verso questa realtà esterna. Un atteggiamento propositivo che fa sì che l'individuo abbia l'impressione che la vita valga la pena d'esser vissuta. L'alternativa è un atteggiamento cedevole e di accomodamento per i quali (individui) la vita non vale la pena d'esser vissuta. Per Winnicott la possibilità di vivere la vita creativamente ed in maniera proattiva o, per contro, viverla in maniera reattiva e compiacente, è strettamente legata alla quantità ed alla qualità di quelle opportunità offerte dall'ambiente nelle prime fasi di esperienza di vita del bambino. Ciò che Winnicott cerca di fare è trovare il motivo e la causa della perdita, da parte dell'individuo, dell'essere creativo alla vita in relazione all'iniziale approccio creativo ai fenomeni esterni.

La capacità del bambino di procedere dal principio del piacere (illusione di creare e controllare magicamente) a quello di realtà (disillusione della onnipotenza del bambino) è sostenuta dalla presenza di cure materne sufficientemente buone. All'inizio la madre fornisce al bambino l'illusione che il suo seno sia parte del bambino e sotto il suo controllo magico, ma in un secondo momento compito della madre è quello di disilludere gradualmente il bambino laddove però sia stata in precedenza capace di fornire tale illusione. Fin dalla nascita l'essere umano è coinvolto nel problema del rapporto tra ciò che è percepito oggettivamente e ciò che è soggettivo. L'area intermedia cui Winnicott. Fa riferimento è l'area consentita al bambino tra la creatività

primaria e la percezione soggettivo basata sulla prova di realtà. L'essere umano non è mai libero da questa tensione di mettere in rapporto la realtà interna a quella esterna e la soluzione a questa tensione è l'area intermedia alla quale appartengono l'arte, la creatività, e, nella fattispecie, il gioco del bambino. La creatività offre, al bambino prima e all'adulto dopo, la possibilità di scoprire il proprio Sé in quella area dove la comunicazione è possibile e dove la madre, come l'analista, cerca di dare ordine al caos interno del paziente.

¹ Appunti presi dalle tenute al Corso di Musicoterapia Catania (AMPS) 2009, 2010, 2011. In bibliografia D. Winnicott e M. Klein.

2.2 *Usi Clinici*

L'approccio Orff, grazie alla sua flessibilità ed adattabilità, è stato applicato ad una vasta popolazione clinica affetta da problemi diversi come bambini ciechi con handicap multipli, bambini sordi, con handicap percettivi, spastici e con disabilità evolutive. Esso è stato inoltre usato con adolescenti, adulti e anziani con vari bisogni terapeutici. L'uso specifico del metodo Orff-Schulwerk è stato ben documentato nella letteratura. Ball e Bicon hanno utilizzato le attività Orff per insegnare ad imitare i movimenti motori ad adolescenti affetti da grave e profondo ritardo. Hollander e Juhrs hanno scoperto che il bambino autistico risponde bene all'approccio Orff grazie all'enfasi posta sul linguaggio e sul movimento ritmico e la capacità di motivare la partecipazione del gruppo. Il risultato del loro lavoro è stato il triplicarsi della percentuale di uso di comunicazione gestuale e segnica da parte dei soggetti artistici interessati. Harris ha fatto un esperimento che ha mostrato che l'approccio Orff è migliore di altre procedure di training uditivo per migliorare le abilità di espressione verbale di bambini con difficoltà di apprendimento. Mittleman ha osservato che l'approccio Orff incoraggia i bambini svantaggiati ad usare il proprio linguaggio e la propria gestualità ed è stato, quindi, efficace per stabilire dei rapporti migliori tra professori e studenti. Lehrer-Carle ha relazionato sulla validità delle tecniche Orff per molti gruppi, incluso un individuo maschio di mezza età con tendenze suicide diagnosticato come maniaco-depressivo. Ella ha, inoltre, usato le tecniche Orff per formare le abilità interpersonali e di gruppo in adolescenti

schizofrenici ed in cittadini adulti immigrati e svantaggiati socialmente. Infine Bitcon ha relazionato sul valore dell'approccio Orff nel lavoro con anziani in istituzioni assistenziali che avevano bisogno di orientamento alla realtà e con adulti interessati alla educazione permanente.

2.3 *Obiettivi*

La missione generale della musicoterapia per Gertrude Orff è quella di creare una “dimensione totale di musica all'interno della quale il bambino possa esprimersi, sperimentarsi come persona”. Schulberg ha derivato gli obiettivi dal metodo Orff-Schulwerk mediante una procedura di analisi delle attività. Ella ha analizzato ciascuna attività Orff presumendone le specifiche abilità richieste per la loro attuazione che, successivamente, servono come obiettivi. Ad esempio, le attività di imitazione con il corpo richiedono diverse abilità e possono, quindi, essere usate per raggiungere uno dei qualsiasi degli obiettivi seguenti: il coordinamento percettivo-motorio, la consapevolezza ritmica, l'uso del corpo, l'orientamento del corpo, la comunicazione non verbale, l'interazione di gruppo, la cooperazione, la partecipazione. Per specifiche popolazioni di pazienti, man mano che i clinici e gli insegnanti esaminano le varie attività e materiali, appaiono bisogni e problemi molto specifici e, per tanto, è necessario formulare scopi ed obiettivi che siano più individualizzati. Nel lavoro con persone con *danni motori* gli obiettivi possono essere la provocazione del movimento ritmico, il miglioramento della postura ed il coordinamento di gesti e linguaggio.

Nel lavoro con bambini *autistici*, gli obiettivi possono essere il potenziamento della comunicazione, lo sviluppo dell'immagine corporea, delle abilità motorie e dei concetti spaziali ed oggettuali.

Nel lavoro con le persone *gravemente ritardate* gli obiettivi possono essere lo sviluppo delle abilità di imitazione o lo sviluppo delle varie abilità affettive, sociali o di iniziativa.

Nel lavoro con i bambini con *difficoltà di apprendimento* gli obiettivi possono essere il miglioramento delle abilità verbali, della percezione uditiva, del coordinamento uditivo-motorio o delle abilità motorie stesse.

Nel lavoro con gli adolescenti *schizofrenici* gli obiettivi possono essere l'incoraggiamento all'espressione di sé, alla comunicazione, lo stimolo a sentire di appartenenza, di cooperazione e di realizzazione e la fortificazione delle funzioni dell'Io.

Nel lavoro con adulti con *problemi psichiatrici* gli obiettivi possono prevedere la consapevolezza del proprio stato ed il miglioramento degli atteggiamenti, dei modi e del comportamento.

Nel lavoro con gli *anziani di una comunità* gli obiettivi possono essere l'incoraggiamento all'integrazione sociale, a sentimenti di autostima, il miglioramento della sensibilità verso i gruppi o lo stimolo all'espressione di sé.

Nel lavoro con gli *anziani in istituti di assistenza* gli obiettivi possono essere l'aumento dell'orientamento alla realtà, della comunicazione o della interazione sociale. Sebbene questi obiettivi siano spesso validi, per la

maggior parte dei pazienti di ciascuna categoria, il processo di formulazione degli obiettivi individuali del trattamento, può essere graduale e progressivo.

Gertrude Orff sostiene che: *il trattamento non si propone a nessuno scopo, per lo meno, non uno scopo precostituito. Il terapista scrupoloso stabilirà un obiettivo individuale per ogni bambino e, quando questo sarà stato raggiunto, ne stabilirà un altro. Il trattamento si svolge come un processo, metaforicamente come una passeggiata lungo un sentiero. Bisogna preferire i sentieri tortuosi, quel tipo di sentieri che ai bambini piace percorrere. La direzione, il “dove”, è sicuramente indicato dal terapista che accompagnerà il bambino lungo tutte le deviazioni e gli incroci e si fermerà dove si presenta un posto giusto per fermarsi.*

2.4 Schema della seduta

I modelli Orff sono stati usati in *setting* di terapia individuali e di gruppo. Mentre la diagnosi fornisce ampi parametri per la collocazione, gli specifici bisogni terapeutici del paziente forniscono i criteri più importanti per la determinazione di quale delle due terapie, quella individuale o quella di gruppo, sia più appropriata. La terapia individuale è in genere più adatta a pazienti molto aggressivi o incapaci di partecipare in gruppo; tuttavia la terapia di gruppo è da preferire nel lavoro con molte altre popolazioni di pazienti affetti dai più svariati problemi. I pazienti che iniziano con una terapia individuale, vengono generalmente inseriti in un lavoro di gruppo no-

appena possibile. Bitcon ha rilevato che i pazienti sono pronti ad essere inseriti in un gruppo quando sono in grado di rispondere a delle direttive basilari come: “guardami, vieni verso di me, siediti, in piedi e dammi la mano”. Non è necessario escludere dalla partecipazione ad un gruppo quei pazienti che non sono in grado di rispondere a tali direttive, siano esse verbali o non verbali. Di contro, la grandezza de gruppo dovrebbe essere ridotta e/o il leader dovrebbe procurarsi un aiuto. Inoltre, sarebbe consigliabile, somministrare a questi pazienti una terapia individuale.

Gertrude Orff ha scoperto che i bambini timidi², introversi ed ansiosi, sono più adatti al lavoro di gruppo di quanto non lo siano bambini fortemente aggressivi. Nel lavoro con tali bambini, ella raccomanda che due o più terapisti lavorino con un solo bambino. Tutti i pazienti sono capaci, a diversi livelli, di partecipare alle attività Orff, anche se alcuni di essi possono non essere pronti alla esperienza di gruppo. Bitcon conclude sostenendo che *non sembra realmente esserci un requisito particolare che riguardi le abilità dei partecipanti...piuttosto il requisito riguarda il leader che deve attentamente seguire il gruppo, interagire, dare sostegno, scegliere i materiali ed essere pronto a trovare delle risorse sul momento.*

² Per contro, secondo altri autori, i bambini timidi, ansiosi ed introversi, pur lavorando ed eseguendo meglio le direttive del terapista, sono di più ridotta iniziativa personale, mentre, se il terapista riesce a canalizzare bene l'aggressività del gruppo di ragazzi irruenti, sublimandola, il gruppo cresce in fretta e con risultati in linea di massima ottimali (Calandra Michele).

2.5 *Grandezza del gruppo*

Gertrude Orff, lavorando con bambini piccoli, ha scoperto che: *più i bambini sono piccoli, minore deve essere la grandezza del gruppo. Il numero dei partecipanti può aumentare in maniera proporzionale rispetto all'età (cioè 3 anni, 4 anni). Soltanto in circostanze eccezionali dovrebbero esserci più di otto bambini in un gruppo di terapia.*

Bitcon, nel lavoro che generalmente svolge con gli anziani, ritiene che il processo di gruppo non progredisce facilmente quando il numero dei partecipanti è troppo esiguo e limita la grandezza del gruppo a $\frac{3}{4}$ persone soltanto quando ci sono gravi problemi comportamentali. In molti altri casi, Bitcon, lavora con 8-12 persone se i pazienti hanno bisogno di assistenza e con 12-15 quando i pazienti sono spontanei, in grado di socializzare e comunicare verbalmente.

2.6 *Composizione del gruppo*

La composizione del gruppo, se ci si attiene ai criteri precedentemente menzionati, dovrebbe essere compatibile sia con le capacità del leader che con i bisogni dei pazienti.

I gruppi Orff non devono necessariamente essere omogenei sotto tutti gli aspetti dal punto di vista terapeutico. Infatti bambini molto ansiosi possono essere messi in gruppo con quelli meno ansiosi, persone con nessuna capacità verbale possono essere messi in gruppo con quelli in possesso di tali capacità

e pazienti disabili fisicamente possono essere raggruppati con quelli non disabili. L'idea è che le persone che non hanno bisogno, o un problema particolare, possono imparare ed aiutare coloro che, al contrario, hanno tali problemi. Come l'eterogeneità è auspicabile rispetto a determinati bisogni dei pazienti, anche l'omogeneità è auspicabile in certe aree. L'età, il livello sociale, gli interessi e gli obiettivi del gruppo devono essere presi in considerazione insieme ai problemi ed ai bisogni dei pazienti. Diverse sono le opinioni riguardo alla partecipazione dei membri della famiglia del paziente ai gruppi Orff. Gertrude Orff ritiene che i genitori non dovrebbero partecipare ai gruppi con i loro bambini a meno che il bambino non sia troppo spaventato per restare da solo. Le motivazioni fornite sono diverse. È molto più probabile che i bambini formino relazione tra loro in assenza dei genitori e che si sentano generalmente più liberi, lontani come sono dalle loro aspettative e dal loro sguardo vigile. Inoltre, dal momento che esplora il proprio mondo del gruppo, il bambino sviluppa parti segrete e private che non è necessario che i genitori conoscano. Come spiega Gertrude Orff: *“la seduta dovrebbe essere, e nella maggior parte dei casi, è una esperienza che il bambino porta con sé. Fuori dalla porta ritrova il mondo familiare. Questo non dovrebbe privarlo delle circostanza insolite che egli ha vissuto.*

Gertrude Orff, dal momento che l'esperienza di gruppo non può essere duplicata a casa, non ritiene che i genitori dovrebbero comportarsi come musicoterapisti durante la seduta.

2.7 Mezzi e ruoli di interazione

Una vasta gamma di modalità e mezzi espressivi sono usati per interagire in una situazione di terapia Orff. Il terapista ed il paziente possono usare tutti o parte dei mezzi e delle modalità, che a volte si sovrappongono qui di seguito elencati:

- Attività vocali (cioè quelle che comportano la manipolazione della voce per produrre suoni o canzoni);
- Attività strumentali (cioè quelle che comportano la manipolazione di un oggetto o di uno strumento per produrre suoni o musica);
- Attività motorie (cioè quelle che comportano il movimento di parti del corpo diverse dalla voce per produrre gesti, posture, danza, etc...);
- Attività verbali (quelle che comportano la manipolazione del linguaggio per produrre poemi, storie, drammatizzazioni, etc...);
- Attività artistiche (quelle che comportano la manipolazione di materiali per produrre disegni, dipinti, sculture, etc...);
- Esercizi emotivi (cioè quelli che comportano l'espressione dell'affettività o di sentimenti mediante uno qualsiasi dei mezzi sopra elencati).

L'attività principale nella terapia basata sul metodo Orff è l'improvvisazione anche se sono previste anche attività più strutturate come l'esecuzione. Il terapista partecipa con i pazienti individuali e con il gruppo sa come leader,

alla pari e come seguace. Egli determina il proprio ruolo e il ruolo di ciascun membro del gruppo a seconda delle preferenze ed i bisogni del paziente, collegati alla situazione e agli obiettivi terapeutici.

Le modalità, i mezzi ed i materiali che il terapista ed i pazienti useranno sono scelti in base alle stesse considerazioni. Il comportamento spontaneo del paziente e la continuità del momento, servono come linea guida fondamentale. Il terapista, quando possibile e coerentemente con gli obiettivi terapeutici, offre al paziente la libera scelta per quanto riguarda l'assegnazione dei ruoli, la modalità, i mezzi, l'attività ed i materiali.

2.8 Orientamenti teorici all'educazione musicale

È necessario sottolineare che il metodo Orff-Schulwerk è stato in origine concepito come modello di educazione musicale prima di passare ad esaminare le teorie sottese alla terapia che sono state utilizzate. Gertrude Orff sostiene che le attività ed i materiali del metodo Orff-Schulwerk sono soltanto uno stimolo creativo per la seduta e che il punto di partenza ed il prodotto finale devono sempre essere determinati dal bambino. Quindi, quando si usano le attività Orff come educazione terapeutica, le esperienze di apprendimento musicale devono essere adattate alla capacità ed ai bisogni terapeutici dell'individuo.

2.9 Accertamento e valutazione

Gertrude Orff ha citato l'importanza dell'accertamento dei molti aspetti del bambino durante la prima seduta e della valutazione dei suoi progressi nelle sedute successive. L'accertamento e la valutazione sembrano essere individualizzati e aneddotici piuttosto che standardizzati per contenuto e procedure. Nei casi discussi ella usa annotazioni cliniche o note scritte per ciascun bambino per ogni seduta. Il contenuto di queste note comprende osservazioni e commenti che riguardano le risposte musicali del bambino, il suo status nelle tre aree di obiettivi esperenziali (cioè relazioni con il Sé, con gli altri e con il mondo fisico), nonché il progresso del bambino in aree di obiettivi più individuali e specifiche. I casi clinici iniziano con una informazione diagnostica tratta da altre discipline seguita dalla descrizione dei problemi che il bambino ha avuto nel corso della prima seduta. Le annotazioni successive riassumono ciò che il bambino ha fatto in ciascuna seduta.



- Capitolo III -

Procedure di Trattamento

**A che cosa faccia appello la musica in noi
è difficile sapere; è certo però che tocca
una zona così profonda che la follia stessa
non riesce a penetrarvi.**

Emil Cioran, L'inconveniente di essere nati, 1973

Gertrude Orff ha suddiviso il lavoro del terapista in tre periodi principali: quello prima della seduta in cui il terapista rivede le note di osservazione ricavate dall'accertamento o dalla seduta precedente e sviluppa un piano consequenziale della seduta; quello durante la seduta dove il terapeuta stimola e guida i pazienti attraverso una sequenza pianificata di attività di improvvisazione; quello successivo alla seduta dove egli scrive un resoconto di ciò che ha avuto luogo durante la seduta annotando progressi e problemi di ciascun membro del gruppo.

3.0 Preparazione della seduta³

È necessario sottolineare due punti prima di esaminare in dettaglio gli aspetti della seduta che richiedono una pianificazione. In primo luogo, sebbene molta parte della seduta possa essere progettata prima del suo reale inizio (specialmente quando il terapista conosce i pazienti), molti aspetti richiedono di essere pianificati mentre la seduta è in corso. Pertanto un terapista Orff progetta e pianifica prima e durante la seduta. In secondo luogo, l'essenza della terapia Orff è la risposta momento per momento e l'uso di qualsiasi materiale che il paziente offre. Qualsiasi progetto deve, quindi, essere flessibile ed adattabile alla reale situazione terapeutica.

3.1 Creazione dell'ambiente

L'atmosfera più favorevole in una seduta è quella in cui i pazienti sentono di essere sereni ed al sicuro e che le attività che intraprenderanno avranno buon esito. I terapisti Orff fanno spesso lavorare il gruppo in cerchio in quanto esso fornisce confini esterni all'azione individuale e di gruppo, nonché uno spazio centrale da condividere. Il cerchio inoltre lega il gruppo creando un circuito diretto per la comunicazione sensoriale.

Lo stesso cerchio può però essere troppo intimo o minaccioso per il paziente timido o introverso in quanto non fornisce un territorio specifico per ogni paziente. In altri casi i confini esterni del cerchio possono essere troppo restrittivi. Questo problema può verificarsi con pazienti introversi che hanno bisogno di acquisire una libertà spaziale e con pazienti iperattivi che non sono

pronti a tale limitazione nello spazio. In questi casi confini e territori nell'ambiente devono essere progettati differentemente.

Gertrude Orff ha usato tappeti quadrati per delimitare confini e territori privati per ciascun paziente. I tappeti possono essere sistemati in forma circolare o non circolare a seconda della capacità dei pazienti di reggere una visibilità di gruppo. Essi possono inoltre essere usati per indicare parti dell'ambiente riservate al riposo o destinate ad attività ludiche e, in questo caso, sono spazi condivisi dal gruppo. Gli oggetti materiali ed i materiali di scena che costituiscono parte dell'attività stessa, contribuiscono all'ambiente fisico della seduta. Tali sostegni potrebbero includere cerchi, corde, sciarpe, mobilio, strumenti musicali e così via. **Questi oggetti possono essere usati per indicare confini o territori individuali o del gruppo come pure reti di comunicazione o di interazione. Quindi la loro collocazione nella stanza ed il loro uso da parte di determinate persone sono oggetto di importanti decisioni da prendere.**

Un ulteriore considerazione importante da fare riguarda il modo in cui i pazienti si sistemeranno: saranno in piedi, seduti, in movimento e l'attività avrà luogo sul pavimento o sul altri piani?

Quando il gruppo è seduto sul pavimento, tutti i membri si trovano sullo stesso livello, resi eguali dalla posizione e strutturalmente ancorati e limitati. Quando il gruppo lascia il pavimento, questo non costituisce più un ancora o un limite strutturale e gli individui nel gruppo iniziano a differenziarsi per livello e posizione.

³*Le sedute di musicoterapia in campo relazionale:* In campo relazione, il trattamento di musicoterapia è strutturato in incontri settimanali a seconda delle esigenze del paziente. Le sedute possono essere: individuali o di gruppo della durata di circa 60 minuti ognuno; in alcuni patologie, come ad esempio nella malattia di Alzheimer, sono consigliati tempi di partecipazione molto più brevi. *I due principali campi di intervento:*

Un primo indirizzo che è di orientamento psico-pedagogico o pedagogico che trova applicazione nell'ambito delle strutture educative. L'aggiornamento degli insegnanti diviene uno specifico ambito di intervento della musicoterapia nel contesto istituzionale della scuola. Tale aggiornamento, congiunto alla prevenzione della disabilità dell'apprendimento, alla riduzione dell'abbandono scolastico e al successo formativo, si può collocare tra le attività di sostegno psico-pedagogico previste dalla circolare 257 del 9 agosto 1994 del Ministero della Pubblica Istruzione.

Un secondo indirizzo è di tipo clinico e psichiatrico dove si prospettano attività nell'ambito in enti ospedalieri, in case di cura e centri di assistenza e riabilitazione. La varietà dei campi di applicazione della musicoterapia trova giustificazione nel fatto che i vari orientamenti di questa disciplina persegono obiettivi differenti. *Esempi di campi applicativi:*

Disturbi emotivi del bambino e dell'adulto (ansia, depressione, disturbi da attacchi di panico, insonnia); Disturbi relazionali del bambino e dell'adulto; Corso di preparazione al parto; Disturbi mentali (nevrosi, psicosi ed altre malattie psicosomatiche del bambino e dell'adulto, anoressia); Handicap psichico, psichico, fisico e sensoriale; Disturbi del linguaggio e deficit uditivi;

Esiti di coma; Patologie neurologiche (ictus, morbo di Parkinson etc...); Senescenza; Senescenza patologica (demenza senile, morbo di Alzheimer, disturbi relazionali dell'anziano).

Obiettivi generali delle sedute di musicoterapia: Aprire canali di comunicazione (intrapsichici - extrapsichici); Vincere le proprie paure, saper contenere ed orientare le emozioni e l'aggressività nel rapporto interpersonale, sviluppare la capacità di dominare impulsi irrazionali; Canalizzare le ansie; Stimolare l'espressione dei sentimenti per favorire la motivazione, la gratificazione e l'autostima; Favorire la creatività; Migliorare la socializzazione e l'interazione, incoraggiando al sorriso, al gusto di vivere, cercando di far vivere esperienze positive e gratificanti; Abituare alla verifica, ad accettare le regole, riconoscendo le proprie capacità ed i propri limiti; Stimolazione attiva e multisensoriale; Sviluppo dell'espressione corporea; Stimolo al contatto con la realtà, apprendo più canali di comunicazione: espressivi, affettivi, di percezione e di comprensione; Stimolo del ricordo (Vissuto /identità); Stimolo delle funzioni cognitive, attivando le capacità di base partendo da ciò che la persona oggetto e i terapia è in grado di fare: attenzione, concentrazione, percezione, osservazione, prontezza di riflessi, analisi e sintesi, valutazione, memoria, classificazione, senso cronologico, rapporto spazio-tempo; Stimolo delle capacità sensoriali ed intellettive;

Migliorare le capacità ortofoniche del linguaggio attraverso

Potenza sonora. Devono essere rivolti verso l'estroversione e non all'introversione. Devono possedere chiare possibilità sonore con la possibilità di poter creare strutture ritmiche e melodie facilmente comprensibili. A seconda di come il paziente si rapporterà allo strumento musicale, questo potrà divenire: Oggetto Sperimentale; Oggetto Catartico; Oggetto Difensivo; Oggetto Incorporato; Oggetto Intermediario; Oggetto Intermediario Corporale; Oggetto Integratore.

IL CORPO: Noi abbiamo nel corpo umano implicitamente il membranofono, l'idiofono e l'aerofono. Di tutti i fenomeni sonori del corpo umano, la voce e il canto sono i più profondi, in quanto essi sono gli elementi più regressivi e capaci di risonanza e perciò devono essere utilizzati con grande attenzione.

La seduta Il terapeuta ha a disposizione come materiale di lavoro i suoni, i silenzi, il proprio corpo, i rumori, la musica ed i singoli elementi che compongono la musica: Il RITMO che agisce sulla sfera intuitiva; La MELODIA che agisce sulla sfera sentimentale; L'ARMONIA che agisce sulla sfera intellettuativa. Si lavora seguendo una precisa tecnica con diverse sequenze: Partendo dalle capacità del soggetto, dove tutto può cambiare ed essere contemporaneamente tenuto a memoria ordinando determinati eventi secondo una successione temporale, di conseguenza compiere, se pur in forma irriflessiva e ristretta ai limiti del presente psicologico, un'insieme di operazioni mentali. L'attività musicale appare come una opportunità di procedere a semplici e possibilmente autonome e consapevoli trasformazioni fra differenti codici: SONORO-GESTUALE-GRAFICO-VERBALE Basandosi sulla percezione, interpretazione, riproduzione, selezione, alternanza, cambiamenti ritmici e/o melodici etc... ; Dando importanza all'improvvisazione, alla spontaneità e libera produzione, dove ogni paziente autonomamente e inizialmente propone una personale sonorizzazione e dove l'elemento sonoro diviene oggetto intermediario tra paziente e terapeuta. *Le tipologie delle sedute di musicoterapia si dividono a seconda dei casi in:*

Sedute di Musicoterapia receptiva;

Sedute di Musicoterapia attiva.

La Musicoterapia receptiva si basa sull'ascolto guidato e strutturato in considerazione del fatto che gli stimoli sonori permettono il rilascio di neurotrasmettitori e neuromodulatori che modulano il comportamento e l'affettività dell'essere umano. È stato dimostrato che la loro concentrazione si modifica in ogni individuo all'ascolto della propria musica. Le vibrazioni captate dall'orecchio interno, penetrando a varie profondità provocano trasformazioni nei processi elettrobiologici all'interno della mente e dell'organismo (effetto diapason della Fisica) per cui si entra in vibrazione quando si vibra sulla stessa lunghezza d'onda del suono. Nelle sedute di Musicoterapia attiva, il paziente diviene protagonista, è portato a sentire, comprendere, creare, senza coercizioni, libero di scegliere lo strumento che per lui in quel momento è più significante, comunicare con se stesso e agli altri ritmo, timbri, melodie, volumi in cui si sente bene, con una

<p>attività di discriminazione prosodica, simbolico-gestuale e grafico-ritmica della parola;</p> <p>Aiuto allo sviluppo psico-motorio, all'accettazione del proprio corpo, schema corporeo ,del coordinamento oculo - audio-motorio, della manualità della prontezza dei riflessi, del controllo muscolare e del corretto coordinamento globale motorio. <i>Il percorso di intervento:</i> Viene quindi impostato attraverso le suddette fasi: Analisi ed osservazione del caso (valutazione della motivazione). Raccolta dell'anamnesi, dati, ecc. ...; Approfondimento diagnostico iniziale; Compilazione anamnesi sonoro - musicale; Elaborazione di un progetto di intervento dettagliato; Verifiche periodiche tramite osservazione durante le attività, protocolli, colloqui con i parenti e responsabili. <i>Le sedute terapeutiche possono essere:</i> interpretativa; di osservazione; di sostegno e appoggio; di rinforzo; di autovalutazione realistica; di orientamento comportamentale (indicazioni operative); propositiva, ricostruttiva; di sblocco, provocatoria, paradossale; riabilitativa; di co-esperienza vitale, sistematica. Le sedute si svolgono naturalmente seguendo dei modelli tecnici Osservazione; Associazione corporeo - sonoro - musicale; Espressione e/o associazione libera; Isolamento affettivo-attivo;</p> <p>Riflessione; Compilazione dei protocolli. Gli strumenti. <i>Si utilizzano come strumenti:</i> l'ambiente; il proprio corpo; strumenti elettronici; strumenti musicali creati dal paziente; strumenti musicali propriamente detti, comprendenti: tamburi, triangoli, piatti oscillanti, legnetti, wood block, piastre sonore, xilofoni, metallofoni ecc. Vengono anche utilizzati strumenti Medio-Orientali es. Bendir, Satz; Sud Americani es: Congas, Bonghi, Calimba, Caxixi, Maracas, Berimbau, Tambora; Irlandesi es: Bodran; Africani es: Djembè, Ingungu, Ntenga, Belafon, Xilofono Bantù; Indiani es: Santur (55 corde o 75 corde), Tabla etc....Inoltre strumenti quali: chitarra, pianoforte, Flauti .etc... Gli strumenti propriamente detti devono possedere le seguenti caratteristiche: Manipolazione semplice; Facilità di spostamento;</p>	<p>esperienza di sé globale. Le tecniche psicomusicali attive sono considerati degli autentici metodi psicoterapici che hanno come finalità: l'esplorazione del mondo interno dell'individuo; la mobilitazione delle energie e delle dinamiche psichiche; la ricostruzione e riorganizzazione della vita interiore, per accettare se stesso, gli altri, la realtà del suo divenire.</p> <p><i>Sedute di gruppo:</i> Nelle sedute di gruppo, il gruppo permette di situarsi in rapporto con gli altri, mettendo in evidenza le reazioni e le difficoltà individuali; confrontarsi ed essere stimolati ad una maggiore presa di coscienza di sé; ad una osservazione e alla critica analitica. Il mettersi in gioco ogni volta, spinge ad una maggiore espressione individuale. In questo modo è opportuno creare un setting dove il piccolo gruppo sia omogeneo per rendere più facile condurre secondo l'obiettivo voluto, ma allo stesso tempo eterogeneo per ridurre il giudizio di capacità propria e quindi una maggiore classificazione. Il terapeuta dovrà applicare tutta la propria abilità d'elaborazione dei pensieri non verbali, i suoi progetti d'apertura di canali di comunicazione, la propria comprensione dei livelli del paziente, la capacità di scoperta nell'impiego degli oggetti intermediari e integratori, dell'Iso dalla persona oggetto di terapia, dell'esecuzione di molteplici forme d'espressione sonora, musicale e di movimento che servono da stimolo alle risposte e cercherà di condurre i pazienti alla ricerca di una identità sonora di gruppo con possibilità di classificazione degli strumenti di tipo analitico-proiettivo del tipo seguente:</p> <p><u>Fetali</u> : campana con battaglio, sonagli, kultrum, sfera con acqua, bottiglia con acqua e semi, scatola con lumache o altri oggetti alimentari, maracas; <u>Materni</u> (vaginali): tamburo, timpano, chitarra, cembalo, tamburello, atabaque, calimba, congas, tumbadoras, bongos, xilofono, metallofono, balafon, marimba, lira; <u>Paterni</u> (fallici): flauto, clavicordo, bastoncini, birimbaum, bastone della pioggia, reco-reco, raschiatocio, porongo, bacchette, flauto di pan, corno, tromba, fagotto, clarinetto, sibilatore, trombetta, oboe, sirena, tamburi a frizione; <u>Ermafroditi</u> : cuica, putipù napoletano, caccavella spagnola, tamburo.</p>
--	---

3.2 Scelta delle modalità sensoriali

L'attività Orff è multisensoriale e, pertanto, potenzialmente stimola ed esercita i sensi dell'udito, della vista, del tatto, i sensi cinestesici, olfattivo e/o del gusto. Il partecipante, attraverso queste modalità sensoriali, riceve degli input e ne dà a sua volta.

In molti casi una particolare modalità sensoriale viene scelta come mezzo primario di stimolo e le altre modalità sono utilizzate per rinforzarle. Ad esempio se viene presentato uno stimolo uditivo, esso è generalmente sostenuto da uno stimolo visivo e/o tattile in modo che una modalità rinforzi o compensi l'altra. In modo simile, quando la risposta richiede l'elaborazione della modalità uditiva, stimoli visivi o tattili o sistemi di *feedback* vengono generalmente inclusi nelle risposte.

Le modalità sensoriali sono selezionate a seconda delle capacità senso-motorie degli individui del gruppo e delle abilità necessarie per raggiungere gli scopi terapeutici. È anche utile determinare se i problemi del paziente sono ricettivi, cioè riguardano un dato sensoriale in entrata, o espressivi, cioè un dato senso-motorio in uscita. Ad esempio, aiutando un bambino audioleso ad avere una esperienza uditiva “il terapista deve presentare un’atmosfera acusticamente stimolante con un supporto visivo significativo”; d’altra parte, dal momento in cui i bambini audiolesi non sentono soltanto con le proprie orecchie, il terapista dovrebbe fornire anche un’esperienza ritmica stimolante dal punto di vista tattile con un supporto uditivo significativo. Per aiutare i bambini con danni neurologici a muoversi efficacemente si presentano

modelli visivi da imitare sostenuti da ritmi uditivi. Nel lavoro con bambini iperattivi o impulsivi, si usano suoni per aiutarli ad acquisire il controllo sui movimenti. Nel lavoro con gli anziani si dovrebbero stimolare ed esercitare tutte le modalità sensoriali incluso l’olfatto ed il gusto.

3.3 Scelta dei mezzi e delle attività

Un mezzo, nell’accezione qui usata, è il modo attraverso il quale un’attività viene svolta e, pertanto, è un canale per comportarsi, esprimersi ed interagire con un oggetto o una persona. Un’attività, invece, è il comportamento o l’interazione reale. In alcuni casi essa consiste in una serie specificamente definita di comportamenti, in altri casi è soltanto un tema o un processo che guida una sequenza di azioni. Le attività Orff rientrano nelle seguenti categorie di mezzi: vocale, strumentale, motorio, verbale, artistico ed emotivo. Un aspetto importante del progetto di una seduta Orff è la scelta dei mezzi e delle attività che saranno, più probabilmente, benefiche per i pazienti considerando che ci sono molti mezzi e molte possibilità di attività con ciascuno di essi. I mezzi e le attività variano considerevolmente a seconda delle modalità sensoriali richieste per i dati in entrata e quelli in uscita (*input, output*) e degli elementi musicali più importanti. Le attività variano, inoltre, nell’applicazione terapeutica e nei livelli di sviluppo.

Vocale. I mezzi vocali includono attività quali produrre rumori, cantilenare, parlare coralmente e cantare. I suoni vocali possono essere emessi o non

emessi, intonati o non intonati, verbali o non verbali, verbalmente significativi o senza senso, ritmici o aritmici. Le attività vocali forniscono un *feedback* tattile, cinestesico e uditivo; tuttavia molta parte dell’azione motoria non è visibile.

Strumentale. I mezzi strumentali includono attività quali colpire, scuotere, strimpellare, tirare l’archetto, soffiare o qualsiasi manipolazione di oggetti per produrre suoni. Uno strumentario Orff completo comprende: un glocken-spiel soprano e uno alto, metallofoni, xilofoni, xilofono basso, mazzuoli di feltro e legno, bicchieri musicali, strumenti a corda (contrabbasso, liuto, viola da gamba, chitarra e violoncello), flauto dolce, triangolo, piatti, legnetti, sonagli, campanellini, tamburelli di diverse dimensioni, timpani (piccolo, medio e grande), tamburo basso. È significativo sottolineare che il pianoforte viene raramente utilizzato dal leader o dal gruppo. I suoni dei mezzi strumentali possono essere intonati o non intonati, percussivi o sostenuti, ritmici o aritmici. Le attività strumentali forniscono *feedback* tattile, cinestesico e uditivo e la maggior parte dell’azione motoria è visibile.

Motorio. I mezzi motori includono i movimenti motori primari e secondari che coinvolgono parti del corpo diverse dalla voce. Le attività possono consistere in segni gestuali, atti motori funzionali, movimenti espressivi, mimica o danza. I movimenti possono essere locomotori o non locomotori, silenziosi o produrre suoni e, in questo caso, i movimenti e/o i suoni possono

essere ritmici o aritmici. I quattro suoni principali prodotti con l'uso del corpo sono il battito delle mani, battere i piedi schioccare le dita e il “patschen” o battere le gambe. Le attività motorie forniscono stimoli e *feedback* tattili e cinestesici nonché un parziale *feedback* visivo. Lo stimolo ed il *feedback* uditivi sono provocati quando il corpo viene usato come oggetto sonoro.

Verbale. I mezzi verbali includono la parola ed il linguaggio. Le attività verbali producono generalmente, poemi, storie, drammi, etc.

Artistico. I mezzi artistici comportano la manipolazione di pittura, argilla, carta ed altri materiali simili. Le attività artistiche includono la pittura, il disegno e la scultura.

Criteri per la scelta. Il terapista, nella scelta dei mezzi, deve considerare le loro similitudini e la loro differenza. I mezzi si differenziano secondo diverse variabili come le modalità sensoriali usate per i dati in entrata e in uscita, gli elementi musicali disponibili e le possibili applicazioni terapeutiche. Ad esempio, i mezzi vocali, strumentali e motori, sono soprattutto musicali per natura; i mezzi verbali ed artistici sono extra musicali. Tutti i mezzi implicano il suono ad eccezione della maggior parte della attività artistiche e di certe attività di movimento. Le attività vocali e di movimento comportano l'uso del corpo per produrre suoni su se stesso; le attività strumentali comportano l'uso del corpo per produrre suoni su di un oggetto. Le attività di movimento e

quelle strumentali sono più esterne e visibili di quelle vocali. Le attività di movimento, quelle artistiche, quelle strumentali, sono più spesso non verbali di quelle vocali e verbali. Le attività vocali, strumentali e di movimento, possono implicare ritmo e dinamiche, mentre soltanto quelle vocali e strumentali possono implicare l'intonazione.

Gertrude Orff usa delle attività nei vari mezzi per specifici scopi terapeutici. Ad esempio, le attività vocali e verbali sono usate per le loro applicazioni fonetiche, ritmiche e semantiche. Le attività strumentali vengono usate per lo stimolo sensoriale, l'esplorazione degli oggetti, lo sviluppo di associazioni, immaginario e simbolismo e lo sviluppo di comunicazione ed interazione. Le attività di movimento sono usate per collegare la musica alle emozioni dell'individuo e per promuovere l'interazione.

Scelta dei materiali. I materiali sono delle “cose” che vengono manipolate durante le attività e possono essere sia delle forme intangibili che degli oggetti. I materiali, nelle attività Orff includono i ritmi, le cantilene, le frasi, le rime, i poemi, le canzoni, le composizioni strumentali, i gesti le posizioni del corpo e le sue espressioni, gli schemi del movimento, le danze, le storie, i drammi e i materiali di scena. I materiali sono usati per stimolare le improvvisazioni o per accompagnarle e sostenerle. I materiali sono scelti a seconda dei bisogni terapeutici e situazionali dei pazienti. I materiali non creano una sensazione di agio e sicurezza, quelli sconosciuti sono stimolanti

ed interessanti. I materiali semplici rendono la realizzazione delle attività più agevole ed immediata, quelli complessi la rendono più interessante ed appagante, ma meno veloce. I materiali ripetitivi offrono possibilità di stabilizzazione o do ritorno alle attività precedenti, quelli non ripetitivi offrono possibilità di cambiamento e di procedere oltre.

Gertrude Orff ritiene che i materiali dovrebbero essere scelti per stimolare ed acquisire il senso dell'essere accettati. Bitcon sottolinea che i materiali dovrebbero essere pre-intellettuali, flessibili e adatti alle capacità del partecipante. Il metodo Orff-Schulwerk offre una serie di canzoni e pezzi strumentali precomposti che mostrano le caratteristiche fondamentali dei materiali musicali in questo approccio e che sono ideati per servire da modelli all'improvvisazione. Secondo Landis e Carder il metodo Orff-Schulwerk è caratterizzato dal **modo pentatonico, da ritmi e melodie ripetuti (ostinati), bordoni e modelli di accordi ripetuti**⁴, sviluppo del motivo, sentimenti nazionalistici e cantilene infantili universali. Le improvvisazioni iniziano con motivi semplici che vengono sviluppati nella melodia e, successivamente, in tessiture omofoniche e polifoniche più complesse. L'unità che segue spiega in modo più dettagliato il processo musicale. I materiali di scena e altri tipi di stimolo possono essere usati unitamente agli altri materiali di una attività. Ad esempio, Bitcon, usa cibo, pupazzi, sciarpe ed oggetti di casa per integrare le attività ed i materiali. Gertrude Orff usa tappeti quadrati, cerchi, etc, per organizzare l'ambiente e per denotare le relazioni spaziali ed interpersonali.

3.4 Analisi delle attività

Il terapista Orff, per assicurarsi che i partecipanti ottengano esiti favorevoli, fa spesso, prima della seduta, una analisi delle abilità o dei compiti inerenti alle attività che si useranno. L’analisi del compito comporta la suddivisione della attività in piccoli segmenti o componenti comportamentali.

Ciascun segmento costituisce una unità significativa del comportamento che può essere usato come obiettivi da raggiungere nella pratica. Ad esempio, il compito di suonare un tamburo militare, può essere analizzato componendolo nei segmenti seguenti: cercare ed individuare il tamburo, prenderlo con una sola mano, mantenendolo in aria, sollevare l’altra mano, percuotere il tamburo con la mano che era stata alzata.

L’analisi dell’abilità comporta l’individuazione delle abilità richieste dall’attività. Ad esempio, la percussione del tamburo richiede la presa a tenaglia, il coordinamento tra occhi e mano (coordinazione oculo-maniale) il movimento coordinato di una mano, la fermezza dell’altra mano, coordinazione dinamica manuale, sincinesie, così via.

L’analisi dell’attività è molto importante nell’approccio Orff per diversi motivi. In primo luogo essa mette in grado il terapista di capire l’attività e, quindi, di poterla semplificare o renderla più stimolante in qualsiasi momento.

In secondo luogo essa rende il gruppo capace di lavorare insieme nonostante le grandi differenze individuali, in quanto ciascun membro partecipa secondo il proprio livello comportamentale o di abilità. In breve, l’analisi delle attività offre al terapista la flessibilità e l’adattabilità che costituiscono la

caratteristica dell'approccio Orff.

⁴ Secondo Benenzon, in *Manuale di Musicoterapia*, (Borla 2005, pp.52-159), “[...] il battito cardiaco, con la sua struttura di ritmi binari, i suoni di inspirazione ed espirazione, i suoni dell'acqua, del vento, il ritmo del camminare, certe sonorità come i sistemi dei messaggi degli animali, in particolare delle balene e dei delfini, sono tutti suoni che fanno parte del mosaico genetico ereditato. La stessa evoluzione della razza e della civiltà è avvenuta attraverso l'introiezione di sonorità come quelle prodotte da tubi, da canne di bambù, sonagli, corde tese, o dalla comparsa degli intervalli melodici di alcune scale. È probabile che la scala pentatonica sia dinamicamente integrata al nucleo dell'ISO universale, poiché essa fa parte delle melodie delle canzoni infantili di tutte le razza, in tutto il mondo, sia dell'Oriente che dell'Occidente, delle civiltà molto primitive e di quelle più avanzate. Quindi l'ISO universale è l'identità dinamica sonora che caratterizza gli esseri umani indipendentemente dai loro contesti sociali, culturali, storici e psicofisiologici. L'ISO gestaltico comincia a formarsi su questo prototipi sonori. [...] Nel caso dei disabili mentali, questi individui, per sentirsi meglio inseriti in un mondo troppo vasto per loro, si circondano di oggetti magici o adottano movimenti automatici ripetuti che sono meccanismi di difesa più o meno magici che si riscontrano abbastanza frequentemente nelle attività musicali. Constatando che questi stereotipi assumono frequentemente forme musicali, penso che la musica vissuta può aiutare a creare una cornice rassicurante, che invece di mantenere in vita gli stereotipi, sia in grado di far diminuire gli automatismi di difesa. È sterile voler affrontare la rigidità dei disabili mentali, volerli rendere più flessibili o liberi ad ogni costo, poiché tale rigidità fa parte di un contesto, di tutto un modo d'essere. È meglio provare ad utilizzarne il suo bisogno di ripetere, di riconoscere. L'essenziale è che questa ripetizione abbia un senso, un contenuto, e che no sia una ripetizione vuota. Per questi individui, questo può essere il solo modo di assimilare. La tappa della ripetizione, per altro verso, è una tappa normale dello sviluppo del bambino. I piccoli, nei loro giochi, ripetono instancabilmente, melodie di due o tre suoni. La ripetizione è anche un elemento molto frequente nella musica. Ma il solo modo di sfruttarla è spogliarla di ogni caratteristica automatica e di farla vivere. Dobbiamo allora inserire questa regolarità musicale nel riconoscimento naturale della regolarità vitale, dei cicli vitali, il sonno, i pasti, etc. ecco un consiglio molto utile che do ai musicoterapeuti: “non bisogna mai stancarsi di ripetere perché, in un contesto non-verbale, la ripetizione non è affatto la monotonia, ma rappresenta la scoperta e la comprensione di un messaggio. *Il musicoterapeuta deve utilizzare al massimo la sua capacità di improvvisare e, dunque, gli esercizi non devono mai avere strutture rigide*”.

- Capitolo IV -

Organizzazione della seduta

**La musica deve servire ad
addormentare i bambini,
non a lodare Iddio.**
Huldrych Zwingli

I terapisti Orff seguono normalmente lo schema generale per le sedute ideato da Carl Orff e si impegnano per produrre una sequenza “organica” nell’organizzazione delle proprie sedute.

Le sedute, tuttavia, variano leggermente da un terapista all’altro e da una popolazione di pazienti all’altra. Viene inoltre usata una terminologia differente per descrivere le fasi della procedura o le sequenze di attività. Gertrude Orff organizza le sue sedute in modo da ottenere un “inizio, salire a bordo, prendere parte, una fine, un dentro e un fuori”. Per quanto riguarda la sequenza di attività e materiali, le sedute cominciano con un rituale acustico e di movimento per creare un’atmosfera. Un nuovo elemento viene, poi, introdotto a scopo terapeutico e si produce una situazione di gioco “creativo” attraverso i contributi spontanei dei pazienti. Le idee vengono successivamente modificate ed elaborate e viene progettato un punto culminante dell’attività.

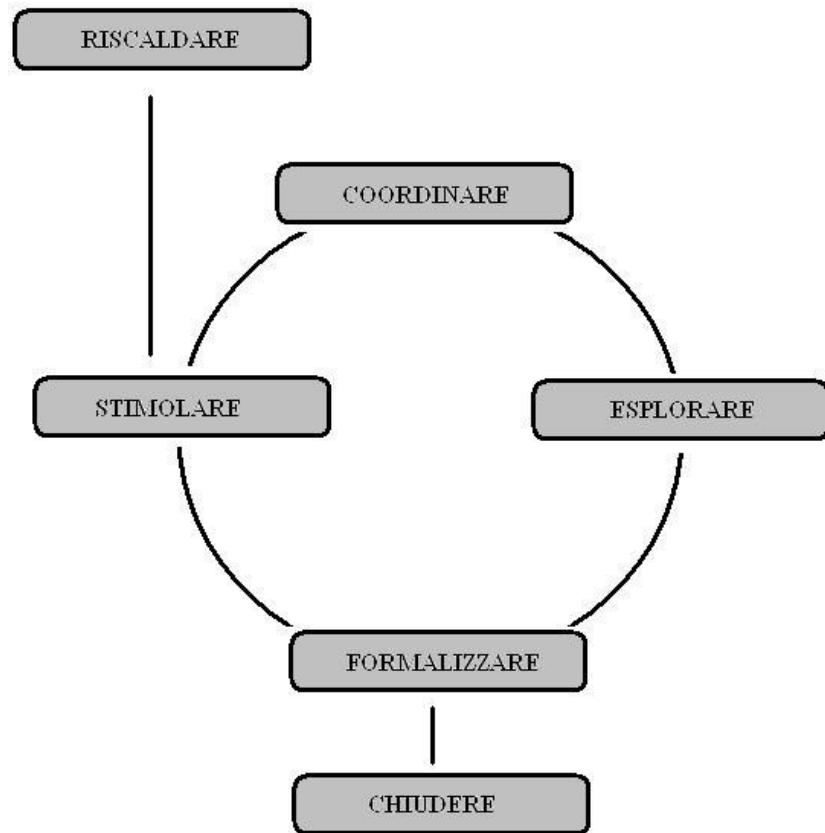
Infine, vengono fatti preparativi per un finale “organico” della seduta (un finale organico porta l’attività o i materiali ad una conclusione soddisfacendo sia le aspettative dei partecipanti che le naturali tendenze alla chiusura insite nelle stesse attività e materiali).

È importante notare che la struttura della seduta comprende la presentazione di materiali nuovi, diversi o insoliti, insieme a quelli precedentemente utilizzati.

Kenneth Bruscia ha sintetizzato le idee dei terapisti Orff ed ha sviluppato un modello che descrive la sequenza delle fasi della procedura in una tipica seduta Orff al fine di stabilire dei termini comuni per la discussione di ciascun segmento di una seduta e di organizzare la ricchezza di informazioni sulle tecniche usate nel corso di ciascun segmento. Il modello è stato ideato per sedute di gruppo e, per tanto, dovrebbe essere modificato per le sedute individuali. Bruscia ha individuato, come mostra la figura sottostante, le seguenti fasi della procedura:

- 1) riscaldare;
- 2) stimolare;
- 3) coordinare;
- 4) esplorare;
- 5) formalizzare e chiudere.

Va notato che la sequenza delle fasi nel cerchio viene ripetuta per ciascuna attività di improvvisazione.



4.0 Procedure e tecniche⁵

Riscaldamento

Lo scopo principale del terapista, nella fase di riscaldamento, è di preparare il gruppo alle attività che seguiranno. Ciò comporta preparare i membri del gruppo sia *emotivamente* che *cognitivamente*.

Per quanto riguarda gli *aspetti emotivi* il terapista per la preparazione, deve considerare la quantità di motivazione e di energia che i partecipanti hanno normalmente ed in quali direzione sono queste generalmente dirette. L'attività è progettata. Quindi per stimolare la loro partecipazione nelle attività di gruppo. L'attività di apertura deve idealmente riflettere o riconoscere lo stato emotivo del gruppo all'inizio della seduta e poi gradualmente modulare e reindirizzare la motivazione e l'energia in modo che risultino coerenti con una azione cooperativa e congiunta.

Per quanto riguarda invece gli *aspetti cognitivi* il terapista, per preparare il gruppo, deve considerare le conoscenze e le abilità necessarie alla partecipazione alle attività progettate. Gli aspetti cognitivi del riscaldamento sono spesso elaborati prima della seduta quando il terapista sceglie ed analizza l'attività ed i materiali.

Bisogna fare delle considerazione circa l'eterogeneità delle popolazioni di pazienti impegnati in attività Orff.

Infatti le attività di riscaldamento variano anche a seconda della popolazione di pazienti. Birkenshaw, nel lavoro con bambini sordi, ha usato esercizi di riscaldamento per iniziare la seduta in quanto essi si frustravano facilmente ed erano tesi quando dovevano far fronte alle richieste di comunicazione derivanti dalla situazione scolastica.

⁵Una tecnica è diversa da una procedura. La prima, infatti, è una singola azione o interazione che prende un periodo di tempo relativamente breve, laddove una procedura è costituita da una serie di tecniche o operazioni che per essere utilizzate possono prendere una parte della seduta, un'intera seduta o anche un tempo molto più lungo. In secondo luogo una tecnica è volta ad avere un effetto più immediato, estemporaneo rispetto alla procedura che, per contro, è costituita per fasi per il graduale raggiungimento di un obiettivo metodologico.

Gli esercizi consistevano in movimenti rilassanti, alcuni accompagnati dall’immaginario. Baxter, nel lavoro con i bambini ritardati, iniziava la seduta con ritmi basati sui nomi. Bitcon ha offerto una vasta serie di attività basate sul nome che possono essere usate con qualsiasi popolazione di pazienti. I *nomi*, quindi, sono spesso usati nelle attività iniziali di una seduta.

Oltre ad essere la presentazione ed il saluto più naturali, le attività basate sul nome incoraggiano il gruppo ad interagire ed a scoprire le differenze e le somiglianze tra un individuo e l’altro. Dire il proprio nome al gruppo, significa fare una affermazione su se stessi, mentre ci si condivide con il gruppo. Imparare i nomi degli altri significa esprimere interesse per loro, mentre si trasmette loro l’averli accettati.

Le relazioni nel gruppo iniziano su di un terreno comune grazie alla condivisione ed all’apprendimento de nomi.

Stimolare

Una volta che il gruppo è stato preparato con il riscaldamento al lavoro principale della seduta, il terapista è pronto a “stimolare” un’attività di gruppo e, per tanto, gli presenta “un’idea germinale” da elaborare e prepara la scena all’emergere di una situazione di *performance* creativa.

Durante la presentazione dell’idea germinale, il terapista stimola il gruppo mediante determinate modalità sensoriali, mezzi espressivi e materiali e, successivamente, provoca risposte che richiedono che il gruppo esplori le stesse modalità e gli stessi mezzi e materiali presentati.

Le possibilità di idee germinali sono virtualmente infinite.

Il modo più semplice per produrne è quello di esaminare le possibili attività e i materiali di ciascun mezzo. Ad esempio, nel mezzo vocale, il terapista può stimolare il gruppo con suoni orali, cantilene, parole ritmate, melodie cantate, per provocare risposte nei mezzi vocali, strumentali, corporei, verbali, artistici o emotivi.

Le linee guida per le attività vocali qui di seguito riportate vengono suggerite per stimolare le attività vocali:

- dal momento che la voce è collegata alla bocca, le attività vocali possono essere associate alle varie funzioni orali (mangiare, soffiare, ridere, starnutire, etc...) come anche all'espressione del viso. Ogni qualvolta si rivela possibile, le attività dovrebbero incoraggiare la stimolazione tattile, uditiva e visiva della bocca e del viso.
- il timbro, la dinamica e le qualità fonetiche dei suoni vocali possono essere esplorati associandoli alle sensazioni, agli eventi, agli oggetti, agli animali ed alle persone. Ad esempio, è possibile chiedere al gruppo di descrivere vocalmente l'eccitazione, la tristezza, i motori, le campane, gli strumenti musicali, gli animali, i mostri, etc...). I suoni vocali possono essere verbali o non verbali.
- le attività vocali possono essere stimolate mediante l'onomatopea, gli elementi fonetici e ritmici del discorso e gli aspetti semantici.
- i pupazzi e gli strumenti possono essere usati per motivare e rinforzare

gli aspetti comunicativi delle attività vocali.

- Le attività di canto possono essere stimolate mediante ostinati ritmici su di una singola nota, cantilena, ostinati melodici, ripetizioni e rime.

Per quanto riguarda le linee guida per le attività strumentali, poiché gli strumenti occupano un ruolo così importante nel metodo Orff, è possibile ritrovare nella letteratura tutta una serie di idee e linee guida:

- gli strumenti possono essere usati per stimolare le modalità tattili, visive e uditive e per incoraggiare l'esercizio di questi sensi. Prima di aspettarsi che colui che suona si relazioni allo strumento, bisognerebbe dargli ampio spazio per poterlo esplorare. Gli oggetti legati alla vita quotidiana possono anche essi essere esplorati per le loro potenzialità sonore ed usati come strumenti musicali.
- gli strumenti vengono facilmente associati ad altri oggetti, eventi, animali, persone, etc, e possono, pertanto, essere usati per stimolare l'immaginazione ed il racconto. Gli strumenti possono, inoltre, essere usati, per denotare o descrivere eventi, personaggi e ruoli. Colui che suona determina sempre i significati simbolici annessi in quanto è mediante questa associazione che egli si identifica con lo strumento.
- gli strumenti stabiliscono l'identità di colui che suona per il

loro timbro.

- gli strumenti dovrebbero essere usati in maniera economica. Non bisognerebbe presentare una scelta troppo ampia al paziente e gli strumenti dovrebbero essere scambiati e condivisi dal gruppo, passati da una persona all'altra o posti al centro del cerchio, affinché ciascuna persona possa usarli a turno.
- i terapisti dovrebbero mostrare la necessità di avere rispetto per gli strumenti. Presentare gli strumenti in maniera ceremoniosa favorisce il rispetto e l'immaginazione.

Le linee guida per le attività di movimento che seguono sono:

- il movimento può essere interno o esterno. Il movimento interno è un'emozione, quello esterno è una interazione.
- la musica incoraggia il movimento, ed il movimento incoraggia la musica, quando questi elementi vengono usati insieme. La musica può essere utilizzata per motivare il movimento o può essere usata come idea germinale per sviluppare specifiche attività di movimento. La musica può essere usata per fornire struttura al movimento o per stimolare dei cambiamenti in esso. Di contro, il movimento, può essere usato come base per la produzione di suoni o come idea germinale per specifiche attività di movimento. Il movimento può controllare o

stimolare cambiamenti nella musica.

- le improvvisazioni sul movimento o le danze organiche, sono tipiche dell'approccio Orff. Permettono al movimento di evolversi spontaneamente da ritmi naturali del corpo e seguendo gli alti ed i bassi delle qualità contrastanti che ne derivano, un individuo inizia a muoversi verso la scoperta del sé.

Coordinare

Relazioni musicali: i mezzi, le attività e i materiali devono essere coordinati secondo ciò che accade in ciascun momento (relazioni simultanee) e secondo ciò che accade da un momento a quello successivo (relazioni successive).

Gli eventi musicali simultanei possono essere coordinati nei seguenti modi:

- assolo: una singola melodia o un singolo ritmo è prodotto da una sola persona;
- unisono: una singola melodia o un singolo ritmo è prodotto da due o più membri del gruppo;
- bordoni, musiche polifoniche e basi armoniche: due o più voci sostengono un intervallo, si muovono in moto parallelo a distanza di intervalli stabilite oppure ripetono una progressione di accordi o armonica;
- solo o unisono con l'accompagnamento di un ostinato: una singola melodia o un singolo ritmo sono accompagnati da una frase molodica o

da un ritmo ripetuto;

- solo o unisono con l'accompagnamento di un bordone: una singola melodia è accompagnata da un accordo sostenuto in una tonalità oppure da una progressione di accordi ripetuta;
- canoni: una voce ne imita un'altra secondo lassi di tempo e distanza di intervalli prestabiliti;
- fughe: più di due voci imitano in contrappunto.

Gli eventi musicali successivi o sequenziali, possono essere coordinati nei seguenti modi:

- ripetizione o imitazione: ripetere la propria melodia o il proprio ritmo oppure fare da eco alla melodia o al ritmo di un'altra persona;
- variazione: modificare, abbellire o cambiare leggermente una frase melodica o ritmica precedente;
- completamento: inventare una risposta alla domanda melodica o ritmica;
- contrasto: inventare un segmento o una frase che sia opposta o contrastante con quella precedente;
- rondò: ritornare sull'idea originale dopo la presentazione di ciascuna idea (ABACADA);
- forma tripartita: ritornare all'idea originale dopo la presentazione di una idea contrastante (ABA).

Secondo Orff il coordinamento delle relazioni musicali simultanee può stimolare il gruppo, catturarne l'interesse e potenziare la motivazione, mentre quello delle relazioni successive può controllare l'attenzione e facilitare un comportamento strutturato, ordinato e ripetitivo.

Bitcon descrive le possibilità che derivano dalle relazioni successive in termini di modelli e forme del suonare. I modelli comprendono l'imitazione o l'eco, l'estensione mediante la replica domanda-risposta, l'invenzione di opposti, l'invenzione di contrasti, ostinati e semplici assoli. Le forme comprendono il rondò (ABACADA), l'alternanza assolo-insieme, la forma tripartita (ABA) ed il recitativo.

Le fasi precedenti richiedono che il leader stimoli coordini il gruppo, mentre le fasi di “esplorazione” richiede che ciascun membro del gruppo decida come risponderà.

L'esplorazione prende in genere molto tempo per essere portata a termine. Infatti questa fase può occupare la maggior parte del tempo di una seduta a seconda della grandezza del gruppo e de tempo dato a ciascun membro per poter rispondere.

Lo scopo delle fasi di “esplorazione” è quello di dare a ciascun membro del gruppo l'opportunità di rispondere in maniera creativa all'idea germinale. In genere ciascun membro ha l'opportunità di rispondere come solista e di prendere parte ad una risposta di gruppo. La fase di “esplorazione” coinvolge il gruppo nella produzione spontanea. Ciascun membro del gruppo viene incoraggiato a rispondere in quel momento senza pensarci, programmare o

parlarne prima, ma a rispondere in maniera creativa all'idea germinale o alla struttura presentata.

Durante il processo di esplorazione e di elaborazione dell'idea germinale, ciascun individuo corre un rischio quando offre un contributo al gruppo. Tale contributo o sottrarre qualcosa alla produzione del gruppo e, pertanto, essere dal gruppo accettato o rifiutato. Inoltre, a prescindere dalle implicazioni sociali, una persona può essere soddisfatta o meno del proprio contributo per diversi motivi personali. Il terapista deve assicurarsi che tutti i contributo vengano apprezzati, in quanto, in questo contesto, l'accoglienza significa il riconoscimento e l'apprezzamento di come gli individui del gruppo siano simili e diversi anche se le risposte sono indicative.

Forse le altre risposte che vengono meno apprezzate sono quelle che disgregano e distruggono gli sforzi del gruppo. I terapisti Orff hanno sviluppato diversi approcci volti a favorire l'accoglienza e affrontare le risposte idiosincratiche e poco appropriate.

Gertrude Orff evita le correzioni verbali a meno che non siano assolutamente necessarie e gestisce la situazione di esecuzione sonora o di gioco in modo tale che la risposta indesiderata venga modificata e controllata all'interno della situazione stessa.

Ella, inoltre, integra le risposte negative o inappropriate nella musica o nel gioco e le rende valide come esempi di contrasto.

Secondo Gertrude Orff il lavoro del terapista durante la seduta comporta la conduzione delle attività e la guida della seduta stessa in modo che abbia un

flusso dinamico. Le situazioni diventano dinamiche quando ci sono opportunità per costruire e rilasciare tensioni. Esse possono essere determinate creando contrasti tra gli elementi disorganizzati, spontanei ed imprevedibili del suonare e quelli organizzati, pianificati e prevedibili.

L'energia, mediante tali situazioni dinamiche, viene rilasciata e controllata e i sentimenti di sicurezza vengono sia sfidati che soddisfatti.

I momenti di ripetizione (ostinati) apportano prevedibilità ad alcune situazioni insieme a sentimenti di sicurezza e di liberazione. In altre situazione essi apportano anticipazione, e pertanto, accumulano e raccolgono tensione. I momenti di contrasto sono originati dalla situazione o dalla attività e ci si aspettano deviazioni o variazioni nei loro elementi. Essi aiutano l'introduzione di nuove prospettive e la costruzione di una flessibilità creativa. I momenti di sorpresa sono anch'essi originati dalla situazione o dalla attività, ma sono inaspettati. Essi vengono usati per distogliere l'attenzione del gruppo “da alcune attività diversioni e ritornare all'accanimento terapeutico”.

Formalizzare

Dopo che l'idea germinale è stata esplorata e sviluppata in modo sufficiente, il gruppo formalizza ciò che ha scoperto e raggiunto. Nella prima fase il leader ha presentato una situazione stimolante da esplorare, nella seconda il gruppo ha esplorato varie opzioni nella situazione data, in questa fase il gruppo decide quali sono le opzioni che preferisce. Questa è, pertanto, la fase della scelta e della realizzazione. Tra tutte le possibilità prodotte, quali sono le

risposte preferite e quali sono quelle meglio attuate?

L'improvvisazione o l'attività del suonare possono essere formalizzate in vari modi.

Il gruppo può discutere su ciò che vuole fare come versione finale oppure può semplicemente ripetere l'intera produzione.

Chiusura

La fase di “formalizzazione” viene usata per raggiungere la conclusione di ciascuna attività di improvvisazione della seduta. Lo scopo di questa fase finale è di chiudere la seduta stessa. Bitcon crede che l'attività di chiusura dovrebbe completare esteticamente la seduta ed essere al finale aperto dal punto di vista intellettuale. Idealmente la fine di una seduta porta una sensazione di soddisfazione, ma sfida l'individuo a continuare nel processo **della soluzione creativa dei problemi.**

- Capitolo V -

Dinamiche e Processo

Ohne musik wäre das leben ein irrtum [...];
Friedrich Nietzsche, *Il crepuscolo degli idoli*, 1888

Dal momento che l'approccio Orff è un approccio sostanzialmente di gruppo, le dinamiche tra paziente e terapista comprendono le interazioni che il terapista ha sia con il gruppo che con i singoli membri. Pertanto il paziente ed il gruppo sono intercambiabili dal punto di vista dinamico in determinate circostanze. Il terapista Orff lavora attivamente per inglobare le idee di ciascun membro nell'attività di gruppo e per modificare il piano della seduta in modo da andare incontro ai bisogni “terapeutico-situazionali” del gruppo stesso.

Come conseguenza della interazione reciproca il comportamento di ciascun membro del gruppo viene sperimentato nell'immediato sia come rinforzo positivo che negativo. Ciò significa che le attività Orff posseggono un sistema interno di *feedback* che informa immediatamente l'individuo dell'utilità del proprio contributo. Il rinforzo positivo può consistere in attenzione, lode, approvazione o sostegno da parte del terapista o del gruppo oppure nel successo della stessa attività. Esso viene utilizzato per motivare, accrescere o migliorare un comportamento auspicabile.

Il rinforzo negativo è la negazione o la rimozione di quello positivo e viene

utilizzato per diminuire o indebolire un comportamento indesiderato.

Si utilizzano soltanto forme moderate di rinforzo negativo come dover riprovare, saltare un turno, o essere “sospeso” dalla attenzione del terapista o del gruppo.

Il rinforzo negativo non comporta una punizione che non viene mai utilizzata nella terapia Orff. Nelle sedute Orff il rinforzo non consiste nel dire ai membri del gruppo se le loro risposte improvvise erano “giuste” o “sbagliate” o se il risultato era “buono” o “cattivo”.

Il rinforzo non consiste in una risposta verbale del terapista al paziente, bensì è una condizione non verbale del processo creativo di gruppo. Il rinforzo può arrivare dal leader, dal gruppo o dalla stessa attività mediante mezzi evidenti o meno. Ogni qualvolta un individuo risponde e offre un contributo, la risposta diventa parte integrante dell’improvvisazione del gruppo e, in quel momento, il *feedback* è automatico, immediato ed inevitabile.

La risposta individuale, nel contesto dell’improvvisazione, può essere rilevante o irrilevante, appropriata o inappropriata. La risposta può affrettare, ritardare o interrompere il flusso dell’improvvisazione; può facilitare o complicare il processo dell’improvvisazione; può aiutare o danneggiare il partecipante successivo; può conservare o cambiare l’idea germinale; può mantenere o modificare la struttura sottostante.

Gli aspetti del rinforzo della risposta devono essere sperimentati in maniera pre-intellettuale o intuitiva affinché l’improvvisazione possa continuare. L’approssimazione successiva, anche definita come “modellare il

comportamento” comporta un processo graduale nel quale i comportamenti che somigliano o fanno parte del comportamento desiderato, vengono progressivamente rinforzati e differenziati fino a quando non si giunga alla formazione del comportamento desiderato. In altri termini, il terapista premia i membri del gruppo per tutti quegli aspetti del comportamento “bersaglio” che esse riescono ad effettuare finché l’obiettivo comportamentale non venga pienamente raggiunto.

5.0 Parametri relazionali

Gertrude Orff descrive la relazione paziente-terapista nel proprio libro sottolineandone gli aspetti salienti quali rispetto, accettazione, comunicazione non verbale, stimolo e controllo, ruoli opposti, condivisioni della leadership, compagni di attività, responsabilità, godimento personale.

Tali aspetti saranno qui di seguito discussi:

- Rispetto: il terapista rispetta lo spazio interpersonale del paziente e aspetta che questi accetti la sua presenza, infatti il terapista può anche aspettare che il paziente stabilisca un contatto visivo. È sua la responsabilità di instaurare una atmosfera di confidenza e di guadagnarsi la fiducia del paziente prima di procedere all’intervento terapeutico.
- Accettazione: il terapista accetta e dà valore al paziente; il terapista non condanna i contributi negativi, ma piuttosto li valorizza come esempio di contrasto. Egli trasmette il senso di accoglienza inglobando nella

situazione in corso l'unicità, le differenze, gli handicaps e le resistenza del paziente.

- Comunicazione non verbale: il terapista comunica con il paziente prevalentemente mezzi non verbali (ad es: l'azione, l'espressione del corpo, la musica, i giochi, etc.). Gli eventi, le attività ed i risultati della seduta sono considerati autoesplicativi e viene evitata l'elaborazione verbale del loro significato. Le parole sono usate raramente quando si cerca di indirizzare o riindirizzare l'attività.
- Stimolo/controllo: durante la seduta il terapista svolge due ruoli principali: stimolo e controllo. Egli stimola il paziente dopo aver attentamente osservato le sue relazioni sensoriali e sociali con il mondo. Lo stimolo può consistere in situazioni di gioco, attività, musica o situazioni interpersonali, tutte presentate per poter raggiungere gli scopi della terapia. Il terapista fornisce controllo e struttura guidando la direzione o il flusso della produzione del paziente. Il controllo è preferibilmente fornito in maniera non verbale ed indiretta mediante regole o strutture che emergono naturalmente dalla situazione. Si ha la cura di evitare di interrompere la naturale direzione o flusso dell'attività.
- Ruoli opposti: la terapia ha luogo quando il terapista ed il paziente si trovano in ruoli opposti quali bambino-adulto, colui che ha bisogno – colui che aiuta, colui che dà – colui che riceve, etc. Man mano che la terapia progredisce questi contrasti nei ruoli vengono capovolti,

cambiati o integrati. Il terapista ed il paziente passano dall'essere agli estremi opposti, all'essere vicini l'uno all'altro, ed infine, ad essere l'uno con l'altro.

- Condivisione della leadership: in una situazione di gruppo il terapista occupa inizialmente una posizione di leader che lascia successivamente per permettere a ciascun membro del gruppo di essere al centro dell'attenzione. La flessibilità di questa posizione centrale o di leadership è fondamentale per il successo della terapia di gruppo.
- Compagni di attività: il terapista “suona o gioca” con i pazienti ed è attivamente coinvolto nel corso del gioco o della improvvisazione. Per tanto, terapista e paziente, si relazionano come compagni sottoposti alle stesse regole ed alle stesse richieste da parte della realtà.
- Responsabilità: nonostante la portata e la flessibilità del ruolo del terapista, questi si assume la responsabilità della mancanza di motivazione o di risposta da parte del paziente in quanto spetta a lui trovare la giusta lunghezza d'onda o conquistarsi l'accesso al bambino.
- Godimento personale: il terapista dovrebbe ricevere benefici personali dal proprio lavoro. La terapia è più efficace per il paziente quando apporta godimento e arricchimento personale al terapista.

5.1 Dinamiche paziente – musica

Nella terapia Orff alcuni aspetti della musica quali la situazione di performance creativa, gli strumenti musicali, l'attività musicale e le forme musicali agiscono sul paziente come forme dinamiche.

Secondo Gertrude Orff suonare creativamente implica le tre condizioni dell'esistenza del passato, dell'essere nel presente e del divenire nel futuro. Colui che partecipa, integrando queste condizioni temporali nella spontaneità del momento, affronta i temi della riflessione, dell'essere previdente e dell'azione. Gli strumenti musicali svolgono diverse ed importanti funzioni dinamiche in quanto possono creare sia distanza che avvicinamento tra paziente e terapista, paziente e paziente o paziente e materiali⁶. Essi possono, inoltre, fornire un mezzo per la comunicazione e l'interazione non verbale. Gli strumenti, se usati simbolicamente, trasmettono significati ed associazioni che ampliano l'esperienza sensoriale e la fantasia della persona che li utilizza. Essi possono descrivere oggetti, animali, persone, eventi, sentimenti o situazioni e, pertanto, prestarsi al mondo del gioco. Gli strumenti, in una situazione di gruppo, danno una idea sonora alla persona e servono come segnali o indizi per l'azione individuale o di gruppo. Essi possono, inoltre, essere il collante del gruppo con una comune identità sonora, simbolo o significato.

Dal momento che la musica stimola i sensi, essa può attrarre il paziente e pro-

⁶In psicologia dello sviluppo la relazione oggettuale del bambino varia in base ai livelli di maturazione, difatti se prima privilegia la relazione con l'adulto, successivamente (dopo i 4 anni), predilige il rapporto con i pari (bambino-bambino), dopo i 6 anni dimostra una predilezione nei confronti degli oggetti, del loro uso nel gioco (M.Calandra).

vocarne le risposte.

Inoltre, quando i pazienti sono coinvolti nella produzione musicale, essi impegnano attivamente i propri sensi e sono meno inclini alla distrazione ed al sogno ad occhi aperti. La produzione musicale incoraggia l'azione concreta e con un fine, piuttosto che il pensiero astratto e simbolico e, pertanto, riduce l'intellettualizzazione.

5.2 *Forme musicali*

Tre modelli di forme musicali sono alla base della terapia Orff. Le risposte ripetitive o imitative (a-a), le risposte di completamento o di contrasto (a-b oppure a-x) e la forma rondò (a-b-a-c-a-d-a). ciascuna di queste forme ha la propria implicazione terapeutiche.

1) Imitazione: nelle forme imitative, la persona che funge da modello per gli altri ha l'opportunità di essere al centro dell'attenzione e di esercitare le abilità di leadership. Essere un leader richiede la produzione di modelli che diano chiari segnali e presentino stimoli che possono essere compresi, ricordati e prodotti dagli altri. Colui che li presenta riceve un *feedback* in quanto il proprio comportamento è stato rispecchiato da altri, nonché l'apprezzamento fondamentale che deriva dall'emulazione di aspetti del suo carattere o di azioni che vengono inconsciamente assorbiti dalla personalità degli altri. Colui che imita, di contro, pratica le varie abilità interpersonali in quanto deve prestare attenzione a ciò che il leader fa, ed imparare ad osservare, ascoltare ed

identificarsi con gli altri. Egli, inoltre deve percepire e ricordare ciò che il leader fa per poterlo riprodurre e deve esercitarsi per avere la necessaria abilità per realizzare quanto esemplificato. Infine, quando colui che imita riproduce il modello, egli si sottopone all'altro e, pertanto, riconosce la relazione personale esistente tra loro.

2) Completamento/Contrasto: le risposte di completamento o di contrasto richiedono abilità ed esperienze simili sia per colui che propone il modello sia per colui che risponde. Il primo deve avere un concetto chiaro dello stimolo per poter provocare una risposta che completi o contrasti quanto da lui prodotto. Una domanda musicale deve poter avere una risposta; un'affermazione musicale deve poter essere capace di contrasto. Dal punto di vista interpersonale, tali risposte rendono colui che propone dipendente da colui che risponde in quanto senza una risposta lo stimolo non ha senso, è incompleto. Completare o contrastare l'affermazione di un'altra persona, comporta la comprensione delle sue intenzioni e ciò richiede non soltanto l'identificazione con l'altro, ma anche accettare ciò che viene offerto. La differenza rispetto alle risposte imitative è che le risposte di completamento o di contrasto danno alla persona l'opportunità di essere diverso dall'altro e di portare l'affermazione fatta dall'altro in un'altra direzione. Una persona è collegata all'altra ma libera di procedere nella propria direzione, per lo meno all'interno dei limiti precedentemente stabiliti.

3) Rondò: le forme rondò implicano tutte le dinamiche delle risposte imitative e di complemento/contrasto. Inoltre, poiché il rondò prevede una risposta comune tra i vari contributi individuali, essa lega il gruppo e favorisce l'integrazione dei partecipanti. Le persone devono adattarsi al gruppo e, al contempo, esprime la propria identità nel proprio contributo individuale. Il gruppo, per converso, deve accettare i contributi individuali e trovare un modo per incorporarli negli obiettivi del gruppo. L'individuo si adegua al gruppo ed il gruppo si adegua all'individuo. La forma rondò fornisce l'opportunità di apprendere delle abilità e di uniformarsi mediante la ripetizione e di auto affermarsi mediante la diversificazione, il tutto all'interno di una struttura equilibrata.

5.3 Processo

Nel corso della terapia Orff i pazienti sviluppano sia il campo musicale che quello interpersonale relazionale. Nel campo musicale essi aumentano la propria creatività ed espressività mediante l'uso dei vari mezzi (ad esempio: quello vocali, strumentali e del corpo), gli elementi musicali (ad esempio: ritmo, melodia ed armonia) e le forme musicali (imitazione, rondò, libere).

Nel campo interpersonale i pazienti sviluppano il senso dell'identità, il riconoscimento degli altri e varie abilità interpersonali e di gruppo.

Questi due campi sono strettamente collegati sebbene essi verranno trattati separatamente. Molte abilità musicali dipendono dalle abilità personali e

molte di queste sono sviluppate tramite la musica.

Inoltre, molte attività musicali implicano relazione interpersonali e molte di queste, a loro volta, implicano determinate forme musicali. L'approccio Orff prevede, generalmente, sequenze ordinate che il terapista in ambedue i campi. Tali sequenze spesso richiedono diverse sedute per essere completate e si protraggono per un certo lasso di tempo. Le sequenze che saranno qui di seguito descritte sono state sintetizzate da K. Bruscia sulla base degli scritti di Carl Orff, Hall, Landis e Carder, Gertrude Orff, Bitcon e Lehrer-Carle. Una particolare importanza rivestono le idee di Carl Orff sulla evoluzione della musica nella specie umana e le sequenze corrispondenti nello sviluppo musicale nel bambino. Le sequenze dovrebbero essere ripetute come linee guida generali che possono essere adattate ai bisogni specifici dei pazienti e le richieste della situazione. Dal momento che i terapisti Orff spesso impiegano sequenze proprie dei mezzi, delle attività o degli stessi materiali, risulta difficile determinare se i cambiamenti mostrati da un paziente riflettano le sequenze procedurali del terapista o stadi reali dello sviluppo o della crescita del paziente. Le sequenze qui riportate sono basate sul modo in cui i terapisti collegano le esperienze musicali interpersonali piuttosto che sull'osservazione del modo in cui i pazienti effettivamente cambiano nel corso della terapia Orff.

5.4 Sequenze musicali

Gertrude Orff inizia con mezzi strumentali quando lavora ad una improvvisazione programmatica (cioè basata su di una storia). In primo luogo il paziente esplora gli aspetti sensoriali degli strumenti spesso mediante l'uso dell'immaginario, delle associazioni o dei simboli. Successivamente, gli strumenti vengono usati simbolicamente durante l'improvvisazione, sia come segnali per l'azione che come rappresentazione di avvenimenti o personaggi.

Man mano che la storia o la drammatizzazione si ampliano, è possibile aggiungere mezzi vocali e corporei. Tra gli elementi musicali bisogna evidenziare che il ritmo precede in genere la melodia. L'andamento melodico delle parole, dal punto di vista tonale, precede generalmente lo sviluppo della precisione degli intervalli e della tonalità, per lo meno nei mezzi vocali.

Le scale pentatoniche precedono quelle modali (cioè maggiori e minori) particolarmente nei mezzi strumentali. Nei mezzi vocali gli intervalli che si ritrovano in canti universali o scale esotiche di canzoni nazionalistiche possono precedere o coincidere con l'uso della scala pentatonica. L'armonia tradizionale precede i sistemi aleatori ed a-tonali. Gli accordi sostenuti, i bordoni e le progressioni ripetute di accordi, recedono l'accompagnamento armonico libero.

Forme ad eco o ripetitive precedono paradigmi come completi come richiamo-risposta, domanda-risposta, e l'invenzione di contrasti o opposti. Le risposte ad eco o di completamento precedono, in genere, l'uso dei rondò.

5.5 Conclusione

In conclusione i pazienti evolvono e cambiano sia nelle sequenze musicali che in quelle interpersonali. Nel lavoro ritmico la sequenza procede dal ritmo parlato ai ritmi parlati-corporei, alle combinazioni ritmiche strumentali. Nel lavoro melodico la sequenza va dai ritmi parlati, al parlato corale ed alla cantilena e, successivamente, alle melodie strumentali o vocali.

In generale il ritmo precede la melodia ed la monofonia precede l'omofonia e la polifonia. Il timbro e la dinamica vengono spesso avvicinati mediante l'esplorazione degli strumenti e l'immaginario. Le forme ripetitive precedono le risposte di completamento ed i rondò. Dal punto di vista interpersonale, il gruppo progredisce dalle interazioni paziente-terapista alle interazioni a coppie all'interno del gruppo per poi passare alla formazione di sottogruppi ed al funzionamento del gruppo come un tutto. Il gruppo diventa capace di prendere decisioni ed operare in modo collettivo.

BIBLIOGRAFIA

Apel, W., - Daniel, R.T., "The Harvard Brief Dictionary of Music", New York, Washington Square Press, 1969.

BALL, T. S., & BITCON, C. H., *Generalized imitation and Orff-Schulwerk*,

"Mental Retardation", 12, 3, 1974, pp. 36-38.

BAXTER, C. M., *Orff with the Retarded*, in CARLEY, I. M., (Ed.), *Orff Reechoes*,

American Orff-Schulwerk Association, 1973, pp. 154-158.

BEVANS, J., *The exceptional child and Orff*, "Education of the Visually Handicapped", 1, 1969, pp. 116-120.

BINSWANGER, L., *Being-in-the world; Selected Papers of Ludwig Binswanger*

New York, Basic Books, 1963.

BIRKENSHAW, L., *Teaching music to deaf children; An application of Carl Orff's Music for Children*, "The Volta Review", 67, 1965, pp. 352-358.

BITCON, C. H., "Alike and Difference: The clinical and educational use of Orff Schulwerk", Santa Ana, CA: Rosha Press, 1976.

DERVAN, N., *Building Orff ensemble skills with mentally handicapped adolescents*, “Music Educators journal”, 68, 8, 1982, pp. 35-36/60-61.

F.Dogana, “*Suono e senso*”, **Angeli**, Milano, 1983

FERGUSON, N., *Orff with the perceptually handicapped child*, “The Orff Echo”, 2, 3, 1970, pp. 1 + ,

Franco Fornari, “*Psicoanalisi della musica*”, op. cit. p.17

GASTON, E. T., *Music in Therapy*, New York, MacMillan, 1968.

HALL, D., *Teacher's Manual*, in ORFF, C., & KEETMAN, G., *Music for Children*, New York, Schott Music Corp., 1960.

Hannet Frances, “*The haunting lyrics*” (the personal and social significance of American popular song), U.S.A., *the psychoanalytic quarterly*, vol. XXXIII, 1964.

HARRIS, M. A., *Auditory Training of Learning Disabled Using Orff Music*, “Dissertation Abstracts” 37, 1977, 5036A.

HOLLANDER, F. M., & Juhrs, P. D., *Orff-Schulwerk, an effective treatment tool with autistic children*, Journal of Music Therapy», 11, 1, 1974, pp. 1-12.

KENNEY, M., *Thoughts on Improvisation*, in CARLEY, E. M. (Ed.), *Orff Reechoes*, American Orff-Schulwerk Association, 1977, pp. 114-115.

Kenneth E. Bruscia, “*Modelli di improvvisazione in musicoterapia*”, Gli archetti ISMEZ Editore Roma 2001.

Kenneth E. Bruscia, “*Definire la musicoterapia - Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione*”, Gli archetti, ISMEZ, Roma, 1993.

LANDIS, B., & CARDER, P., *The Eclectic Curriculum in American Music*

Education; Contributions of Dalcroze, Kodaly, and Orff, Reston, VA; Music Educators National Conference, 1972.

LEHRER-CARLE, I., *Group dynamics as applied to the use of music with schi-zophrenic adolescents*, “Journal of Contemporary Psychotherapy” 3, 2, 1971, pp. 111-116.

LEHRER-CARLE, I., *Orff-Schulwerk a vitalizing tool in music therapy pro-grams*, “Musart”, january 1971, pp. 10-11 + .

LEHRER-CARLE, I., *Two Orff therapy sessions with an unusual patient*, “The Orff Echo”, 5, 3, 1973.

LEHRER-CARLE, I., *Music therapy in a different key*, “Music Therapy journal of the American Association for Music Therapy», 2,1982, pp. 63-71.

Loredano Matteo Lorenzetti, “*Dalla educazione musicale alla Musicoterapia*”, G. Zanibon, 1989.

McRAE, S. W., *The Orff connection...reaching the special child*, “Music Educators Journal”, 68, 8, 1982, pp. 32-34.

MITTELMAN, L. R., *Orff and the urban child*, “Music Educators journal”, March 1969, pp. 41-43.

MOUSTAKAS, C. E., *Psychotherapy with Children*, New York, Harper & Row, 1959.

NICHOLS, E., *Improvisation: Key to Orff-Schulwerk*, in CARLEY, E. M. (Eds.), *Orff Re-echoes*, American Orff-Schulwerk Association, 1977, pp. 116-117.

ORFF, G. & KEETMAN, G., *Music for Children*, American Edition, Vol. I, New York, Schott Music Corporation, 1982.

ORFF, G.D., *The Orff Music Therapy*, M. Murray, Trans., New York, Schott Music Corporation, 1982. (Original work published 1974).

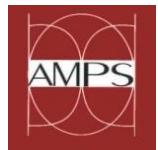
ORFF, G.D., *Multisensorischer Einsatz der Musik in der Therapie mit entwicklungsgestörten Kindern / Multisensory utilization of music in the therapy of children with developmental disorders*, “Praktische Psychiatrie” 55, 2, 1976, pp. 42-47.

PONATH, L. H., & BITCON, C. H., *A behavioral analysis of Orff-Schulwerk*, “Journal of Music Therapy” 9, 2, 1972, pp. 56-63.

SCHULBERG, C., *The Music Therapy Sourcebook*, New York, Human Sciences Press, 1981.

SITOGRAFIA

<http://www.wikipedia.it>,
<http://www.psycologicamente.com>,
<http://www.wlmht.nhs.uk>,
<http://www.musicoterapiarelazionale.it>



O.D.A. e AMPS
CORSO TRIENNALE DI MUSICOTERAPIA
CATANIA

RELAZIONE SUL II TIROCINIO
(240 ORE)
SVOLTO PRESSO:

SOC. COOPERATIVA SOCIALE a.r.l
ONLUS "PROSPETTIVA"

TUTOR: Dott.ssa Carmela Lo Re
TIROCINANTE: Calandra Alfio Alfredo

ANNO ACCADEMICO 2009/2010

ATTIVITÀ DI TIROCINIO

Ho svolto i sei mesi di tirocinio previsti dal mio corso di Musicoterapia, nel periodo compreso tra il 21 giugno 2010 ed il 21 dicembre 2010, per un totale di 240 ore alla soc. cooperativa sociale a.r.l. onlus “prospettiva), comunità



aperta sita nel quartiere di San Giovanni Galermo a Catania. Diverse sono le figure che esercitano all'interno di tale comunità e distinte sono le loro mansioni. Tali configurazioni mantengono rapporti anche

al di fuori della stessa comunità creando continuità e relazioni d'aiuto con l'utenza che, per una serie di motivi (nonché di età), non rientra nei parametri che il centro propone. Queste relazioni “esterne” vengono poste in essere attraverso l'EDT (educativa territoriale) che sia questa civile o penale.

Oltre alla mia tutor, psicologa Carmela Lo Re, educatori, personale dell'amministrazione, la comunità è spesso frutta da volontari, operatori del servizio civile, nonché da colleghi tirocinanti ai quali viene affidato loro un incarico all'interno dei centri di aggregazione e, dunque, dei laboratori, in base alle loro capacità o inclinazioni.

Come ho già dichiarato nella relazione della prima parte del tirocinio, *l'incarico che mi è stato consegnato, dietro consiglio della mia tutor, fu quello di seguire un laboratorio di produzione musicale (di gruppo) posto*

all'interno di un progetto (zero in condotta), svolto durante i centri di aggregazione e rivolto agli stessi utenti della comunità, ma anche ad eventuali nuove entrate (trattandosi di una comunità aperta). Ma a differenza del primo trimestre, questa seconda parte è stata caratterizzata da una nuova attività, quella degli accompagnamenti ed altresì da un aumento delle frequenze delle riunioni d'equipe interna (Queste riunioni sono il momento di incontro del gruppo educatori, tirocinanti, operatori e dei consulenti dove vengono valutati i percorsi dei singoli ragazzi, e del gruppo, rispetto agli obiettivi posti; dove vengono decisi gli interventi sulla base del Progetto educativo della Comunità; dove vengono organizzati i tempi e i modi degli interventi stessi sui singoli e il gruppo e verificati gli andamenti). Gli accompagnamenti consistono nel prelevare l'utenza dalle proprie abitazioni, portarle in comunità per lo svolgimento dei vari laboratori o attività sportive, e riaccompagnamento della stessa al termine delle loro funzioni. C'è da dire che per rientrare nell'arco dei sei mesi indicati dal progetto formativo, ho personalmente chiesto alla mia tutor di aumentare il monte di ore di tirocinio (da 5 a 7) attraverso, come detto sopra) un aumento della frequenza degli incontri d'equipe e con l'aggiunta dell'attività di accompagnamento. Nei giorni in cui l'incontro d'equipe coincideva con il ri-accompagnamento, quest'ultimo veniva effettuato da altri operatori del centro che offrivano la loro disponibilità. Come già ricordato nella mia prima relazione, poter utilizzare le mie pregresse conoscenze in campo musicale e musicoterapico all'interno di tale laboratorio è stato per me motivo di grande gratificazione

anche a livello di esperienza maturata in tale contesto:

[...] questo laboratorio mi ha permesso di entrare in stretta relazione con i ragazzi e tentando dapprima un approccio di tipo tecnico-musicale, all'interno del quale la mia intenzione è quella di creare ad hoc un giro armonico inventato attraverso tentativi ed errori degli stessi utenti. Più nello specifico, chiedo ai ragazzi di suonare, ognuno con il suo strumento (chitarra, basso, tastiera o batteria) una melodia o una ritmica inventata sul momento. Mettere cioè insieme una sequenza di note che, a loro avviso, stanno "bene insieme". Da qui sviluppiamo un'idea musicale, una frase che possa essere suonata e approfondita successivamente con l'associazione di tutti gli altri strumenti. Il prodotto finale, anche se in alcuni casi discutibile a livello di esecuzione (trattandosi ovviamente di ragazzi che prima d'allora non avevo mai impugnato uno strumento), genera in loro, una coesione, un aumento della comunicazione verbale (e non), nonché anche un aumento della loro autostima e, più in generale, una evidente crescita relazionale che consente di "progettare il futuro". Credo sia questo il vero e più importante fine di questi laboratori. I ragazzi entrano in uno spazio (che forse Winnicott definirebbe "transizionale") all'interno del quale il singolo individuo pondera le proprie capacità nonché la disponibilità dell'altro a cooperare. Laddove questo accada, il desiderio dell'utente è proiettato nel futuro: il prossimo incontro, il prossimo brano, le migliorie tecniche e musicali, le attese del gruppo che sia differenziato nei ruoli, ma unito nelle esecuzioni [...]. Ma se questo è vero per il primo trimestre, lo stesso può dirsi per il

secondo. Il prolungamento del periodo di tirocinio mi ha infatti permesso di effettuare una sorta di follow-up sui comportamenti degli utenti relativi ad una azione più a “lungo termine” in contrapposizione al “breve termine” che caratterizzava il tirocinio trimestrale della triennale. Ciò trova conferma nel cambiamento di atteggiamenti di alcuni utenti che, se dapprima vedevano il laboratorio come un mero spazio ricreativo, successivamente (nella seconda parte) lo vedevano più come uno spazio quasi “officinale” a livello relazionale tramite il mediatore musicale.

Detto ciò, bisogna dire che si sono venute a creare due tipologie di approccio al laboratorio.

La prima caratterizzata dalla frequenza di una utenza più matura a livello emotivo-cognitivo, ma anche cronologico, incline alle relazioni sociali, alla progettazione ed, in alcuni casi, più capaci di padroneggiare tecnicamente uno strumento grazie anche alle loro abilità di apprendimento piuttosto rapido.

Questa è la stessa utenza che, contro ogni aspettativa, si è esibita a fine anno allo spettacolo organizzato di consuetudine dai direttivi della comunità, superando ogni inibizione e sperimentando per la prima volta l'impatto con il pubblico, aspetto quest'ultimo da non sottovalutare per il fatto che oltre ad essere stata per loro la prima esperienza di esposizione collettiva, il materiale (sonoro) da loro proposto poteva non essere apprezzato da tutti, trattandosi di brani inediti che gli stessi utenti avevano creato *ad hoc* per l'occasione.

L'apprezzamento del pubblico fu motivo di grande soddisfazione e appagamento per il lavoro svolto da parte di tutti.

La seconda tipologia di approccio al laboratorio era invece caratterizzata dalla presenza di ragazzi più piccoli d'età che mostravano inizialmente un atteggiamento non proprio propositivo nei confronti del laboratorio e dell'attività ivi svolta, ma che successivamente ha subito una sorta di conversione costruttiva per una serie di motivi che possono essere elencati:

- *consapevolezza di un passaggio da una fase di disgregazione del gruppo ad una di coesione;*
- *consapevolezza che un cambiamento era possibile (soprattutto osservando quei ragazzi che suonavano bene insieme pur non avendo nessuna base musicale pregressa né tecnica, né teorica);*
- *consapevolezza delle proprie capacità (i livelli di autostima si ampliavano soprattutto quando i ragazzi, entrando per le prime volte nel gruppo, riuscivano a costruire qualcosa che appartenesse a loro stessi, suonando a tempo uno strumento, proponendo variazioni in alcuni spezzoni musicali, inserendo qualsiasi cosa ai fini musicali che partisse dalla loro creatività...lasciare una firma, un'impronta nella produzione e realizzazione del brano che avveniva in quel momento);*
- *consapevolezza che quello era un contesto propositivo capace di accogliere le idee e che lasciava spazio all'espressione emotiva di qualsiasi natura dell'utente;*
- *progettare il futuro.*

Questo è il caso di E.N, un ragazzino di 12 anni il cui atteggiamento nei

confronti dell'attività laboratoriale ha subito un mutamento radicale. Infatti i primi incontri erano caratterizzati da comportamenti poco adattivi e contro ogni regola relazionale del gruppo. Nella fattispecie, suonava ogni strumento aumentando i volumi ed andando volutamente contro tempo come per disturbare volontariamente l'esecuzione dei brani e per attirare verso di sé l'attenzione. I primi richiami furono improduttivi. Fu la nostra successiva presa di posizione, al limite con l'indifferenza, che fece scattare qualcosa nel ragazzino. Gradualmente lo inserimmo nel gruppo facendogli capire che avremmo avuto qualche riserva in caso di comportamenti non idonei e che il "ritorno all'indifferenza" poteva incombere su di lui. Quando E.N. si rese conto che la sua presenza poteva in qualche modo essere d'aiuto al gruppo e che i suoi interventi erano graditi dai presenti e costruttivi per la produzione musicale, iniziò per lui un periodo quasi di "dipendenza" dal gruppo. Divenne molto più recettivo al punto che iniziò a progettare per il futuro (riferito al futuro del laboratorio). Purtroppo il mio mandato non è durato abbastanza da poter osservare i cambiamenti successivi di E.

CONCLUSIONE

Si è soliti definire il tirocinio come "quell' attività che permette di porre in essere tutto ciò che fino ad ora è stato fatto a livello teorico". Da un punto di vista estremamente soggettivo, ho potuto constatare che tale convinzione è piuttosto riduttiva e modesta nel significato se non si tiene conto di

determinate variabili che solo la pratica può fornire, grazie al tirocinio e prescindendo dalla teoria acquisita fino a quel momento. Ciò, a mio avviso, è confermato dal fatto che nessun libro di testo è in grado di trasmettere quelle emozioni (non necessariamente positive) che, al contrario, si possono sperimentare quando, di fronte ad un persona che soffre, questa cerca, anche in un semplice tirocinante, una base sicura sulla quale appoggiarsi ed alla quale poter far conoscere il proprio “mal di vivere”, traendo conforto, seppur minimo, da tale sfogo. I libri non insegnano la sofferenza. Ecco che allora il tirocinio esterno diventa una vera esperienza formativa, una “conoscenza”, nel senso lato del termine, che ti permette di capire se quello che fai, lo fai per passione, per amore verso il prossimo o no. Grazie a tale breve esperienza, ma intensa e ricca di significati (e significanti), ho potuto constatare che “ciò che faccio, lo faccio per amore verso la professione, verso la Psicologia”. Tutto ciò è stato reso possibile anche grazie all’opera della mia tutor, dott.ssa Lo Re, permettendomi di vivere pienamente, professionalmente e senza alcuna riserva tale esperienza; un grazie anche agli educatori ed operatori della comunità con i quali ho profondamente condiviso questo periodo di formazione e che molto mi hanno aiutato soprattutto nell’affrontare la confusione che sussiste agli esordi di ogni nuova esperienza.