

Musicoterapia e Autismo

di Giulia Cremaschi Trovesi

Dalla rivista "Anthropos & Iatria" - anno 3 - n° 4 - 1999 - De Ferrari editore

Preludio

Quando frequentavo la classe terza, presso la scuola elementare delle Madri Canossiane della mia città venni chiamata in direzione. Era noto che la madre direttrice era severa, perfino cattiva, quando ricorreva alle punizioni corporali. L'essere chiamata in direzione era segnale di punizione certa. Una mattina ero andata a scuola orgogliosa di avere tra le mani la prima penna a sfera della mia vita. Avevo trafficato per capire come l'inchiostro della penna a sfera era diverso dall'inchiostro che tutte avevamo nel calamaio del banco. Alla fine, nello spezzare con i denti la cannuccia all'interno della penna, mi ero ritrovata in bocca l'inchiostro nero-petrolio, spesso ed appiccicoso.

Proprio in quel momento fui chiamata in direzione. Avevo in bocca l'inchiostro. Ero certa che se l'avessi ingoiato sarei morta avvelenata. Ero anche certa che se avessi aperto la bocca tutti avrebbero visto, al suo interno, la macchia nera dell'inchiostro. Entrai in direzione, scortata da un'altra suora, per essere sottoposta ad un interrogatorio al quale non avrei potuto rispondere perché non potevo aprire la bocca. Più venivo sollecitata a parlare più la mia bocca si serrava. Con i denti mordevo l'interno delle guance. Sentivo la saliva aumentare in bocca, mescolata all'inchiostro a mi imponevo di resistere a non inghiottire, per non morire avvelenata.

Tutte le mie energie erano concentrate nel pensiero di salvarmi dalla morte per inchiostro. Temevo di ricevere uno schiaffo sulla guancia perché a quel punto non avrei saputo resistere a tenere la bocca chiusa. La direttrice pronunciava un fiume di parole stridenti ergendosi in tutta la sua statura, agitando le braccia in modo minaccioso. La tenevo d'occhio guardando altrove. Per certi aspetti era persino divertente. Con quel suo agitarsi creava un gioco di contrasto fra il nero del vestito ed il bianco delle braccia che si scoprivano ogni volta che sollevava. Gli occhi erano ingranditi dalle lenti degli occhiali, le guance si facevano rubiconde per l'eccitazione, le labbra erano tese nello sforzo delle parole strillate.

Per brevissimi tratti questo spettacolo mi faceva perfino dimenticare l'inchiostro che tenevo serrato nella bocca. Non davo nessun peso alle parole strillate. Ero così presa dalla paura di morire avvelenata che avrei perfino potuto sembrare sorda. Infatti ricordo l'episodio ma non il perché che lo aveva provocato. Fui rimproverata, redarguita e minacciata. Il mio silenzio ebbe il sopravvento. Non appena uscì dalla direzione mi precipitai nel bagno più vicino per sputare il veleno che si era accumulato nella mia bocca. Nei bagni non c'erano gli specchi; riuscii a vedere l'interno della mia bocca nera, con un gioco di specchio realizzato con il vetro della finestra.

Ero consapevole che il veleno dell'inchiostro non era stato sputato del tutto. A pranzo mastica con forza ed a lungo nella speranza che la bocca, per l'orario del dentro a casa, potesse essersi ripulita. Trascorsi la giornata a contare le ore nell'attesa terrificante di avvertire i primi dolori di stomaco. Non parlai per il resto della giornata, né a scuola né a casa. Se proprio a casa ero costretta a parlare lo facevo con la testa a lo sguardo bassi, tenendo sotto controllo la

direzione dello sguardo dei miei genitori Nessuno doveva accorgersi di quello che avevo combinato. A distanza di anni riesco a scoprire perché ho ricordato questo episodio della mia infanzia. Esso ha segnato in me emozioni che, attraverso le esperienze professionali, sono fonte di apprendimenti. Essi consistono in:

- non fermarsi alle apparenze.
- non assumere atteggiamenti giudicanti, a maggior motivo se dedotti da ciò che appare all' esterno.
- non sottovalutare l'altro.
- non ricorrere alla forza per ottenere l'obbedienza da parte dell'altra persona. Si può ottenere il contrario.
- non pensare di essere ascoltati perché si grida.
- ogni comportamento visibile all'esterno trae la sua origine da motivazioni interiori.
- ogni comportamento nasce da esperienze precedenti e contiene una sua intenzionalità.
- ogni comportamento ha delle sue ragioni. Ogni persona vuole avere il rispetto delle sue ragioni.
- non pensare di ottenere la fiducia di una persona senza prima superare le prove di fiducia che essa richiede anche senza parlare.
- scoprire la forza che ciascuno può trovare quando è nella condizione del più debole (il valore della resistenza passiva).
- sforzarsi per essere coerente. (Ricordo ancora che mentre la direttrice strepitava io pensavo: "Ma come fa a credere di essere forte se viene a chiedere spiegazioni a me?").
- evitare che si instaurino giochi di forza, ostilità o altro.
- imparare ad osservare la corporeità.
- imparare a leggere nella tensione corporea dell'altro, come egli si sta impegnando per nascondere le sue emozioni.
- imparare ad accogliere e rispettare le emozioni dell'altro.
- non dare nulla per scontato.
- imparare a cogliere il gioco degli sguardi.
- imparare ad ascoltare.
- avere obiettivi chiari.
- valorizzare comportamenti negativi, almeno all'apparenza, per scoprirne le motivazioni e gli obiettivi.
- non fermarsi al sintomo ma cercare la persona.
- non cercare nella patologia giustificazioni all'insuccesso.

PRIMO TEMPO "ESPOSIZIONE"

1° Tema "Il Corpo Vibrante"

Le mie prime esperienze in musicoterapia con bambini-ragazzi psicotici e autistici risalgono a venticinque anni fa. L'essere stata accostata alla sordità infantile, in un momento successivo, mi ha permesso di capire il "perché" del desiderio per i suoni manifesta-to dai bambini-ragazzi autistici. L'accostamento sordità-autismo può stupire perché la sordità è solitamente classificata fra gli

han-dicap fisici a l'autismo fra quelli psichici. Nella tesi "Sordità e Autismo: Fenomenologia della Percezione Sonora" (1) vengono esposte le basi teoriche, scientifiche ed il metodo in musicoterapia in atto presso l'APMM (2).

La tesi conclude così: "... possiamo concludere che in realtà, sordità e autismo non sono altro che due aspetti di un unico problema poiché, mancando in entrambi i casi la tensione e la predisposizione del corpo che vibra all'ascolto, il sordo "si chiude alla vita" a l'autistico diviene sordo alla comunicazione".

I fondamenti fisico-percettivo-emozionali del suono sono i fondamenti della vita stessa. In ogni istante della nostra vita, a partire dall'attimo del concepimento, siamo immersi ed interessati dalla presenza delle onde sonore attraverso la RISONANZA. II percepire coincide con il risuonare.

Il corpo é ciò che sta TRA l'essere umano ed il mondo. L'essere corporeo convibra in modo percettivo-emotivo nel mondo. Gli studi pubblicati da Wigram e Dileo ("Music Vibration" Jeffrey editors 1997) riportano la conferma scientifica. La ricezione delle onde sonore riguarda il corpo, non soltanto le orecchie. Il suono, per sua natura, é RELAZIONE (3).

Il musicoterapeuta coglie nella persona (4) la tensione emotiva che permette o non permette al corpo di vibrare.

La lettura del non-verbale é la lettura della corporeità. In ogni istante il musicoterapeuta coglie nelle particolari posture, nelle tensioni muscolari che si vedono all'esterno, nel tipo di respirazione, nel modo di tenere le gambe, le braccia, le mani ecc l'intenzionalità dell'altro.

Il musicoterapeuta può parlare o non parlare. Ciò che conta é la musicalità della voce, al di là del senso delle parole. Anche in situazione di rifiuto egli coglie il valore comunicativo del rifiuto, dell'apparente indifferenza, del non fare nulla ecc ... Il rifiuto é un gesto comunicativo.

In ogni attimo un gesto, un respiro, uno sguardo sono l'interagire non verbale che il musicoterapeuta condivide mediante i giochi creativi musicali; essi comprendono anche il verbale. Le onde sonore sono la materia vibrante con la quale egli raggiunge la persona della quale si prende cura. Le onde sonore sono il tessuto del dialogo sonoro che si presenta in infiniti modi diversi.

Questa materia vibrante é la relazione che collega il paziente con il musicoterapeuta attraverso l'improvvisazione clinica al pia-noforte. E' compito del musicoterapeuta saper rinnovare, attimo dopo attimo, il dialogo attraverso i giochi improvvisativi. Provia-mo a pensare alle onde sonore in modo concreto.

Guardiamo il comportamento di un bambino (anche di un adulto) quando si avvicina alle onde del mare su una spiaggia. Il suo sguardo si perde nella vastità dell'acqua. L'onda si avvicina il bambino si allontana ...l'onda si allontana ... il bambino si avvicina. Il gioco procede con un ritmo che fluttua con il "va e vieni" delle onde. I piedini aspettano, si ritraggono, si fanno avanti, si fermano, riprendono, dialogando con le onde. Il bambino é seduto sulla linea dove le onde si adagiano sulla riva. Le sue gambe sono nell'acqua. Le sue mani giocano afferrando l'acqua, la sabbia, i sassolini, i vetriini colorati, le conchigliette. Il bambino assume una nuova decisione: entra decisamente nell'acqua a si abbandona ai giochi del galleggiamento o va sulla spiaggia iniziando il suo "va e vieni" per attingere acqua, mescolarla con la sabbia e costruire il suo castello.

Così accade nel gioco creativo musicale in musicoterapia. Il musicoterapeuta, istante dopo istante, si avvicina, si ferma, si allontana, prova, riprova, rispecchiando, assecondando, contra-stando, favorendo, suggerendo, facilitando, guidando, così come fanno gli spruzzi delle onde sulla spiaggia. Il gioco musicale creativo è ciò di cui è fatta la relazione intra ed inter-personale. Tutto sta già accadendo nell'estemporaneità del presente. Il presente va colto. Il presente è l'attimo in cui ciò che sta per accadere accade veramente. L'emozione del presente dà senso a ciò che è accaduto nel passato e proietta verso il futuro. Ciò che sta accadendo è già ciò che è accaduto; è l'esperienza che offre un terreno sul quale potersi muovere.

"PONTE MODULANTE"

"I modelli teorici di riferimento"

Nella mia esperienza di musicoterapeuta ho avuto occasione di apprezzare come la complessità caratterizzi l'essere umano. Propongo un esempio. Più e più volte ho potuto mostrare film documentanti percorsi in musicoterapia con bambini o ragazzi inviati da me con diagnosi particolari.

Sono solita documentare:

- il percorso
- i risultati

A che servirebbe un percorso senza il risultato?

I risultati sono l'aspetto che emerge con evidenza. Per comprendere i percorsi occorre tempo. Ci si documenta sulla teoria, sui contenuti, sul metodo. Ho sperimentato più e più volte che la musicoterapia viene vista con diffidenza perché la sintassi e la grammatica della musica sono sconosciute. Mancano i presupposti per comprendere ciò che accade. Si utilizzano strumenti di misura estranei alla musica per giudicare ciò che è accaduto mediante la musica. Allora la lettura dei percorsi in musicoterapia è già condizionata a priori. I risultati possono perfino apparire incomprensibili, dal carattere miracolistico. E. Mead nel suo libro "Sei approcci all'educazione del bambino - Modelli psicologici" (ed. Armando, Roma) individua i seguenti modelli teorici:

- psicanalitico
- evolutivo-maturazionale
- socio-teleologico
- cognitivo-evolutivo
- esistenziale-fenomenologico
- comportamentale

Noi ci permettiamo di aggiungere la PNL (Programmazione Neuro Linguistica). La documentazione di risultati e dei percorsi in musicoterapia (6), indipendentemente dalla patologia, può essere letta in modi non solo diversi ma perfino contrastanti. La stessa documentazione può essere valutata con attenzione o può essere derisa. Nel caso delle documentazioni sui bambini sordi (ipoacusia profonda bilaterale congenita), per citare un esempio, la derisione e l'appellarsi ad attività di tipo miracolistico è stato il giudizio più diffuso.

La scientificità accetta un solo parametro di riferimento ed in nessun modo si

possono apprezzare percorsi a risultati dovuti alla complessità, a maggior motivo alla creatività. Ciò che accade in musicoterapia è complesso perché il suono è un fenomeno complesso. Ciò che accade in musicoterapia è creativo perché la musica è un'arte.

Prima ancora di appoggiarsi ad uno dei modelli teorici di riferimento il giudizio è radicato nella visione del mondo che ciascuno di noi si è strutturato, a sua insaputa. Ogni volta che una documentazione va a toccarne le certezze soggettive sorgono i rifiuti, le perplessità, i giudizi negativi.

"2° TEMA"

La teoria

La teoria sulla quale si appoggia la musicoterapia presentata in queste pagine è congrua col pensiero fenomenologico-esistenziale. Il suono è inteso nella concretezza dell'esperienza sonora. E' vero ciò che io, soggetto percepente, percepisco. Ogni percezione è emozione. Ciò riporta alle esperienze e alle emozioni vissute all'interno del grembo materno. Esso è la "Prima Orchestra (7)" conosciuta dall'uomo. Il farsi del gioco musicale è fondato sull'epistemologia della musica. Questi aspetti fondamentali e fondanti permettono di comprendere che l'esperienza è radicata in quello che viene fatto, a maggior motivo che viene fatto insieme.

L'accettazione incondizionata del paziente implica l'accettazione del musicoterapeuta per se stesso. La musicoterapia si realizza nel dialogo. Non è dialogo qualora si pretenda di conoscere prima quello che verrà detto. Non è dialogo se il percorso è programmato. Non è dialogo se il comunicare non avviene nel rispetto della soggettività. In musicoterapia conta quello che viene fatto.

Il "Fare Musica" è l'abilità richiesta al musicoterapeuta. E' un "fare musica" nel dialogo dove la regola è la reciprocità a la condivisione dell'esperienza. Il "fare musica" è il terreno esperienziale che richiede al musicoterapeuta un rinnovarsi creativo, attimo dopo attimo. La soggettività del musicoterapeuta è in gioco con la soggettività del paziente.

Ciascuno è il soggetto che percepisce perché agisce; che agisce perché percepisce.

Qualora venissero proposte regole o schemi operativi saremmo al di fuori della fenomenologia.

Il musicoterapeuta opera con una persona, non certo con l'autismo. Il paziente è il "soggetto" della relazione interpersonale con il musicoterapeuta. I suoi atteggiamenti, comportamenti, modi di essere a di porsi sono congruenti con le sue esperienze e con i suoi vissuti. Le basi della musicoterapia sono l'epistemologia della musica, l'improvvisazione clinica al pianoforte e le infinite attività che da esse derivano.

"SVILUPPO"

Epistemologia della musica

Parto da un esempio concreto. La sensibilità, la curiosità e l'interesse per i suoni dimostrato dalle persone sorde hanno fatto sorgere in me domande su domande. Sto trovando le risposte, negli anni, accumulando esperienze su esperienze. Il "corpo vibrante" è il protagonista dell'essere nel mondo". Il mondo, qualsiasi mondo si possa ricercare sul pianeta Terra, manifesta la sua

pre-senza attraverso le onde sonore. Il silenzio, in senso assoluto, é la dimensione che non esiste sul pianeta Terra.

C'è la "Terra", ossia il pianeta, e la "terra," ossia *humus* (8), il terreno sul quale camminiamo.

Il silenzio assoluto non esiste in natura. Nel silenzio assoluto non c'è vita (9). La sensibilità al suono va ricercata nella corporeità, non soltanto nell'orecchio.

Il fenomeno acustico della Risonanza spiega la modalità meccanica della convibrazione, secondo le leggi che pongono nella giusta proporzione le frequenze con i volumi. Il corpo vibrante che riceve le onde sonore nella tridimensionalità (spazio) mentre il tempo passa é lo stesso corpo vibrante che produce le sue onde sonore (la voce). Se la Risonanza é un fatto meccanico di convibrazione, l'essere in un mondo vibrante e pulsante di onde sonore é fonte di emozioni. Il musicoterapeuta agisce all'interno di questi eventi naturali in modo creativo. La comunicazione interpersonale é un fenomeno che si rinnova attimo dopo attimo.

Un suono attira immediatamente per il suo TIMBRO. Esso comunica quale fonte ha prodotto quello specifico suono. Il timbro, nei giochi comunicativi del musicoterapeuta, occupa un posto dal grande fascino. Esso nasconde al suo interno la com-plexità del suono stesso poiché é formato dai suoni fondamentali e dagli armonici. Il Timbro é sempre unito all'Altezza, all'Intensità, alla Durata del suono. L'esperienza con i sordi profondi mi ha condotto ad apprezzare questi caleidoscopici aspetti del suono che legano indissolubilmente il mondo dei suoni agli strumenti musicali idiofoni, al farsi della voce e della parola.

Il farsi della parola comprende la denominazione dei numeri, a loro volta originati dall'ordine del movimento, dalla misura dello spazio mediante il movimento. Il timbro e la Risonanza sono la materia di cui é fatta l'interazione fra il musicoterapeuta ed il paziente. Sono momenti carichi di curiosità a stupore, fonte di emozioni di gioia.

Posso asserire che quando l'agire creativo è portatore di emozioni di gioia, genera vissuti che non hanno nulla a che fare con le caratteristiche dell'autismo.

Le onde sonore compenetrano ciò che incontrano. La teoria musicale non parla di frequenze bensì di altezza del suono. L' altezza del suono é la protagonista della melodia, del canto, del gioco degli inter-valli musicali. L'intensità va calibrata nei giochi accentuativi metrici o espressivi che ritroviamo nel canto e, per conseguenza, nella parola. Nella musica strumentale il gioco degli accenti crea i contrasti senza i quali non avverrebbe l'apprezzamento della musica. La durata del suono implica l'intensità, l'altezza, i timbri negli infiniti giochi del ritmo. Questi attributi del suono sono presenti nella metrica e nella melodia delle parole.

"RIPRESA"

L'Improvvisazione Musicale Clinica al Pianoforte

Suonare rientra fra le attività che una persona impara a fare. Non ci sono parole che possano insegnare a suonare. Ogni strumento musicale offre una gamma di possibilità. Possibilità nasce dal verbo POTERE. Ogni strumento musicale offre al musicoterapeuta un potere che può arricchire o impoverire la relazione interpersonale.

Valuto gli strumenti sulla base della classificazione consueta:

- idiofoni,
- percussione,
- fiato,
- corda,

e valuto gli strumenti sulla base dei giochi musicali su:

- ritmo,
- melodia,
- armonia.

Il pianoforte é uno strumento a corda ed a percussione. Dal punto di vista storico é:

- antichissimo, perché é percussivo (ritmo),
- antico perché é a corda (melodia),
- vicino ai nostri tempi perché é armonico (IO).
- esso offre una gamma di frequenze mollo vicina alla gamma dei suoni percepibili dall'essere umano (II).
- esso è dotato di una cassa di risonanza la cui dimensione varia con il tipo di strumento, a muro, a mezza coda, a coda.

Queste osservazioni permettono di valutare che il pianoforte offre al musicoterapeuta un ampio potere. L'utilizzo di questo "potere" dipende dalla preparazione e dalla formazione del musicoterapeuta. La preparazione, in senso musicale, é di tipo tecnico-strumentale e creativo-compositivo. La formazione consiste nel sapersi servire della preparazione per l'improvvisazione musicale clinica al pianoforte. La relazione interpersonale in atto con il paziente é la guida all'improvvisazione clinica. Il pianoforte può diventare un poderoso tamburo che martella i ritmi dando sfogo a forti emozioni e, all'improvviso, é un delicatissimo carillon o produce un languido arpeggio o sollecita al canto, al movimento, al lasciarsi cullare, interagisce nel dialogo sonoro con uno o più strumenti, siano essi idiofoni, a fiato, a percussione o mescolati fra di loro ecc ...

Tutto é nelle "mani" del musicoterapeuta. L'improvvisazione musicale al pianoforte é clinica, perché provoca nel paziente emozioni che lo conducono verso cambiamenti interiori. Va sottolineata l'importanza dell'ARMONIA. Essa potrebbe apparire troppo colta. Ma é vero? Proviamo a proporre un esempio: il Girotondo. Esso viene cantato quando un bambino é piccolissimo ed impara a camminare. Per una persona adulta la proposta di un Girotondo fa sorridere. Ci si aspetta dalla musicoterapia qualcosa di più elevato. Eppure se invitiamo una persona ad accompagnare al pianoforte un Girotondo già ci sono possibilità di armonizzare in vari modi:

- pentatonico
- tonale
- atonale

Un Girotondo richiede al musicoterapeuta di conoscere il sistema pentatonico, modale, tonale a atonale. Con il pentatonico il gioco musicale é antico; con il sistema tonale il gioco musicale é pretta-mente occidentale, risalente al periodo classico della musica; con l'atonale é libero da schemi.

L'armonizzazione o il variare delle armonizzazioni rinnovano l'attenzione, rendendo il gioco nuovo, ad ogni ripetizione (12).

L'improvvisazione clinica al pianoforte richiede al musicoterapeuta una preparazione musicale ulteriore a quella conseguita in Conservatorio. E' una preparazione che procede all'interno della formazione. Non si improvvisa per improvvisare; si improvvisa calibrando il gioco musicale, attimo dopo attimo, nella misura degli eventi.

Il materiale vibrante dell'improvvisazione musicale é la RELAZIONE che accomuna il musicoterapeuta al paziente. In musicoterapia é utile tenere in considerazione la filogenesi in relazione all'ontogenesi (13). Occorre spaziare il più possibile nell'improvvisare musica.

La musica é uno strano fenomeno; nel suo porsi é immediata; nel suo farsi richiede profondità di studio. L'averle nelle mani la struttura della tastiera a una tecnica pianistica sicura é un presupposto dal quale partire per imparare ad esprimere se stessi, nella relazione con l'altro, nei giochi infiniti dell'improvvisazione musicale. Si tratta di un uso naturale della musica (14) mediante uno strumento musicale che racchiude in sé le caratteristiche di molti strumenti messi insieme. Il musicoterapeuta ed il paziente sono in contatto fra loro; l'improvvisazione musicale é il "TRA" che li unisce nell'azione comune (comunicazione).

"SECONDO TEMPO"

"Tema con variazioni"

Il Gioco musicale con un bambino autistico

Un esempio di relazione intra ed interpersonale favorita e facilitata dall'improvvisazione clinica al pianoforte.

Giancarlo, anni 7. Ingresso in musicoterapia, anni 6.

Anamnesi:

gravidanza normale

parto eutocico

peso alla nascita: Kg. 4, lunghezza cm. 56

allattamento al seno per i primi due mesi

all'età di quattro mesi viene accertata la presenza di soffio cardiaco.

primi ricoveri per accertamenti all'età di sei mesi.

all'età di un anno viene diagnosticata la Sindrome di Williams, identificata come sindrome associata ai disturbi autistici.

a diciotto mesi é accertato un ritardo dello sviluppo psicomotorio ed un blocco del linguaggio verbale.

deambulazione verso i tre anni e mezzo.

il bambino al momento dell'ingresso in musicoterapia ha sei anni compiuti.

Per i primi sei anni di vita ha sempre pianto.

Diagnosi rilasciata dal servizio di NPI, quando il bambino ha compiuto i sei anni, al momento dell'ingresso in musicoterapia:

Ritardo Mentale di grado profondo con Disturbo Autistico (secondo la classificazione del DSM IV), dismorfismi e cardiopatia congenita (lieve stenosi valvolare), verosimilmente imputabile a causa genetica (anche se la sindrome genetica non é ancora stata individuata).

Precedenti terapie:

fisioterapia, interrotta all'età di quattro anni psicomotricità, interrotta all'età di sei anni

Inviante in musicoterapia

Servizio di NPI dell'USSL Osservazioni all'ingresso in musicoterapia (15)

Musicoterapeuta dott.ssa Giulia Cremaschi Trovesi

Musicoterapeuta (psicopedagogista): dott.ssa Simona Colpani

Modalità operativa in musicoterapia:

Circolarità Relazionale (com-presenza di due professionisti e dei Genitori)

Dati emersi durante i priori incontri in musicoterapia:

Totale assenza del linguaggio verbale.

Il bambino ha pianto per tutta la terapia

Il bambino è scosso dagli spasmi del singhiozzo, anche quando non piange.

Il bambino vuole essere lasciato solo. Costante distanza dagli altri.

Il bambino sfugge allo sguardo.

L'arcata inferiore dei denti è stata deformata dalla pressione costante della lingua e delle mani.

La mandibola è spostata in avanti come in presenza di prognatismo.

Il bambino porta il pannolone.

3° incontro in musicoterapia

Protocollo di osservazione: Giancarlo è al centro della stanza sdraiato sul pavimento in posizione prona con il volto chiuso all'interno delle mani. La musicoterapeuta, al pianoforte, lo saluta suonando e cantando: "buongiorno Giancarlo, buongiorno Giancarlo".

Il bambino alza il capo con gli occhi rivolti verso il soffitto e incomincia a piangere molto forte (piange senza lacrime). Si siede a terra con la gamba destra in avanti e la gamba sinistra indietro in posizione asimmetrica, con torsione del busto e ipertensione generale, continua a piangere battendo le mani, portandole alla bocca, picchiandole contro i denti e ruotando il capo in continuazione a destra e a sinistra (i movimenti sono afinalistici).

La musicoterapeuta, con la voce, canta e risponde sui vocalizzi del pianto di Giancarlo: "iei, nghiei" e suona cantando: "male male male quella bocca" in risposta ai movimenti ripetuti della bocca di Giancarlo che continua a piangere e che si muove camminando con le ginocchia verso le due sedie di legno poste contro una parete della stanza, poi verso la porta d'uscita e poi verso il centro della stanza, ponendosi di spalle al pianoforte e alla musicoterapeuta che sta suonando accordi gravi e profondi alternati con sonorità più melodiche a leggere.

La musicoterapeuta smette di suonare, rimane in ascolto, poi riprende, e Giancarlo posto ora nel punto della stanza più lontano dal pianoforte, battendo violentemente le mani una contro l'altra e poi la mano destra contro la bocca, urla ripetutamente "ueu", vocalizzo che viene ripetuto più volte con la voce anche dalla musicoterapeuta.

Al suono del tamburo Giancarlo reagisce urlando ancora più forte; la

musicoterapeuta smette di suonarlo e accenna al pianoforte un ritmo piuttosto secco, ma per pochi secondi.

Si alza dal pianoforte, prende una salvietta e asciuga il viso di Giancarlo pieno di saliva.

La musicoterapeuta torna al pianoforte e Giancarlo, sempre molto lontano dal pianoforte, accosciato nella sua posizione asimmetrica a voltato in diagonale, tocca più volte le orecchie con le mani, poi a scatti incrocia le gambe, le stende, le incrocia ancora e le ridistende tenendo molto tesa in avanti la punta dei piedi.

Al suono dei campanelli prodotto dalla musicoterapeuta, Giancarlo si volta verso di lei, poi si alza sulle ginocchia e si dirige verso le sedie e verso i punti della stanza più lontani dal pianoforte mentre la musicoterapeuta lo accompagna al pianoforte riproducendo il ritmo e la cadenza dei suoi movimenti per la stanza.

Giancarlo è sempre di spalle, ma col volto ogni tanto si volta a guardarla.

La musicoterapeuta suona a lo chiama per nome, lui la guarda di sfuggita, poi si volta.

Giancarlo continua a piangere.

La musicoterapeuta chiede a Giancarlo: "vuoi suonare con me?" , e con il pianoforte propone l'idea del gioco.

Accordo deciso e poi silenzio: la musicoterapeuta è in ascolto.

Il bambino si muove per la stanza e la musicoterapeuta si alza per asciugargli il viso sporco di saliva, poi mette via la salvietta e incomincia a suonare il tamburo. Ai suoni percussivi del tamburo il bambino si volta di spalle, mette le mani in bocca e compie ripetutamente il gesto di tirar fuori dalla bocca qualcosa.

Il bambino, girato di spalle, ogni tanto si volta.

La musicoterapeuta incomincia un gioco musicale cantabile e suona arpeggiati di registro medio-grave molto pieni, sonori e avvolgenti.

Giancarlo ora ha smesso di piangere e volge l'orecchio a destra, in silenzio.

La musicoterapeuta suona a canta: "Giancarlo, bravo che mi racconti il tuo dolore; bello, Giancarlo tesoro, fai quello che vuoi ".

Giancarlo si chiude su sé stesso e pone il capo all'interno delle ginocchia. Si alza a cammina con le ginocchia verso la sedia, si aggrappa alla sedia, si tende tutto allungando le gambe, poi si rimette in ginocchio sempre volgendo le spalle alla musicoterapeuta.

Cammina verso L'angolo della stanza più lontano dal pianoforte, si pone voltato di spalle e si siede a terra con le gambe in posizione ipertonica e asimmetrica.

La musicoterapeuta suona a canta "viva Giancarlo viva il bambino, qui tutto è per giocare ". Suona i campanelli (wind chime) riproponendone le sonorità al pianoforte attraverso una scala cromatica.

Giancarlo non piange; è in silenzio e volge l'orecchio verso il pianoforte in posizione di ascolto. Il gioco musicale della musicoterapeuta varia dall'essere ritmato in maniera vivace all'essere più melodico poi i suoni diventano gravi, profondi, morbidi e distesi.

Giancarlo è sempre in silenzio, con l'orecchio voltato verso la fonte sonora, in posizione di ascolto.

Giancarlo batte le mani a scatti e la musicoterapeuta rispecchia questi scatti

con accordi gravi a duri (clusters), poi esegue raggruppamenti di suoni a ancora accordi, in sequenza, poi suona i campanelli a Giancarlo produce per la prima volta nella sua vita un grido acuto (la mamma, presente nella stanza, segnala immediatamente che il bambino non aveva mai prodotto un vocalizzo acuto).

La musicoterapeuta risponde con la voce, sulla stessa intonazione vocale del bambino e la ripropone al pianoforte e ancora coi Campanelli. La musica è cantabile. Il bambino emette suono vocali molto acuti (uèao) e la musicoterapeuta li rispecchia con la voce assecondando al pianoforte il movimento della testa del bambino.

La mamma di Giancarlo ride perché dice di vedere nel bambino comportamenti che non ha mai visto.

Continua il dialogo vocale tra la musicoterapeuta e il bambino sui suoni "ei-ieinghie". Ora il bambino è in silenzio e ha gli occhi rivolti verso la musicoterapeuta che suona.

Continua il dialogo sonoro tra la musicoterapeuta il pianoforte, i campanelli e il bambino che ora è seduto a gambe incrociate con un tono piuttosto disteso (non è in posizione di ipertono).

la musicoterapeuta suona al pianoforte, intonando su differenti frasi musicali, il nome "Giancarlo".

Il bambino si volta verso la musicoterapeuta prima ancora che questa canti il suo nome.

Giancarlo si distende per terra con il corpo rivolto verso il pianoforte a la testa dall'altra parte (le manine sotto la testa) poi si alza a cammina sulle ginocchia. La musicoterapeuta assume musicalmente lo stesso carattere emotivo del camminare.

Giancarlo ricomincia a piangere dicendo più volte "niei" che viene ripetuto anche dalla musicoterapeuta sottoforma di dialogo sonoro, la quale dice: "il bimbo è tutto niei".

Giancarlo, camminando sempre sulle ginocchia, si avvicina al pianoforte a poi fa retromarcia a si allontana di spalle al pianoforte. Si ferma e rimane voltato. Continua a piangere. Al suono dei campanelli si volta con la testa per guardare. Mette la mani in bocca e la musicoterapeuta: "toglilo via dalla bocca quell'inghie che da fastidio da tanto tempo!" e poi "toglilo, toglilo" (ripetuti con accordi secchi al pianoforte) e poi "Giancarlo puoi dare a me quel fastidio alla bocca, ci penso io".

Giancarlo scuote la testa a destra e a sinistra, riprende a camminare con le ginocchia in giro per tutta la stanza, si ferma, si siede a terra, poi si risolleva a si dirige verso la lavagna urlando molto forte.

Al suono dei campanelli smette di urlare e di piangere, si strofina la bocca e guarda verso i campanelli, verso la musicoterapeuta che dice "grazie Giancarlo, che mi hai raccontato tutto".

A questo punto il bambino si volta col corpo verso il pianoforte, ma la testa è girata a sinistra; incomincia a piangere e a mettere le mani in bocca battendole contro i denti; la musicoterapeuta rispecchia musicalmente i movimenti del bambino e dice "hai ragione Giancarlo, va bene quello che fai". Giancarlo si volta con tutto il corpo verso il pianoforte, piange a guarda la musicoterapeuta, si strofina con una mano la zona posteriore della testa (priva di capelli per

effetto dei colpi autolesivi) e la musicoterapeuta cantando e suonando "si Giancarlo, ah che male quella testa, hai ragione".

Il bambino riprende a camminare sulle ginocchia, salta sulle ginocchia (la musicoterapeuta rispecchia al pianoforte) e si dirige verso la mamma, verso il pianoforte, verso la lavagna. Si ferma. Anche la musica si ferma.

Il bambino ora salta sulle ginocchia con balzi simili a quelli di una rana, si sdraia a terra e, facendo perno con la testa e con le mani, ruota le gambe disegnando un cerchio. Si ferma e rimane immobile in posizione prona, poi alterna questa posizione con quella supina. Si alza di scatto e salta con molta forza sulle ginocchia, tenendo le braccia molto rigide (accordi gravi e marcati al pianoforte).

Si ferma, si siede sulle ginocchia, si sdraia a terra prono, con il volto tra le mani, smette di piangere gradatamente. Silenzio.

La musicoterapeuta smette di suonare e dice "grazie Giancarlo che mi racconti tutto", poi riprende a suonare una melodia molto tranquilla che ha la cadenza molto simile ad una "ninna nanna" e canta "sei un tesoro, sei un tesoro di bambino, gioia di bimbo".

Analisi del protocollo di osservazione

Dalla prima osservazione emergono i tratti autistici e le stereotipie di Giancarlo, sopra riportati. La musicoterapeuta legge i comportamenti del bambino come manifestazioni del suo stato emotivo. Il bambino, attraverso il pianto, le urla, le stereotipie, racconta la propria storia, i propri vissuti, "Giancarlo, bravo che mi racconti il tuo dolore, (...) grazie Giancarlo che mi racconti tutto".

Il bambino, attraverso il proprio comportamento, comunica uno stato emotivo. La musicoterapeuta accetta questa modalità relazionale del bambino. La terapia incomincia con il saluto della musicoterapeuta che canta e suona "buongiorno Giancarlo, buongiorno Giancarlo". La musicoterapeuta è in relazione con il bambino. Giancarlo reagisce immediatamente con il pianto, con le consuete stereotipie e con ipertonìa generale. Nel corso della terapia, i comportamenti del bambino vengono rispecchiati (*matching*) dalla musicoterapeuta che ripete, con la propria voce, gli stessi suoni vocalici prodotti dal bambino (stesse variazioni di altezza e di intensità sonora), che propone al pianoforte giochi musicali congruenti agli stati emotivi del bambino. La musicoterapeuta ripete più volte, con la voce, i vocalizzi del bambino ("ei, iei, nghiei, ueu"), canta descrivendo quello che sta accadendo (male, male, male quella bocca) ed esprimendo il proprio apprezzamento verso di lui (viva Giancarlo, viva il bambino). L'intonazione della voce verbale è comunque usata in modo musicale. Al pianoforte, suona cambiando in continuazione stili, modi, tempi, ritmi, armonie e lasciando talvolta i periodi sospesi come è sospesa la comunicazione.

La musicoterapeuta riproduce in musica le stereotipie del bambino (per esempio, i clusters gravi a ripetuti, rinviano all'insistenza del battito delle mani e agli scatti del movimento delle gambe) e le trasforma in gioco ritmico musicale caratterizzato dall'alternanza di suoni-silenzi, da variazioni ritmiche e melodiche. In questo modo, la musicoterapeuta introduce all'interno delle stesse stereotipie una dinamica temporale, una successione temporale. L'improvvisazione musicale che la musicoterapeuta attua attraverso il

pianoforte, il tamburo e i campanelli, riproduce l'emozione che c'è nell'intenzione, nella comunicazione, o nel rifiuto del bambino (il rifiuto è comunque un'intenzione).

Lo scopo dell'improvvisazione musicale è quello di leggere l'emozione, trasformarla o favorirla. Nell'improvvisazione musicale, il tamburo si rivela strumento inadeguato alla qualità emotiva del bambino, infatti "al suono del tamburo, il bambino reagisce urlando ancora più forte" e "ai suoni percussivi del tamburo il bambino si volta di spalle, mette le mani in bocca e compie ripetutamente il gesto di tirar fuori dalla bocca qualcosa ". I campanelli si rivelano invece, strumenti più adeguati alla qualità emotiva del bambino. Infatti, al suono dei campanelli, Giancarlo si volta verso la musicoterapeuta e, in silenzio, volge l'orecchio in posizione di ascolto.

La musicoterapeuta, che coglie l'attenzione del bambino verso i campanelli, utilizza lo stupore del bambino per riprodurre al pianoforte una scala cromatica che richiami il suono dei campanelli. Quando la musicoterapeuta suona nuovamente i campanelli, Giancarlo produce per la prima volta un grido acuto. La musicoterapeuta insiste con i campanelli.

Il bambino ripete nuovamente grida molto acute (ueao). L'intonazione vocale del bambino è identica alla sonorità dei campanelli: il bambino, emotivamente ben disposto, ha prodotto per la prima volta nella propria vita un grido acuto. La lettura empatica delle emozioni del bambino (attuata attraverso il matching a il pacing) e la capacità di scegliere sonorità timbriche adeguate, hanno favorito nel bambino stesso una prima risposta vocale acuta.

La mamma di Giancarlo partecipa ai cambiamenti del figlio, "segnala immediatamente che il bambino non aveva mai prodotto un vocalizzo acuto, (...) ride perché dice di vedere nel bambino comportamenti che non ha mai visto ". La presenza dei genitori è un elemento molto importante all'interno del setting terapeutico: costoro, vivendo in prima persona il processo di crescita e di evoluzione del bambino, possono evolversi e crescere insieme a lui.

Nel corso della terapia, sebbene il bambino si ponga di frequente in posizione "di spalle" alla musicoterapeuta, tuttavia ogni tanto si volta per guardarla. E' molto interessante sottolineare l'indecisione del bambino che guarda la musicoterapeuta di sfuggita, poi direttamente negli occhi, che si avvicina al pianoforte, poi si allontana. La musicoterapeuta chiede al bambino "vuoi suonare con me?". La musicoterapeuta lascia aperte le varie possibilità, ossia quella di partecipare o di non partecipare; per la musicoterapeuta vanno bene entrambe: la decisione spetta al bambino. "Accordo deciso e poi silenzio: la musicoterapeuta è in ascolto ", è in attesa della risposta del bambino.

Nel dialogo sonoro, i suoni che si alternano ai silenzi, le domande che attendono le risposte favoriscono una relazione interpersonale aperta all'orizzonte temporale, all'orizzonte delle possibilità. All'interno di questo orizzonte, il bambino deve prendere le proprie decisioni. La musicoterapeuta accetta incondizionatamente qualsiasi risposta, atteggiamento, decisione del bambino, "Giancarlo tesoro, fai quello che vuoi: hai ragione Giancarlo, va bene quello che fai".

La musicoterapeuta dialoga col bambino utilizzando la musica come strumento non verbale che tuttavia, risulta essere congruente al verbale. Infatti la musicoterapeuta, suona la melodia del nome "Giancarlo": il bambino si gira

prima ancora che la musicoterapeuta canti la parola "Giancarlo". Nel bambino c'è un ascolto della parola, prima ancora che la parola nasca. Le mani stanno imparando a giocare. La foto [omessa] rende evidente l'apertura a ventaglio dei denti inferiori. Comunque si tratta di un'apertura a ventaglio ridotta rispetto a quella dei denti da latte, completamente rivolti verso l'esterno. Oramai si tratta di un difetto di crescita dei denti che sarà facilmente correggibile con l'adeguata ortodonzia. Si vede con chiarezza che il bambino non presenta prognatismo.

(Il presente testo e la tabella sotto riportata sono tratti da: "SORDITA' EAUTIMO: FENOMENOLOGIA DELL'ESPERIENZA SONORA" Tesi di Laurea di Simona Ghezzi, anno 1997-98, Università degli Studi di Milano, Facoltà di Lettere e Filosofia, Corso di Laurea in Filosofia).

Ad un anno di distanza, per la stesura della tesi sopra citata, è stata compilata una tabella che mettesse in rilievo i cambiamenti avvenuti nel bambino.

La tabella è la seguente:

I^ osservazione

Marzo 1997

I I^ osservazione

Marzo 1998

Totale assenza del linguaggio verbale.

Vocalizzi e lallazione intenzionali.

Il bambino ha pianto per tutta la terapia.

Il bambino sorride e ride. impara a giocare.

Il bambino è scosso dagli spasmi del singhiozzo, anche quando non piange.

Il bambino interagisce nel gioco.

Ride se fa un dispetto. Nel gioco utilizza le mani.

Il bambino vuole essere lasciato solo.

Il bambino esegue le richieste verbali.

Costante distanza dagli altri.

Il bambino ama il contatto diretto.

Il bambino sfugge allo sguardo.

Il bambino guarda dritto negli occhi e sorride.

L'arcata inferiore dei denti è stata deformata

I muscoli facciali sono sempre più rilassati a la mandibola è nella posizione dalla pressione costante della lingua e delle mani corrette, le labbra si chiudono

La mandibola è spostata in avanti come in presenza di prognatismo.

Non c'è prognatismo.

Il bambino porta il pannolone.

Il bambino incomincia a segnalare i bisogni fisiologici.

- autodondolamento

- scomparso

- pianto

- scomparso

- scialorrea

- molto raramente

- toccare la bocca, la lingua, i denti con le mani e battere le mani una sopra l'altra.

- quasi scomparso
- bruxismo
- molto raramente
- stare steso supino sul pavimento strofinando la testa
- scomparso.
- Chiazza di capelli mancanti
- La chiazza dei capelli é scomparsa. I capelli solo ricresciuti.
- stare steso prono inarcando la schiena.
- scomparso
- porsi sul pavimento raccolto in se stesso
- scomparso.
- camminare sulla puma dei piedi con pianta allargata
- scomparso
- saltare sulle ginocchia
- scomparso

Giancarlo, durante un incontro di musicoterapia, negli incontri successivi alla prima osservazione, si é servito delle sue mani per giocare sulla tastiera (19). In un momento successivo, si é servito delle mani per afferrare lo strumento idiofono a lui preferito. Ha guardato lo strumento e ha mosso la mano nello spazio, senza riuscire ad afferrarlo, se non dopo svariati tentativi. Egli non aveva ancora imparato a guidare il gesto della mano con lo sguardo. Quando lo strumento é caduto per terra il bambino non ha guardato il pavimento. Siamo state noi a condurre il suo sguardo, sollecitandolo con parole intonate nel canto.

Ogni apprendimento del bambino passa attraverso la corporeità. Ogni apprendimento richiede modificazioni posturali. Il corpo vibrante, luogo dei gesti, del movimento, della parola é il corpo che vive le emozioni dell'intenzionalità verso azioni mai compiute. Giancarlo, all'età di sette anni, incomincia ad evolvere gli apprendimenti del bambino di pochissimi mesi. Egli nella sua vita é stato impegnato per altre attività! L'interagire con Giancarlo, ora che il bambino é guarito dall'autismo, richiede al musicoterapeuta chiarezza ermeneutica ed epistemologica.

La musicoterapia ora é il delicato percorso che accompagna il bambino ad evoluzioni interiori soggettive. L'esperienza musicale, nel gioco creativo con gli strumenti musicali idiofoni, é l'occasione per favorire a facilitare il farsi spontaneo del linguaggio verbale in un bambino che, secondo le regole, é troppo grande per poter riuscire a parlare. Parlare é un gesto anche motorio, articolatorio oltre che intenzionale a comunicativo. Ogni evoluzione motoria ed articolatoria nasce da una motivazione interiore che porta a superare schemi motori abitudinari per assumerne di nuovi.

La corporeità è al centro dell'attenzione del musicoterapeuta. Ogni cambiamento motorio o posturale fa sorgere nel bambino emozioni. Come fronteggiare questo? Si potrebbe dire al bambino: "Non avere paura che qui non ti succede nulla di male!". Queste parole, dall'apparenza rassicurante, in realtà ricordano al bambino che egli ha avuto e potrebbe tuttora aver paura. Essa viene da "dentro"; con la paura non si discute (20). Non é detto che, necessariamente, in tutti i momenti, il bambino accetti di rilassarsi sulla cassa

armonica del pianoforte; qui interviene la formazione del musicoterapeuta che, attraverso se stesso, il se stesso corporeo, si fa luogo di accoglienza, cassa di risonanza, strumento musicale che interagisce con altri strumenti musicali e riesce a condurre il bambino ad esternare, a raccontare la sua storia onde tentarne il superamento.

La Storia di Giancarlo

Si presenta l'occasione per toccare un aspetto teorico inerente la musicoterapia: la presenza dei genitori. Essa é radicata nel principio che una persona nasce, cresce e vive all'interno di contesti sociali. I genitori conoscono gli eventi della vita del figlio meglio di qualunque altra persona. La mamma di Giancarlo mi segnala subito la presenza di atteggiamenti nuovi da parte del bambino. Così accade quando il bambino intona la voce nel registro acuto e quando é attento in modo nuovo. Come avrei potuto ricevere queste informazioni se la mamma non fosse stata presente? Come avrei potuto illustrare alla mamma, a terapia ultimata, con le parole, eventi carichi di intensità affettiva? Come avrei potuto chiedere alla mamma,, alle persone presenti in famiglia, di cambiare in armonia con le evoluzioni del bambino? Nel caso di Giancarlo, nei momenti in cui il bambino, rilassandosi per accogliere la risonanza del pianoforte, ha incominciato a "raccontare" la sua storia attraverso se stesso (il bambino non parla), la mamma ha trovato il senso del racconto del bambino.

Via via che il bambino si muove in modi particolari la mamma aiuta la musicoterapeuta a leggere ciò ", " fa così con la sorella più grande ... ", "... anche mio marito ha osservato che da quando fa musicoterapia fa ... " ecc ...) (21). Il bambino accoglie le spiegazioni, guarda negli occhi, accarezza la mano della musicoterapeuta, sorride, si rilassa, si lascia toccare, accarezza su tutto il corpo dalla coterapeuta (Circolarità Relazionale), modifica il tono corporeo, modifica l'ampiezza respiratoria, ecc ...

Ogni modificazione fisiologica é modificazione emotiva. Ogni modificazione emotiva é modificazione fisiologica (22). Quando un bambino diagnostico autistico incomincia a raccontare se stesso, la sua storia, attraverso se stesso, ha inizio un racconto che ad ogni incontro si arricchisce di nuovi episodi. Ogni volta si inventa un'esperienza che rispecchi, assecondi, conduca il bambino verso progressive aperture. Il bambino é il protagonista della sua storia e dei suoi cambiamenti interiori. Il vissuto esperienziale é il terreno sul quale avvengono i cambiamenti.

"3° TERZO TEMPO"

Allegro con brio

La Musicoterapia

I presupposti teorici hanno un valore fondamentale per le decisioni, le programmazioni, i comportamenti che verranno assunti da parte delle persone (ambito socio-famigliare) che entrano in relazione con il bambino. L'esempio di Giancarlo offre lo spunto per varie valutazioni. Proviamo a considerare il futuro del bambino secondo due impostazioni teoriche:

1) la diagnosi emessa dal servizio di NPI, ha consegnato alla famiglia ed alla scuola il documento nel quale é scritto: "... il bambino ha superato la corazza autistica ... la prognosi é negativa ". La psicopedagoga della scuola ha

elaboralo la programmazione per l'inserimento scolastico, sulla base del grave ritardo mentale del bambino e dell'esito negativo legato a qualsiasi attività. La psicopedagoga si attiene alla via gerarchica; si appoggia al documento della NPI.

Emergono due elementi di valutazione: a) con quale disponibilità interiore si impegnano e si impegneranno le insegnanti sapendo che, a priori, non andranno incontro a miglioramenti da parte del bambino?

b) il bambino coglie il sentire interiore delle insegnanti? Con il suo atteggiarsi a ritardato mentale si adegua ad essere secondo il giudizio che è stato dato su di lui. Egli è uno specialista della comunicazione non-verbale. Ogni occasione di disistima gli offre la conferma alla sua inadeguatezza rispetto ai compagni.

2) La teoria fenomenologico-esperienziale è fondata sull'accoglienza e sul non-giudizio. Il bambino ha già dimostrato di operare cambiamenti. I genitori condividono le esperienze di musicoterapia e sono flessibili ad adeguarsi ai cambiamenti del figlio. Con intervalli di alcune settimane le insegnanti si alternano a presenziare agli incontri di musicoterapia. Si attuano incontri fra le specialiste in musicoterapia e le insegnanti. Durante questi incontri si procede con una programmazione che viene via via modellata sulla misura dei cambiamenti del bambino. Le insegnanti si impegnano per riscontrare in ogni momento l'iniziativa personale del bambino, il suo progredire, il suo aprirsi alla vita.

Il Tamburo

Al primo colpo di tamburo il bambino reagisce intensificando l'espressione di dolore nel viso.

Per comprendere il perché di questo occorre attenersi ai fatti.

Il bambino è accovacciato sul pavimento con una posizione asimmetrica delle gambe.

In volto del bambino presenta i muscoli tesi. La mascella è spostata in avanti. Il labbro inferiore è teso nello sforzo di protendere la mascella in avanti.

Le braccia sono tese e le mani urtano fortemente l'una contro l'altra con movimenti a scatti.

La parte mediana del corpo è contratta dal basso verso l'alto per la posizione asimmetrica delle gambe e dall'alto verso il basso per la tensione dei muscoli del volto, della mascella, del collo, del petto, delle braccia.

(Il lettore è invitato a porsi sul pavimento assumendo la posizione sopra descritta. Restando in questa posizione per qualche minuto il lettore può avvertire la fatica nel respiro, gli indolenzimenti ed indurimenti muscolari e, qualora riesca a restare a lungo, può accorgersi del tipo di pensieri che affiorano in lui.

Il colpo di tamburo, con la sua onda ampia su una sola altezza sonora, accentua la contrattura del corpo. Il ritmo percussivo intensifica la tensione del bambino.

Poiché parlare dell'emozione del bambino sarebbe un fatto dal carattere interpretativo, mi attengo all'analisi degli elementi che caratterizzano la musicoterapia. Le sonorità del pianoforte rispecchiano la tensione presente nella postura del bambino con elementi musicali di tipo armonico. Il bambino si accorge si ferma ... volge il viso verso la musicoterapeuta ... si gratta il collo ... Il gioco dell'improvvisazione musicale si modifica ... accompagna il

movimento della mano che gratta. il collo ... che gratta la bocca ... Il bambino non regge più a stare nella posizione asimmetrica ... le gambe si tendono di scatto ecc ... Ai cambiamenti della posture esterna corrisponde il sorgere di nuove emozioni "dentro" al bambino.

Ora, ad un anno di distanza dal primo intervento di musicoterapia (16) il bambino sta imparando a giocare, ride, guarda negli occhi, dimostra di comprendere le parole, apre e chiude le mani per stringere oggetti, segue i movimenti con lo sguardo, guida le mani con lo sguardo per afferrare ecc ... Sta scoprendo che picchiare sui tamburi é l' occasione per esprimersi.

Il rispecchiamento ritmico iniziale, con sonorità profonde, riguardava emozioni che il bambino non voleva sentire sottolineate. I campanelli hanno attirato la sua attenzione; essi hanno richiamato altre emozioni. Il musicoterapeuta intesse un dialogo fra i campanelli ed il pianoforte, per dialogare con il bambino che si é girato ed é rimasto attento ad ascoltare ed a guardare. Il bambino non ha avvertito giudizi. La sua abitudine ad essere giudicato é stata così interrotta. Egli, inavvertitamente, sta cambiando le sue abitudini (17) ed allora provoca, esprime se stesso. Il gioco musicale lo disorienta, gli dimostra che ci sono realtà che non conosce.

Il bambino in questo momento non é pronto per la risonanza diretta attraverso la cassa armonica del pianoforte. La risonanza lo sta raggiungendo per via aerea con giochi di sonorità che cambiano attimo dopo attimo.

L'improvvisazione clinica é il dialogo fra il bambino e la musicoterapeuta. Esso non é ripetibile; si rinnova ad ogni istante. Potrei tentare di spiegarne il senso facendo il confronto col linguaggio verbale. Il linguaggio verbale ha una sua morfologia, fonetica, grammatica, sintassi e semantica. Il gioco della musica cambia, attimo dopo attimo, la morfologia, utilizza la grammatica e la sintassi in un costante rinnovarsi dove la semantica é l'accogliere, generare, condurre verso emozioni. Il bambino più e più volte guarda la musicoterapeuta diritto negli occhi.

Egli é disorientato, compiaciuto, a tratti perfino arrabbiato, per questo gioco musicale che sfugge ad ogni regola che egli conosce. Una frase musicale può avere un inizio ma può non concludere; può restare sospesa; cambiare totalmente stile e genere di musica; sfociare in un cluster, in uno scampanello, in una melodia contabile, in una provocazione, in un canto infantile, in un sottile canto ironico ecc ... Non ci sono regole. Tutto si regge su una sola regola: essere nel gioco creativo musicale. Nella videoregistrazione si legge con chiarezza inequivocabile l'atteggiamento di ascolto che il bambino ha assunto fin dall'inizio, dal primo attimo. Si vede che il bambino ritorna sulle sue posizioni, rivede le sue posizioni e decide di partecipare al gioco.

La decisione spetta al bambino. Egli é il soggetto dell'intervento in musicoterapia. Egli é il protagonista che si prende il carico di se stesso. La decisione di cambiare nasce dal suo interno. L'intenzionalità del bambino é lo spunto per il farsi del gioco musicale. Con un gioco, sono sorte emozioni di gioia. Le emozioni di gioia sono la motivazione a cambiare abitudine, ad aprirsi al tempo che passa, all'accogliere il "nuovo", all'abbandonare quegli atteggiamenti che erano stati definiti autistici.

E Dopo?

Ritorna l'esigenza di accostarsi ad una persona che presenti particolari

problematiche con la consapevolezza delle basi teoriche. Per il Neuro Psichiatra Infantile non ci sono dubbi. Egli ha scritto "... IL bambino ha superato la corazza autistica; ... la prognosi é negative". L'inadeguatezza del bambino alle abilità tipiche della sua età viene giudicata come "grave ritardo mentale". L'aprirsi di Giancarlo ad un'iniziale produzione vocale intenzionale viene definite "lallazione ludica (18) ".

La base teorica fenomenologico-esistenziale guarda al futuro in un altro modo. Ora che il bambino ha superato la corazza autistica inizia l'impegno effettivo. Giancarlo nei suoi primi sette anni di vita, ha imparato a piangere ed a singhiozzare. Il suo tono posturale corporeo é fortemente indurito dagli spasmi del singhiozzo. Il respiro è troppo limitato per permettere il farsi della parola. Giancarlo non ha mai giocato. Giancarlo non ha mangiato mai da solo. Nell'analisi sul protocollo sono stati messi in luce gli aspetti qualificanti la relazione interpersonale fra il bambino e la musicoterapeuta. La PNL individua nel Matching, il rispecchiamento del bambino, nel Pacing, l'andare al passo con il bambino, nel Leading la conduzione da parte del professionista. Le esigenze dell'analisi collocano questi momenti della relazione interpersonale, l'uno dopo l'altro. Nella realtà sono compenetrati l'uno nell'altro.

Un rispecchiamento senza il coinvolgimento personale del musicoterapeuta diventa la ripetizione meccanica dei movimenti o dei comportamenti di una persona (come nel gioco della scimmia). L'andare al passo con il paziente può diventare un continuare ad assecondare senza fine. E molto facile cadere in questo tranello. Non appena un professionista non sa come muoversi, non vuole o non se la sente di rischiare, asseconda il paziente, aspetta, continua ad aspettare e ad aspettare. Questa attesa e questo assecondamento possono perfino essere letti e giustificati come il rispetto della volontà del paziente. Il Matching ed il Pacing, attuati senza forza decisionale, non porteranno al Leading.

Questo é il momento nel quale il musicoterapeuta favorisce a facilita il paziente ad assumere nuove decisioni interiori. La ri-decisione spetta al paziente; il protagonista della terapia é il paziente. Il musicoterapeuta nel suo agire musicale offre il contesto di opportunità. Senza il Leading, ossia senza un cambiamento interiore, non avviene la terapia. Senza il Leading si fa dell'animazione musicale. Il cambiamento interiore é favorito, facilitato, provocato dall'improvvisazione musicale clinica al pianoforte. I momenti del Matching, Pacing e Leading, in musicoterapia, sono il gioco delle Imitazioni.

Il Principio delle Imitazioni

Questo principio é antico quanto l'uomo perché la musica é antica quanto l'uomo. La musica nasce con l'uomo. Il primo vagito dell'essere umano é la nascita della musica e della parola. Quando l'essere umano ha scoperto di poter imitare con la voce, i versi degli animali, ha cambiato radicalmente il modo di vivere, anzi di sopravvivere. Egli smette di sopravvivere raccogliendo bacche e diventa cacciatore. Gli eventi che fanno diventare gli esseri umani cacciatori sono:

- imitare i versi a le voci degli animali.

- imparare a leggere le impronte.

- catturare gli animali per nutrirsi con la loro carne, proteggersi con le loro pelli, costruire utensili e strumenti musicali con le ossa, i budelli ritorti, la pelle...

In ogni caso si tratta di fare tesoro dei segnali captabili attraverso l'ascolto per intraprendere un nuovo tipo di sopravvivenza. Dall'ascolto e dall'imitazione dei versi, delle voci degli animali e del mondo della natura in generale scaturirà il linguaggio verbale; dal seguire le impronte scaturirà la lettura. Tutto era già pronto in natura. Si trattava di accorgersi di quello che giungeva all'ascolto, cadeva sotto agli occhi, finiva tra le mani. Si tratta di ascolto perché le onde sonore investono al completo il corpo vibrante. La vista è guidata dall'ascolto. Tutto questo sembrerebbe non avere nulla a che fare con un bambino autistico. Invece non è così.

Il musicoterapeuta deve accorgersi dei segnali che il bambino invia (23).

L'imitazione di questi segnali è musicale (24). Il bambino segnala se stesso attraverso tutto se stesso. L'imitazione avviene con il gioco

dell'improvvisazione musicale clinica. L'aspetto più evidente è quello ritmico.

Un gesto ha un suo inizio ed una sua conclusione. Quello che sta fra l'inizio e la conclusione di un gesto è il movimento. Il ritmo scandisce l'inizio, il percorso, la conclusione.

Un'imitazione ritmica del tono posturale, di un movimento, di un'andatura, può essere un tirocinio di formazione per lo studente di musicoterapia. E' una imitazione esteriore. Ogni gesto, movimento, cambiamento di tono nascono dall'interiorità. Il musicoterapeuta ha a sua disposizione il gioco delle melodie e l'armonia per trasformare in musica le emozioni del paziente. Il gioco melodico sottintende la conoscenza di scale, sistemi e modi musicali. Il gioco degli accordi valorizza o banalizza una melodia (25). L'imitazione (26) è la specificità del musicoterapeuta.

Il principio delle imitazioni è in atto dalla notte dei tempi. Timbri sonori, Ritmi, Melodie, Giochi di accordi sono presenti da sempre, nella storia dell'umanità, prima ancora che si parlasse di Cantus Firmus, di Discantus, di Contrappunto, di Polifonia, di Annonia. La nascita della scrittura musicale permette di fissare sulla carta i giochi delle melodie (canto gregoriano) e dei primi discantus.

Soltanto dopo la definizione della scrittura la musica è stata sottoposta all'analisi strutturale, formale, compositiva.

L'imitazione per eccellenza è rappresentata dalla Caccia (27). Un animale fugge ed altri animali, seguiti dai cacciatori, lo inseguono facendo esattamente lo stesso percorso. Così è per l'imitazione melodica del canto seguita, a distanza, dalla stessa linea melodica. La forma imitativa più rigida nasce dalla Caccia ed è il Canone. Una linea melodica si sovrappone a se stessa. Ogni volta che la linea melodica conclude, ritorna da capo, allo stesso modo. E' un ritmo sempre uguale. La stessa melodia insegue se stessa a due, tre, quattro voci ecc... Il canone è un esempio di pacing che non ha soluzione (28).

Il principio dell'imitazione può essere a canone o creativo, come accade nelle composizioni che traggono origine dal contrappunto, si evolvono nella polifonia vocale e strumentale e sfociano nella fuga vocale e strumentale.

L'imitazione presenta possibilità, quali:

- imitazione del tema introducendo delle varianti nel ritmo (accelerato o aggravato), iniziando su gradi della scala diversi, prendendo soltanto parti del tema, introducendo modulazioni, cadenze particolari, cromatismi ecc... Si tratta dell'imitazione creativa.

- imitazione che riproduce la stessa linea melodica dall'inizio alla fine (il

canone).

- imitazione del tema che introduce il controtema (polifonia, madrigali ecc ...).

L'imitazione porta in sé le caratteristiche presenti nei termini: Matching (il tema è valorizzato nell'essere imitato), Pacing (il tema e tutto il testo non cambia, è imitarlo in tutto e per tutto), Leading (al tema viene contrapposto il controtema che lo valorizza, lo conduce verso nuove realizzazioni). In musicoterapia il Matching è il principio dell'imitazione creativa, il Pacing è l'imitazione a Canone, il Leading è il Controtema.

Il gioco delle imitazioni fluttua dall'essere canonico al contrapporsi nello scorrere melodico ed armonico. E' un dire e non dire, un seguire e guidare inavvertibile che si rivela irresistibile. E' il gioco creativo della musica che ha per regola le sue infinite elaborazioni creative. L'imitazione musicale è fondata sul rispetto del paziente anche nei momenti della contrapposizione. Anzi il momento della contrapposizione, come accade nel controtema, è il momento della massima valorizzazione del tema. La formazione è il processo interiore che rende il musicoterapeuta autonomo nel saper leggere il paziente, nel cogliere nella sua corporeità gli aspetti da trasformare nel gioco musicale. E' il paziente che segnala con tutto se stesso se è davvero ascoltato, rispecchiato, accolto, per questo attivo nel dialogo. Egli diviene attivo nel dialogo quando risponde al Controtema con il suo nuovo tema. Scaturisce l'intreccio del dialogo. Il musicoterapeuta è imprevedibile nel gioco creativo della musica perché la relazione interpersonale è imprevedibile. Allora accade quello che è stato descritto nel protocollo di Giancarlo: il bambino, che era già attento, ha manifestato la sua attenzione.

Egli ha diretto lo sguardo verso la musicoterapeuta, ha cercato i suoi occhi, ha voluto vederci chiaro. Egli ha abbandonato la corazza autistica perché era inutile. Egli non ha più avuto l'aspetto del gravissimo ritardo mentale perché ha deciso di essere partecipe e di rivelare se stesso. Egli si è accorto di essere il soggetto nel gioco musicale creativo impegnato con un altro soggetto. Il bambino ha imparato che può essere trattato da soggetto e da oggetto. Quando è soggetto interagisce, quando è oggetto si comporta da ritardo mentale.

L'imitazione da imitare

Nella reciprocità madre-figlio la madre rispecchia i versi, gli sbruffi, i movimenti del figlio (29) introducendo i suoi commenti col sorriso, col riso, variando l'intonazione della voce, provocando, compiacendosi (30) ecc Un'imitazione priva di creatività è sterile. Dalla sterilità non nasce nulla. Il coinvolgimento emotivo del musicoterapeuta è la fonte dell'improvvisazione musicale clinica. La razionalità richiesta dal comporre musica all'istante lo rende attento a tutto. Egli è teso nel comporre, nel trasformare in gioco musicale creativo le sue emozioni, attimo dopo attimo. Ogni tensione sfocia nel gioco della musica. Il gioco della musica è la grande variante introdotta dal musicoterapeuta nella vita del paziente autistico. Il gioco creativo della musica consiste nel condividere esperienze, emozioni, reciprocità di apprendimento.

Note

I Laurea in Filosofia, anno 1997-98, autrice Simona Ghezzi

2 Associazione Pedagogia Musicale a Musicoterapia "Giulia Cremaschi Trovesi"
3 G. Cremaschi Trovesi "Musicoterapia arte della comunicazione" ed
scientifiche MaGi Roma 1996.

4 Per-sonare e Ri-suonare dicono della complessità della risonanza. Il corpo vibrante compenetrato dalle onde sonore risuona a suona attraverso se stesso (personare; da cui derivano personaggio e persona)

5 L'impostazione teorica é di tipo sistemico. Il o i genitori sono presenti (salvo casi eccezionali)

6 Il riferimento é per la musicoterapia in atto presso l'Associazione Pedagogia Musicale a Musicoterapia "Giulia Cremaschi Trovesi".

7 G. Cremaschi Trovesi "Musicoterapia, arte della comunicazione" ed Scient. MAGI 1996 Roma

8 Ha la sua importanza ricordare che "umile" deriva da humus. L'essere umile nella relazione interpersonale con la persona autistica indica il relazionarsi con lei tenendo i piedi ben appoggiati per terra. In ogni istante si interagisce ascoltando ciò che accade evitando di appellarsi a giustificazioni attribuibili alla patologia, ai primi momenti di difficoltà.

9. La persona sorda nell'assoluto silenzio non avrebbe sopravvivenza. Infatti non c'è sopravvivenza per le persone totalmente lese al tatto. Sopravvivono le persone sordocieche.

10 Il primo pianoforte, detto "fortepiano", fu costruito a Bolzano, nel 1710-11, da Bartolomeo Cristofori. Esso fu denominato strumento del forte e del piano per differenziarlo dal clavicembalo e clavicordo. Nel clavicembalo le corde sono pizzicate dai saltarelli, nel clavicordo le corde sono percosse da lamine di metallo.

11 Per questi motivi negli studi musicali per strumentisti di archi, fiati, arpa, per cantanti, per direttori di coro, di orchestra, per gli studi di Composizione principale sono previsti diversi livelli di pianoforte complementare. Infatti la lettura delle partiture strumentali o polifoniche é possibile al pianoforte perché strumento armonico.

12 L'esempio del girotondo può condurre lontano verso il senso dell'utilizzo degli strumenti musicali. E' opportuno che in musicoterapia non si utilizzi soltanto il materiale percussivo (lo strumentario Orff), appellandosi alle incapacità dei pazienti. E' determinante introdurre anche altri strumenti musicali. Ogni strumento musicale ha le sue caratteristiche ed i suoi limiti. Nella mia esperienza ho potuto più a più volte constatare che l'interagire con altri professionisti che sanno suonare strumenti quali il violoncello, il violino, il contrabbasso, l'arpa, la tromba, il clarinetto ecc offre l'opportunità di creare situazioni di fascino musicale al quale é proprio difficile sottrarsi. Con questi strumenti musicali il paziente avverte di essere importante. Egli non resiste al desiderio di prendere in mano un archetto, di provare le corde di un'arpa, di premere le labbra per far vibrare una tromba ecc

13 Ogni modo di improvvisare é collocabile in un periodo storico specifico. Questo aspetto é di importanza fondamentale. Infatti occorre sfatare il comune modo di pensare che, poiché i bambini handicappati o i pazienti hanno poche abilità, si debbano fare con loro attività "facili". Attraverso lo scarso valore culturale delle attività in corso si comunica il loro scarso valore. Qualora un gioco musicale sia di carattere primitivo esso é importante perché é

storicamente collocabile. Senza la sopravvivenza ed i progressi degli uomini primitivi non ci sarebbe stata la storia e non ci saremmo neppure noi. Gli strumenti musicali possono essere utilizzati in modo primitivo ed il risultato musicale può essere interessantissimo! Dipende dalle competenze musicali con le quali il musicoterapeuta sa condurre la situazione.

14 G. Piana, *Filosofia della Musica*, Guerini e associati, Milano 1991

15 Va sottolineato che il bambino è stato inviato in musicoterapia come ultima risorsa per poter dire di aver provato tutto.

16 Gli incontri si svolgono con la cadenza di un'ora alla settimana. 17 Abitudine da "habitus" .

18 Per correttezza professionale va segnalato che H NPI, constatando i continui progressi del bambino, ha modificato la sua posizione circa la prognosi

19 Lo studio di musicoterapia dell'APMM è dotato di due pianoforti, uno a coda e uno a muro. Il dialogo in questo caso è avvenuto a due pianoforti.

20 A tutti è capitato almeno una volta di fare un brutto sogno e di svegliarsi spaventato. Può accadere di non ricordare il sogno ma si avverte il batticuore e la paura

21 Nel presente testo non vengono introdotti i dati personali ma soltanto quelli di interesse professionale.

22 T. Wigram e C. Dileo "Music Vibration". 23 La comunicazione non-verbale.

24 Se il grembo materno è la prima orchestra, l'essere umano è il primo strumento musicale. (G. Cremaschi Trovesi, *Musicoterapia, Arte della Comunicazione*)

25 Armonia e Polifonia sono termini ancora recenti, rispetto alla storia dell'umanità. L'utilizzo degli accordi spazia nella complessità di stili che caratterizzano le epoche preistoriche e storiche della musica e dell'umanità.

26 Trasformare il comportamento del paziente in gioco musicale creativo.

27 La Caccia è un procedimento contrappuntistico che prenderà il nome di Canone. Fu il nome di una delle forme dell'Ars Nova Italiana (sec. XIV).

28 In effetti questo accade in musicoterapia quando il principiante non ha il coraggio di prendere l'iniziativa. Egli continua a rispecchiare e ad assistere. Così il paziente ha il sopravvento sul professionista. Lo stile del paziente è così efficace che egli recita la parte dell'insufficiente mentale. Gli schemi rimangono intatti. Nulla è cambiato né cambierà.

29 In particolare nel periodo dello svezzamento, quando la comunicazione non verbale è il terreno fertile che genera il verbale.

30 Qualcuno potrebbe chiedersi perché la mamma di un bambino autistico non agisce in questo modo. Ci sono eventi che generano difficoltà di comprensione fra la madre ed il figlio, ci sono gli accertamenti clinici, le opinioni degli esperti che inducono le madri a perdere la fiducia in se stesse. Esse guardano al figlio come a colui che porta eventi sconosciuti (l'autismo) e perdono la capacità di un agire determinato. Esse si appoggiano ai consigli degli esperti. La situazione si interseca sempre di più in una spirale involutiva. L'ambiente familiare vive fra tensioni e discussioni che portano a progressive difficoltà relazionali.

BIBLIOGRAFIA

AA.W., *Music Therapy within multi-disciplinary teams*, Proceedings of the 3rd European Music Therapy Conference, Aalborg University Press, Aalborg 1996.

Alvin J., *Music for The Handicapped Child*, Oxford University Press, London

1965, trad.it. La musica come terapia, Armando, Roma 1968.

Berlolini P., L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata, La Nuova Italia, Firenze 1988.

Bettelheim B., The empty fortress, Macmillan Company, New York 1967, trad.it. La fortezza vuota, Garzanti, Milano 1987.

Boxill E.H., Music Therapy for che developmentally disabled, Aspen System Corporation, New York 1985, trad.it. La musicoterapia per bambini disabili, Omega, Lorino 1991.

Centro Educazione Permanente (a cura di), Atti del Convegno Internazionale "Musica a Terapia", Assisi 1981.

Cremaschi Trovesi G., Attualità in musicoterapia. Un pianoforte per rinascere, in Porta M. - Cremaschi Trovesi G. (a cura di), L'uomo a il suono. Prospettive a limiti della musicoterapia, Ghedini, Milano 1991, pp.131-164.

Cremaschi Trovesi G., Sergio, il Pendolo a la Musica, in "Quaderni di musica applicata" n. 16, Assisi, PCC, 1994

Cremaschi Trovesi G., Musicoterapia, arte della comunicazione, Scientifiche Magi, Roma 1996.

Dilts R.-Grinder J.- Bandler R., Neuro Linguistic Programming, Meta Publications, Cupertino California 1980, trad.it. Programmazione Neuro Linguistica, Astrolabio, Roma 1982.

C. (a cura di), Music Vibration, Jeffrey Books, New York 1997, pp.27-35.

Gadamer H.G., Verità e Metodo, Bompiani, Milano 1994.

Husserl E., Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica, Einaudi, Torino 1965.

Maccheroni A.M., Orecchio-voce-occhio, mano, Vita dell'infanzia, Roma 1955.

Merleau-Ponty M., Fenomenologia della percezione, Il Saggiatore, Milano 1972.

Merleau-Ponty M., Il bambino e gli altri, Armando, Roma 1993.

Nordoff P.-Robbins C., Creative Music Therapy, John day Co., New York 1977.

Nordoff P.-Robbins C., Therapy in music for Handicapped Children, Viclor Gollancz Ltd., London 1965, trad.it. Musicoterapia per bambini handicappati, Franco Angeli, Milano 1983.

Piana G., Filosofia della Musica, Guerini e Associati, Milano 1991. Piana G., I problemi delta fenomenologia, Mondadori, Milano 1966.

Potta M.- Cremaschi G. (a cura di), L'uomo a il suono, prospettive a limiti della musicoterapia, Ghedini, Milano 1991.

Righini P., Lessico di acustica a tecnica musicale, Zanibon, Padova 1980.

Rogers C.R., Freedom to learn, Memll, Columbus 1969, trad.it. Giunti Barbera, Firenze 1973.

Rogers C.R., La terapia centrata sul cliente, Martinelli, Firenze 1970.

Scardovelli M., Il dialogo sonoro, Capelli, Bologna 1992.

Scardovelli M., Il feedback costruttivo, Unicopli, Milano 1993.

Scardovelli M. Musica e Trasformazione, ed Borla, Roma 1999

Sini C., La fenomenologia e la filosofia dell'esperienza, Unicopli, Milano 1987.

Wigram T.-Dileo C. (a cura di), Music Vibration, Jeffiry Books, New York 1997.

Wigram T., The development of vibroacoustic Therapy, in Wigram T.-Dileo C. (a cura di), Music Vibration, Jeffrey Books, New York 1997, pp.11-25.

Cuuricola in breve della prof. Giulia Crenaschi Trovesi

Diplomata in Pianoforte con il massimo dei voti presso il Conservatorio "G.

Verdi" di Milano, sotto la guida di Carlo Pestalozza. Ha studiato composizione Principale sotto la guida di Vittorio Fellegara. Ha insegnato Musica e Canto nell'Istituto Magistrale di Bergamo. E' in possesso dell'idoneità per l'insegnamento di Pianoforte principale in Conservatorio. L'interesse per la Pedagogia Musicale a per gli alunni apparentemente meno dotati sfocia negli studi in Musicoterapia. Ha partecipato come relatore a vari Congressi Willems. Il suo impegno di sperimentazione e studi in Musicoterapia è iniziato negli anni settanta. Dal 1981 è responsabile del servizio di Musicoterapia presso l'Istituto di Audiologia, Università degli Studi, Milano. Nel 1989 ha ricevuto il Premio Nazionale "Motta", "Notte di Natale" per l'attività svolta con i bambini sordi. Nel 1991 riceve, a Torino, il Premio per il migliore lavoro presentato al Congresso Medico sulla Patologia Neonatale "Il Neonatale attraverso le immagini". Nel dicembre 1996 il Comune di Bergamo consegna alla prof. G. Cremaschi Trovesi l'ATTESTATO di Civica Benemerita "Per gli eccezionali meriti acquisiti con il suo operato." E' docente presso il Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi. Ha tenuto lezioni in Università straniere. E' guest teacher e supervisore presso il Corso di Musicoterapia della Bristol University, in Bologna. Fondatrice e Presidente dell'Associazione Pedagogia Musicale a Musicoterapia (APMM "Giulia Cremaschi Trovesi). Presidente della FIM (Federazione Italiana Musicoterapeuti). Numerosissime le presenze a Seminari, Convegni, Congressi Nazionali, Europei e Mondiali. Fra le sue pubblicazioni il testo Musicoterapia arte della comunicazione, ed. scient. MaGi Roma 1996.