

Utilizzare la musicoterapia...

di Cinzia Manfredi ✉

Prima proposta d'intervento musicoterapico: l'incubatrice

Per meglio capire la metodologia che vi propongo devo fare una breve premessa teorica del modello musicoterapico che io seguo che è quello del Prof. Rolando Benenzon, una delle massime autorità della mt nel mondo, il quale sottolinea appunto l'importanza della prima parte della nostra vita, quella in utero e quindi della comunicazione madre-feto. Alla base del suo modello troviamo il concetto d' ISO, vale a dire: l'insieme infinito delle energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono ad un individuo e che lo caratterizzano dal momento del concepimento fino ad oggi. Si tratta quindi di una struttura complessa, soggettiva, unica e in continua evoluzione. Il compito del mtp è di aiutare a comporre e riconoscere questa mappa sonora in un contesto non-verbale. E' fondamentale nella relazione mtp-pz trovare un oggetto-intermediario, in altre parole un mezzo di comunicazione da vedersi come prolungamento del soggetto, per stabilire una relazione molto intima, ma che non crei stati d'allarme. Gli strumenti musicali, la voce, il corpo e i suoni da essi prodotti sono gli oggetti-intermediari utilizzabili.

Tornando al concetto di ISO cito il Prof. Rolando Benenzon "Il principio di ISO condensa gli archetipi sonori ereditati ontogeneticamente e filogeneticamente. A questi archetipi si aggiungono, in un percorso evolutivo, i vissuti sonori, vibrazionali e di movimento della vita intrauterina dell'individuo, e successivamente le esperienze vissute con il parto, la nascita e la vita futura. L'ISO si struttura in ciascuno di noi secondo un'unica legge ben precisa, ma la dinamica messa in atto da ogni singola struttura è infinitamente diversa".

I nostri piccoli pz sono passati dalla cavità uterina (battito cardiaco, rumori intestinali e di tutto il corpo, respiro e voce della mamma, suoni e rumori filtrati dal liquido amniotico) al rumore (incubatrice e voci sconosciute). Cosa può provare? Cos'ha e cosa gli manca. Riceve sicuramente ottime cure mediche, che probabilmente sono però invasive, che possono essere dolorose. Chi lo consola? La mamma non può restare sempre con lui, magari non lo può allattare. Come possiamo fare per aiutare questo piccolo essere e la sua famiglia a vivere un momento così difficile?

Mamma e bimbo hanno già avuto modo di conoscersi e di dialogare per nove mesi. Possiamo quindi andare a recuperare la loro storia con un incontro tra genitori, musicoterapeuta ed eventuale psicologo dell'ospedale.

1) Ottimale sarebbe avere un percorso musicoterapico nella gravidanza. Questo ci permetterebbe di avere già tutta la storia musicale di questo rapporto, molto materiale a nostra disposizione e soprattutto un dialogo madre-feto chiaro e sicuro. Cosa potremmo proporre di quest'esperienza al piccolo in incubatrice?

1a) Partiamo dal battito cardiaco della madre. In alcune ricerche sono stati sottoposti a dei neonati battiti cardiaci di persone diverse e si è potuto vedere come i piccoli abbiano riconosciuto quello della propria mamma e si siano calmati se in un momento di nervosismo. Questo ritmo lo ha accompagnato costantemente per tutta la gravidanza e in questa nuova condizione, non del tutto accogliente, potrebbe essergli di conforto. Facendo ascoltare al piccolo il b.c. possiamo muovere delicatamente l'incubatrice in assenza della madre e se questa è presente può provocare un piccolo movimento ritmico del bimbo, un dondolamento e contemporaneamente potrà parlargli o cantare per lui. Il b.c. e la voce materna sono due elementi che tutti i feti hanno percepito, compresi i sordi. L'uomo è infatti in grado di percepire secondo modalità strettamente acustiche (apparato uditivo) e modalità scheletriche e muscolo-cutanee (via corporea e neuro-sensoriale)

1b) Il mtp ha sicuramente registrato alcune sedute durante la gravidanza. Dopo ogni incontro ha compilato un protocollo. Da questo materiale potrà estrapolare momenti significativi per la coppia (mamma-bambino) e anche questi potranno essere proposti al neonato. Si tratterà di frammenti prodotti con gli strumenti, con la voce, o con ambedue. La scelta spetterà al musicoterapeuta e qualora la mamma non potesse partecipare all'intervento con il bambino lo stesso ascolto le sarà proposto in separata sede.

1c) La mamma, da sola o in collaborazione con il papà, durante il corso di preparazione al parto e a casa ha ascoltato musica identificando una o più melodie particolarmente gradite. Può portarle e farle ascoltare al bambino abbinando alla registrazione la sua voce se lo vuole.

1d) Si dà alla famiglia la possibilità di continuare le sedute di musicoterapia durante il ricovero e dopo le dimissioni dall'ospedale.

Modo d'intervento

1) E' sempre il mtp a proporre al neonato il materiale sonoro, possibilmente in collaborazione con il personale che durante il giorno si occupa del pz.

2) Si stila un protocollo che permetta di verificare movimenti, cambiamenti del tono muscolare, apertura degli occhi, torsione della testa, emissione di suoni e rumori o qualsiasi altro piccolo segno. Tutti questi elementi sono importanti per il

proseguimento dell'intervento. Gli strumenti a disposizione del pz sono la voce e il corpo, cioè i mezzi d'espressione più importanti e il nostro non ha ancora subito l'inquinamento, le castrazioni dovute all'adeguamento alle regole imposte dallo stare con gli altri, quindi sia in fase di ricezione sia in fase di emissione sarà molto attento e genuino.

3) Si sceglie un momento della giornata in cui non sono previsti interventi d'altri operatori che si occupano del neonato e l'intervento si effettua due volte al giorno, ad una può partecipare la famiglia. E' importante che questa possa prendersi cura del piccolo.

4) Tutti i giorni è necessaria una verifica dell'equipe che si occupa del pz.

5) Chi è presente alla seduta ascolta lo stesso materiale sonoro proposto al bambino per meglio capire le sue reazioni. Però forse stiamo tutti pensando che non operiamo con queste condizioni. Sicuramente ci ritroviamo ad affrontare situazioni in cui manca la condizione 1), la musicoterapia in gravidanza, che è il nostro contenitore ottimale. Questo non implica però rinunciare al nostro intervento.

Possiamo procurarci il battito cardiaco della mamma (1a), possiamo dialogare con i genitori per crearci una scheda anamnestica musicale della famiglia e crearci le condizioni 1b e 1c registrando del materiale sonoro. Per quanto riguarda la

1d) si tratta di iniziare le sedute di musicoterapia con la famiglia. In ambedue i casi è invece opportuno continuare con le sedute anche dopo l'ospedalizzazione. Solitamente l'intervento musicoterapico prosegue fino al sesto mese di vita del bimbo.

Un intervento simile è prevedibile anche per pz in coma.

E questa è una prima ipotesi di intervento. Cosa facciamo con i bambini che non sono in incubatrice e non sono così piccoli?

Seconda proposta d'intervento – la corsia

L'ospedale attrezza un setting musicoterapico. Il setting è costituito da una stanza insonorizzata, a terra avremo del legno o della moquette. A questo punto cambiamo in parte la nostra modalità d'intervento. Prima abbiamo lavorato con un paziente che può ricevere stimoli, ma che non può utilizzare strumenti musicali. I "soli" mezzi a sua disposizione sono voce e corpo. Ora invece abbiamo bambini più grandi, in grado di manipolare il materiale loro proposto. Possiamo quindi proporre una musicoterapia attiva. Il materiale a nostra disposizione sarà: strumenti ad altezza determinata (a percussione, ad aria, a corde); strumenti ad altezza indeterminata (percussione e non) (illustrare e fare esempi) ed altri eventuali portati dal bambino o dalla famiglia.

Modo d'intervento

1) Sarà necessario un incontro del mtp con i genitori e con chi si occupa del bambino (baby sitter, maestra, nonni) per compilare la scheda anamnestica musicale. A questo punto abbiamo un'idea della storia sonora e musicale del pz che ci permette di capire il perché di alcune sue proposte musicali e ci fornisce spunti di interazione.

2) Chi partecipa alle sedute: il pz, il mt, il co-terapeuta (psicologo dell'ospedale) un infermiere o medico del reparto che segue stabilmente il progetto, la famiglia (non sempre).

3) La famiglia può partecipare ad alcune sedute con il bambino se l'equipe lo ritiene necessario e parallelamente fa un suo percorso.

4) I partecipanti possono esplorare liberamente gli strumenti a loro disposizione, la voce e il corpo. Sulle proposte si instaura un dialogo non verbale alla ricerca dello strumento che può diventare l'oggetto intermediario. Il canale di comunicazione sarà regressivo al fine di permettere per mezzo dell'identità sonora del pz una sua integrazione nel contesto attuale (ospedale) e una libera espressione e canalizzazione dei suoi vissuti.

5) Se tra i pz abbiamo bambini che non possono raggiungere la stanza della mt possiamo creare un setting attorno al suo letto coinvolgendo gli altri suoi compagni di stanza.

6) Si potranno continuare le sedute per un certo periodo dopo le dimissioni.

Penso che un intervento del genere possa collocarsi nell'ambito di una vera prevenzione. Chi ha a che fare con bambini normali, disturbati o portatori di handicap ha modo di verificare quotidianamente come l'ospedalizzazione incida negativamente sulla psiche dei piccoli pazienti. Personalmente mi ritrovo spesso a constatare come prima e dopo un ricovero sia necessario contenere un aumento notevole dell'aggressività. Prima perché sentono parlare in casa i genitori che chiaramente trasmettono loro ansia e

tensione e dopo perché sfido chiunque ad uscire sereno e rilassato dopo un'ospedalizzazione. Quindi il poter esprimere e canalizzare la rabbia, l'impotenza, la frustrazione durante e dopo il ricovero permetterebbe al piccolo di elaborare questo vissuto quotidianamente e agli operatori di lavorare con maggiore serenità. Inoltre un intervento con la mt, quindi l'uso di un canale non verbale è accessibile a tutti. Difficile sarebbe l'aiuto con una terapia verbale ad un paziente che non parla! Lo stesso discorso vale per la famiglia. Spesso ci limitiamo a considerare il nostro corpo come una macchina, quindi ricorriamo al medico come al meccanico che la fa ben funzionare. Ma c'è anche bisogno di un buon carburante e una componente fondamentale è il benessere psichico, non a caso si parla molto di malattie psicosomatiche. Allora penso varrebbe veramente la pena ottimizzare lo sforzo di tutti: pazienti, famiglie e operatori al fine di favorire la guarigione che è lo scopo comune inserendo nei servizi un "distributore" di questo carburante. Volendo uscire un po' dal tema del convegno di oggi, ma non vedo differenze tra bambini e adulti un progetto simile sarebbe auspicabile per tutta la struttura ospedaliera.

Abbreviazioni

Mtp: musicoterapeuta

Mt: musicoterapia

Pz: paziente

b.c.: battito cardiaco