

CRESCERE TOCCANDO

Aiutare il bambino con deficit visivo
attraverso il gioco sonoro.
Uno strumento per educatori
e terapisti

MARIA LUISA GARGIULO
VALTER DADONE



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

CRESCERE TOCCANDO

Aiutare il bambino con deficit visivo
attraverso il gioco sonoro.
Uno strumento per educatori
e terapeuti

MARIA LUISA GARGIULO
VALTER DADONE

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

In copertina: immagine di Davide Montanaro per studiodsgn.com
Per gentile concessione

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Introduzione	pag.	9
Parte prima		
Capire i bambini con problemi di vista		
Introduzione alla Parte prima	»	15
1. Deficit visivo primario e acquisito, cecità e ipovisione, pluriminorazione	»	17
1. Per iniziare	»	17
2. Differenza tra ipovisione e cecità	»	18
3. Deficit visivo alla nascita e deficit acquisito	»	19
4. Pluriminorazione e deficit visivo semplice	»	21
5. La vista e il deficit visivo nello sviluppo	»	25
6. Esperienza precoce, memoria e conoscenza	»	28
7. Esperienze precoci e disabilità visiva	»	31
2. Agevolare l'autonomia	»	37
1. Creare facilitatori ambientali	»	38
2. Esplorazione libera o guidata?	»	42
3. Presentazione, descrizione, assistenza all'esplorazione, attesa	»	47
4. Suono e movimento	»	52
5. Fenomeni acustici importanti	»	54
6. Strategie di esplorazione tattile e di azione con gli oggetti	»	58

Schede di approfondimento

Le tecniche di accompagnamento	pag.	61
L'attaccamento	»	63
Paura, protezione, esplorazione, nelle relazioni di attaccamento	»	65
Stima del numero delle persone con disabilità in Italia, con particolare riguardo alle persone con deficit visivo e ai bambini	»	70

Parte seconda La musicoterapia

Introduzione alla Parte seconda	»	75
3. Musicoterapia, deficit visivo e riabilitazione	»	76
1. Per iniziare	»	76
2. Gli ambiti di applicazione della musicoterapia	»	77
3. I modelli di musicoterapia	»	80
4. La comunicazione in musicoterapia	»	83
4. La musicoterapia Benenzon	»	85
1. Teoria della musicoterapia secondo il Modello Benenzon (MTB)	»	85
2. I differenti Iso secondo Benenzon	»	86
3. La distanza emotiva in musicoterapia e l'empatia	»	91
4. Il silenzio in musicoterapia	»	93
5. Le <i>tappe</i> del processo musicoterapico	»	95
6. Gli strumenti musicali: realtà acustica e tattile	»	95
Schede di approfondimento		
Il ritmo all'interno del processo musicoterapico	»	99
Rilevazione e ricostruzione delle esperienze corporo-sonoro-musicali	»	100
Classificazione degli strumenti musicali	»	103

Parte terza
L'attività con bambini con deficit visivo

Introduzione alla Parte terza	pag.	107
5. Il musicoterapista e il buio	»	109
1. L'importanza di modificare il proprio punto di osservazione	»	109
2. Sull' <i>Extra-Visual Training</i>	»	113
3. Perché crearsi una teoria della mente dell'altro	»	115
6. L'organizzazione del setting e l'azione concreta	»	119
1. Lo spazio nella musicoterapia: forme, distanze, disposizioni, quantità e qualità di oggetti	»	119
2. Musica ed emozioni	»	129
3. I suoni e le distanze	»	131
7. Conoscenza, interazione e manipolazione	»	134
1. Suoni persi nel nulla	»	134
2. Unificare la realtà	»	135
3. Esplorare per conoscere	»	136
4. Attenzione condivisa	»	138
8. La funzione degli strumenti nella relazione	»	144
Postfazione , di <i>Rolando Benenzon</i>	»	153
Bibliografia	»	157

Introduzione

Questo testo può fornire strumenti utili alle persone che, per motivi personali o professionali, intendono affinare le proprie conoscenze e competenze operative nel settore della minorazione visiva, ed in particolare per ciò che riguarda i bambini ipovedenti e non vedenti, anche affetti da minorazioni aggiuntive.

Nonostante vi siano dettagli ed esempi pratici che riguardano l'attività di musicoterapia, esso può essere utilizzato anche da educatori, psicologi, psicomotricisti, logopedisti, ed in generale da tutti coloro i quali svolgono attività di tipo educativo o riabilitativo in questo settore.

Inoltre, i musicoterapisti che intendono operare nel settore della minorazione visiva potranno trovare specifiche indicazioni sulle integrazioni e sulle modificazioni concrete alla metodologia operativa, che è necessario apportare.

La particolare attenzione che viene data agli aspetti ambientali ne rende consigliabile la lettura anche a chi si occupa di studiare la relazione tra l'individuo con problemi di vista e lo spazio che lo circonda. Questi professionisti possono utilizzare elementi di psicologia della percezione extravisiva, per progettare e valutare differenti spazi di vita.

È stata adottata una particolare cura nella descrizione di numerosi esempi che riguardano bambini con i quali si è realmente lavorato, riportati con nomi di fantasia, che sono significative testimonianze dell'attività svolta sul campo.

Il testo nasce dal lavoro comune di una psicologa esperta nelle problematiche che riguardano le persone con deficit visivo e di un musicoterapista con una formazione aggiuntiva sulla minorazione visiva; entrambi collaborano con il centro di riabilitazione estensiva dedicato a persone con deficit visivo ed altre minorazioni, del Centro Regionale S. Alessio – Margherita di Savoia per i ciechi di Roma.

Quest'opera è scaturita da un lavoro di affinamento ed ottimizzazione della musicoterapia e del suo setting, lavoro derivante dalla conoscenza delle problematiche tipiche dei bambini con deficit visivo, anche associato ad altre minorazioni, che è stato svolto grazie alla preparazione teorica e all'esperienza pratica degli autori.

La struttura del testo riflette il processo con il quale gli autori hanno integrato le loro competenze. Ciascuno dei due ha apportato le proprie conoscenze specifiche, scrivendo rispettivamente la prima e la seconda parte rielaborate successivamente insieme. La terza, invece, è pienamente rappresentativa del lavoro comune.

Maria Luisa Gargiulo, psicoterapeuta di origine rogersiana, è attualmente impegnata nello studio e nell'applicazione clinica della teoria dell'attaccamento ed in generale della psicologia cognitiva.

Ha contribuito con la propria specifica esperienza delle problematiche inerenti i bambini non vedenti, ipovedenti, affetti anche da altri gravi deficit associati. Le pagine che descrivono le particolarità evolutive, relazionali e comportamentali di queste persone, riflettono il suo approccio cognitivo evolucionista, le sue conoscenze della psicologia della percezione extravisiva e del funzionamento della persona ipovedente e non vedente, nella comunicazione interpersonale e nel rapporto con l'ambiente.

Valter Dadone è professore di musica, musicoterapista e didatta, formatosi con il Modello di musicoterapia attiva Benenzon e con esperienze nelle applicazioni cliniche della musicoterapia. Ha affinato le proprie competenze riguardanti l'applicazione della musicoterapia alle persone con deficit visivo, sviluppando in particolare una metodica applicativa che tiene presenti le specifiche capacità percettive dei bambini non vedenti ed ipovedenti, per ciò che riguarda la comunicazione interpersonale, il rapporto con gli oggetti e con lo spazio, attraverso l'utilizzo dei sensi vicarianti del tatto e dell'udito. La sua competenza e sensibilità personali sono state potenziate da una formazione specifica in *Extra-Visual Training*.

Struttura dell'opera

La **Parte prima** costituisce un'impalcatura teorica e concettuale di riferimento, per orientare il lettore sulle determinanti specifiche del funzionamento delle persone con problemi di vista, con particolare riguardo all'ipovisione e alla cecità primarie o precoci.

L'organizzazione percettiva del bambino con deficit visivo e le modalità con le quali questa condizione incide nella relazione genitore-bambino, so-

no esaminate per illustrare l'importanza delle esperienze precoci, implicite e preverbal, e le modalità con cui il bambino tende a compensare la carenza della vista. La presenza della minorazione visiva induce ad una maggiore attenzione agli aspetti uditivi, tattili, propriocettivi e cinestetici, riguardanti l'ambiente in genere ed in particolare "l'esperienza di sé con l'altro". Contemporaneamente, essa comporta una certa difficoltà ad acquisire informazioni non verbali derivanti dalla vista, spesso determinanti per la comprensione dell'intenzione presente nel comportamento altrui (cap. 1).

La concomitante esistenza, nell'adulto, di comportamenti derivanti sia da intenzioni di aiuto, supportive e di sostegno, che provenienti da sentimenti di paura e di allarme, costituisce un fattore di rischio per la possibilità di disorganizzazione del comportamento del bambino, di inibizione della sua naturale ed utile tendenza ad esplorare e di insorgenza di stati caratterizzati da disorientamento, paura, passività e distacco relazionale.

Le peculiari caratteristiche della forma di conoscenza basata sul tatto e sull'udito determinano una differente organizzazione dei comportamenti e dei modi in cui l'organismo tende a soddisfare i propri vari bisogni. La comprensione di queste modalità rende possibile nell'adulto la creazione di una rappresentazione realistica dei modi nei quali il bambino funziona e delle sue necessità. Ciò rende in grado l'adulto di essere più capace di cogliere le intenzioni del bambino, diventando più efficace nel comunicare le proprie, in modi più comprensibili all'altro.

Esistono poi delle caratteristiche dell'ambiente fisico, "facilitatori ambientali", che sono in grado di rispondere più adeguatamente a queste necessità percettive (cap. 2).

Nella **Parte seconda** si illustreranno le caratteristiche peculiari proprie della musicoterapia, al fine di fornire un'idea precisa delle potenzialità e delle specificità di questa disciplina. Infatti, essa è fra le attività che possono essere particolarmente utili nel contribuire ad attivare o sviluppare alcuni funzionamenti che sono, o potrebbero essere, condizionati negativamente dal deficit visivo. La musicoterapia, nelle sue differenti forme ed applicazioni, è una disciplina piuttosto diffusa ma non conosciuta a fondo nelle sue metodiche e finalità (cap. 3).

In particolare, esiste uno specifico approccio musicoterapico che utilizza un contesto di comunicazione non verbale, molto adatto per veicolare contenuti dell'esperienza di tipo implicito, presimbolico e preverbale.

Tale contesto riconosce e utilizza l'esistenza di esperienze percettive corporo-sonore apprese sin dall'inizio della vita, registrate nella memoria implicita, e l'esistenza, nel patrimonio innato di ciascun individuo, di elementi significativi di tipo sonoro, cinestetico, tattile, propriocettivo, eccete-

ra. Questi elementi, aventi un valore evolucionistico, sono implicitamente riconosciuti come dotati di significato e possono attivare o riattivare funzionamenti adeguati nella persona, se sostenuti da una relazione opportuna. È possibile ottenere informazioni sulle prime esperienze corporo-sonore attraverso una specifica anamnesi che viene compiuta con la collaborazione dei genitori. Ciò aiuterà il musicoterapista a comprendere meglio il comportamento del bambino e ad orientare la propria attività (cap. 4).

La **Parte terza** si focalizza sulle applicazioni conseguenti ai presupposti illustrati nelle parti precedenti.

La peculiare condizione che deriva da un deficit visivo, determina spesso comportamenti non immediatamente comprensibili da parte di una persona normovedente. Da ciò deriva la particolare utilità dello sperimentare in prima persona il funzionamento dei sensi dell'udito e del tatto, nell'esplorazione dell'ambiente e nelle relazioni interpersonali. Ciò facilita da parte del riabilitatore la comprensione di alcune reazioni e comportamenti del bambino e la creazione di una rappresentazione delle sue intenzioni. L'esperienza in *Extra-Visual Training* contribuisce quindi alla formazione di una teoria della mente dell'altro, utile alla relazione terapeutica, perché facilita nel riabilitatore atteggiamenti più spontanei, comprensivi ed empatici (cap. 5).

La strutturazione della stanza di musicoterapia, l'organizzazione e collocazione degli oggetti, la distanza interpersonale e fisica, l'uso della comunicazione non verbale, sono elementi dei quali si propone una opportuna modificazione, a partire dalle necessità specifiche di chi deve vivere questi contesti avvalendosi di modalità sensoriali alternative alla vista (cap. 6).

L'approccio agli oggetti esplorati e utilizzati durante l'attività, tiene conto delle particolari necessità intrinseche nell'atto di toccare, sia al fine di consentire al bambino la creazione di un'immagine mentale unitaria dell'oggetto che sta manipolando, sia per poter utilizzare gli oggetti per gli scambi comunicativi all'interno della relazione con il musicoterapista. In particolare, possono essere individuati "facilitatori relazionali", finalizzati ad agevolare l'instaurarsi della situazione di attenzione condivisa tra il bambino e il terapeuta, nell'ambito di un'interazione di tipo cooperativo paritetico, situazione che a volte è più difficile da raggiungere a causa della mancanza di alcune informazioni non verbali veicolate dalla vista (cap. 7).

Utilizzando per comodità espositiva la classificazione convenzionale dell'uso degli strumenti in musicoterapia, è descritto il modo in cui gli oggetti sonori sono praticamente usati durante l'attività, all'interno della relazione (cap. 8).

Parte prima

**Capire i bambini
con problemi di vista**

Introduzione alla Parte prima

In questa prima sezione del libro verranno illustrati alcuni concetti basilari, con lo scopo di aiutare il lettore ad aumentare la propria comprensione dei comportamenti e dei bisogni dei bambini con problemi di vista. Essa potrà essere utile a coloro i quali, per qualsiasi motivo, sono intenzionati ad affinare le proprie competenze e sensibilità per comprendere aspetti importanti che riguardano: il modo in cui questi bimbi si sviluppano, le strategie per compensare la minorazione della vista, le problematiche psicologiche, comportamentali e inerenti la relazione di attaccamento.

Nel primo capitolo si cercherà di indicare alcuni concetti che sono utili per definire i termini e le dimensioni dei fenomeni di cui parliamo, e per illustrare come le differenti condizioni di cecità congenita od acquisita, ipovisione, pluriminorazione, possono determinare situazioni molto differenti tra loro. Inoltre si illustrerà l'importanza delle specifiche esperienze precoci, vissute dal bambino e dai suoi genitori, come fondamentali per lo sviluppo e l'equilibrio futuro.

Il secondo capitolo ha come oggetto la descrizione di comportamenti che l'adulto può adottare e di condizioni ambientali che si possono predisporre, per venire incontro alle necessità di un bambino con problemi di vista con riferimento alla sua conquista dell'autonomia.

Verranno illustrate infatti alcune caratteristiche ambientali che facilitano le persone con deficit visivo. Esse possono essere prese come riferimento per la valutazione degli spazi, ai fini dell'abbattimento delle barriere percettive ed architettoniche.

Saranno poi illustrati alcuni aspetti relativi al funzionamento della conoscenza mediante i sensi dell'udito e del tatto. Le caratteristiche di questi processi percettivi possono spiegare molti comportamenti dei bambini. Comprendere le necessità legate a queste modalità sensoriali può essere molto utile e spesso addirittura determinante.

La parte prima è completata da alcune schede di approfondimento:

- 1 tecniche di accompagnamento;
- 2 l'attaccamento;
- 3 paura, protezione, esplorazione, nelle relazioni di attaccamento;
- 4 stima del numero delle persone con disabilità in Italia, con particolare riguardo alle persone con deficit visivo e ai bambini.

Parole chiave: *bambino, ipovisione, esperienza precoce, cecità, relazioni di attaccamento, esplorazione tattile, orientamento, assistenza, facilitatori ambientali, traccia sonora, ombra acustica, barriere percettive, contrasto di luminanza, coordinazione bimanuale, sviluppo psicomotorio, pluriminorazione, epidemiologia, prematurità.*

1. Deficit visivo primario e acquisito, cecità e ipovisione, pluriminorazione

1. Per iniziare

Ci sembra utile iniziare il nostro discorso tracciando un primo profilo delle persone di cui si parla in questo libro, anche per chiarire alcuni presupposti di base e per contribuire a definire un quadro di riferimento. Le persone con deficit visivo sono genericamente quelle affette da una menomazione agli organi ed alle strutture anatomiche riguardanti la vista, o interessate da un'alterazione delle funzioni collegate a questo senso¹.

Come punto di partenza, è importante tenere presenti almeno tre diversi aspetti della situazione di minorazione visiva, affinché sia possibile iniziare ad orientarsi.

Per un primo approccio all'inquadramento delle problematiche individuali di ciascuna persona, è utile considerare almeno tre variabili, ognuna delle quali descrive una condizione all'interno di un continuum dimensionale.

1) La **dimensione percettiva** sta qui ad indicare la quantità e specialmente la qualità delle informazioni visive disponibili per la persona. Vengono quindi presi in considerazione fattori riguardanti la cecità rispetto all'ipovisione.

¹ Le menomazioni delle funzioni e delle strutture corporee, le limitazioni dell'attività e le restrizioni alla partecipazione sono gli elementi descrittivi della Classificazione ICF (Classificazione del Funzionamento della Disabilità e della Salute), che è lo strumento ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni. L'ICF è il risultato di 7 anni di un lavoro svolto in 65 paesi, pubblicato nella sua prima versione nel 2001 in seguito alla revisione della vecchia classificazione ICIDH (1980). Recentemente l'OMS ha pubblicato la prima classificazione del funzionamento della disabilità e della salute (ICF-CY ICF version for Children and Youth) applicabile ai bambini e agli adolescenti (2007).

2) La **dimensione temporale** sta ad indicare la storia clinica della minorazione visiva, il periodo in cui è insorta e si è modificata, la prognosi eventualmente possibile sull'evoluzione futura. La variabile, quindi, concerne la natura primaria della minorazione rispetto a quella acquisita.

3) La **dimensione del funzionamento globale** indica la correlazione con altri eventuali fattori di salute o di sviluppo, che possono condizionare le capacità della persona, specialmente se altri deficit vanno ad intaccare proprio le risorse utili all'organismo per compensare la minorazione visiva. La variabile quindi ha a che fare con la minorazione visiva semplice rispetto alla pluriminorazione.

2. Differenza tra ipovisione e cecità

Volendo iniziare a considerare la questione **cecità-ipovisione**, si tenga presente che la legge n. 138 del 2001 classifica le persone con problemi visivi in “ipovedenti”, lievi, medi, medio-gravi e gravi, e “ciechi”, parziali o totali, a seconda dell'ampiezza del campo visivo e della acuità della vista. Esistono tuttavia molti altri fattori, che concorrono a determinare le numerose situazioni di ipovisione². Le persone ipovedenti, sebbene siano in grado di utilizzare alcune informazioni visive, possono avere differenti carenze nella loro funzione visiva. Questo determina una qualità delle immagini visive ed una capacità di utilizzare la vista che varia da persona a persona. Ci possono essere problemi nel riconoscere i colori, le sfumature intermedie tra il chiaro e lo scuro, le forme, le distanze, i dettagli da vicino o da lontano, problemi a vedere immagini poste in una determinata area del campo visivo, o più di una di queste limitazioni messe insieme e con differenti livelli di gravità.

Si intuisce quindi che, mentre è abbastanza comprensibile sul piano percettivo che cosa si intende per cieco, non è possibile a priori stabilire quale sia la condizione visiva di una singola persona ipovedente.

È molto difficile valutare le funzionalità visive dei bambini ipovedenti³,

² Lo strumento che descrive specificamente la qualità e quantità delle informazioni visive a disposizione di una persona si chiama diagnosi funzionale visiva. Questa non deve essere confusa con la diagnosi clinica, che è la descrizione delle patologie che sono causa della minorazione.

³ Negli ultimi anni da parte di clinici specializzati in ipovisione infantile, si sono sviluppati strumenti e metodologie per la valutazione informale delle capacità funzionali visive dei bambini. In parte si tratta della semplificazione delle prove visive che vengono somministra-

per vari ordini di fattori. La disponibilità e la capacità di collaborare sono minori, come pure quella di descrivere verbalmente la propria condizione soggettiva e i differenti disturbi possibili. Inoltre, la maggiore sincreticità e una minore differenziazione delle varie funzioni del bambino, rende più difficile all'osservatore attribuire la causa dei suoi comportamenti; pertanto è più difficile, in confronto a quanto si può fare con gli adulti, determinare il ruolo della vista nei diversi comportamenti, rispetto alle altre fonti di informazioni. Non ultimo, vi è spesso un grosso problema di tipo emotivo che concorre a complicare le situazioni: i bambini ipovedenti si trovano frequentemente a subire pressioni nel dover dimostrare le proprie prodezze visive, al fine di rassicurare le figure di attaccamento⁴. Così, spesso l'utilizzo della vista diviene un obiettivo implicitamente appreso, e somiglia sempre più spesso ad un fine da raggiungere, che non ad un mezzo per conoscere.

3. Deficit visivo alla nascita e deficit acquisito

La dimensione temporale rispetto all'**età di insorgenza** della minora-zione visiva, è molto importante per comprendere le condizioni nelle quali si sono sviluppate le varie funzioni psicofisiche. Infatti, come sarà possibile illustrare meglio in seguito, la mancanza della vista conduce all'attivazione di una serie di funzioni compensative, sia dal punto di vista percettivo che difensivo. Non esiste un rapporto lineare tra la mancanza della vista dalla nascita ed un ritardo nell'acquisizione delle varie tappe di sviluppo. Tuttavia il grave deficit visivo primario, come le ricerche dimostrano, funziona come un significativo fattore di rischio. È possibile individuare alcune variazioni statisticamente significative nei tempi di acquisizione di alcune tappe motorie, delle competenze di tipo spaziale, dello sviluppo cognitivo e del linguaggio.

Purtroppo non esiste una letteratura ampia, tesa ad osservare qualitativamente e quantitativamente questi fenomeni. Esistono poi ancor meno

te agli adulti, ma il più delle volte si devono utilizzare test realizzati appositamente per bambini, anche in condizioni particolari. Tra le più attendibili, sono da annoverare le batterie di test di Lea Hyvarinen, che vanno comunque utilizzate con una specifica metodologia di approccio al bambino che sia non invasiva, interattiva e rispettosa delle sue particolarità.

⁴ Si intende per relazione di attaccamento quella con una persona dalla quale ci si aspetta cura e vicinanza protettiva, quando ci si trova in uno stato di vulnerabilità, paura, minaccia. Generalmente si tratta quindi della persona percepita dal bambino come più determinante per la propria sopravvivenza. Si vedano le schede di approfondimento relative all'attaccamento.