



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

SCUOLA DI MEDICINA

CORSO DI LAUREA DI I LIVELLO IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

TESI DI LAUREA SPERIMENTALE IN
METODI E DIDATTICA DELLE ATTIVITÀ MOTORIE

“UN CORPO CHE DANZA”:
PERCORSI EDUCATIVI E IMPLICAZIONI DIDATTICHE.
UNO STUDIO DI CASO

Relatore:
Chiar.ma Prof.ssa Serafina Pastore

Laureanda:
Adriana Leuci

Anno Accademico 2014-2015

*“Lavorare con i bambini, anche quelli difficili,
non è questione di pazienza: è questione di passione”*

Mario Lodi

INDICE

INTRODUZIONE	5
--------------------	---

CAPITOLO I: LA PEDAGOGIA SPECIALE

1.1 Pedagogia speciale e disabilità	7
1.2 I bisogni educativi speciali	11
1.3 Gli interventi legislativi a tutela dei soggetti con disabilità	15
1.4 L'integrazione del «diversabile»: gli strumenti	21

CAPITOLO II: LA DANZAMOVIMENTOTERAPIA

2.1 Corpo e disabilità	24
2.2 Origine e sviluppo della Danzaterapia	28
2.3 Comunicazione non verbale, fiducia nel terapeuta e rapporto con il gruppo	37

CAPITOLO III: DANZAMOVIMENTOTERAPIA: UNO STUDIO SUL CAMPO

3.1 Premessa	45
3.2 La sindrome di Down	46
3.2.1 Il caso clinico	47
3.3 La sessione di Danzamovimentoterapia	51
3.4 Strumenti di raccolta dati	54
3.5 Presentazione dei risultati	57

CAPITOLO IV: L'INTERVENTO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE E LA DANZAMOVIMENTOTERAPIA

4.1 Il profilo dell'Educatore Professionale	69
4.2 Educatore Professionale e danzaterapia.....	70
CONCLUSIONI	72
BIBLIOGRAFIA	73
SITOGRAFIA.....	76

INTRODUZIONE

Sebbene apparentemente danza e terapia possano sembrare due ambiti distinti, in realtà si sposano in un perfetto binomio: quello della danzaterapia.

Questa disciplina, anche se poco conosciuta, rappresenta un valido sostegno per situazioni di difficoltà motoria, per diverse patologie in cui vi è una comunicazione vocale problematica e per difficoltà relative all'incapacità di esprimere le emozioni.

La danzamovimentoterapia è una disciplina che agisce sulla sfera emotiva, sociale e cognitiva; inoltre, riesce a stimolare la creatività migliorando la qualità della vita e portando maggior benessere psico-fisico in ciascun soggetto. Grande centralità viene assegnata al corpo e al movimento, principale mezzo con cui entrare in rapporto con l'altro; è lo strumento che permette a ciascuno di esternare bisogni o emozioni altrimenti non esprimibili.

L'idea di focalizzare tale lavoro di tesi sull'argomento della DanzaMovimentoTerapia nasce sia dall'idea di voler far conoscere maggiormente questa metodologia poiché per molto tempo sono state sottovalutate le artiterapie e solo recentemente si sta riconoscendo il loro valore terapeutico e riabilitativo ma anche perché rappresenta un'attività che mi vede particolarmente coinvolta in qualità di volontaria presso l'associazione *Gocce nell'Oceano-ONLUS* che organizza, dunque, sessioni di danzaterapia unite ad altre attività.

A tal fine, il percorso di tesi è stato così articolato. Il primo capitolo si sofferma sulla pedagogia speciale osservando quelli che possiamo definire *bisogni educativi speciali* attribuibili a coloro che sono in una situazione di disagio affettivo, sociale o cognitivo. Questa categoria di bisogni prevede una risposta che si concretizzi nell'appagamento di tali necessità e bisogni determinati dal deficit, al fine di rendere il disabile «abile in modo diverso». Inoltre, dall'analisi/osservazione dell'iter legislativo delineato si può comprendere come sia stato arduo e tortuoso il percorso di inclusione, integrazione ed inserimento del soggetto disabile all'interno di contesti sociali, lavorativi e scolastici. Difatti, molteplici sono state le situazioni di segregazione ed esclusione che hanno contraddistinto la storia della disabilità; vengono, infine, evidenziati gli strumenti di integrazione del «diversabile».

Il secondo capitolo mira a delineare meglio l'ambito della danzamovimentoterapia. Innanzitutto, è stata evidenziata l'importanza del corpo e dell'immagine corporea; successivamente, sono state largamente trattate le origini e lo sviluppo di tale metodologia

identificando le figure principali che hanno portato la danza ad essere concepita come una possibile forma di comunicazione alternativa. La danzamovimentoterapia si può considerare come una disciplina che non si limita ad un'analisi oggettiva delle inabilità e abilità del soggetto e alla presentazione di esercizi da ripetere meccanicamente; questa si propone di effettuare uno studio globale della persona recuperando le potenzialità nascoste. Inoltre, viene messa in evidenza l'importanza del danzamovimentoterapeuta che rappresenta un sostegno per i progressi e i miglioramenti della persona: è colui il quale determina il clima delle sedute, sceglie il materiale da utilizzare e dà istruzioni. Oltretutto, egli deve saper stabilire un'alleanza terapeutica con ciascuno, rispettare la distanza posta inizialmente dal soggetto, per determinare, in un secondo momento, una relazione empatica attraverso il linguaggio corporeo.

Nel terzo capitolo, infine, verrà presentato il lavoro di ricerca che si propone di evidenziare se e come la danzaterapia abbia delle ripercussioni positive su di un bambino con sindrome di Down, aumentando la relazione con l'altro, diminuendo i comportamenti problema e riducendo le stereotipie.

Nel quarto ed ultimo capitolo viene presentata la figura dell'educatore professionale e, nello specifico della sessione di danzaterapia, come una risorsa e figura fondamentale nella relazione con il bambino.

CAPITOLO PRIMO

LA PEDAGOGIA SPECIALE

*“Ogni bambino è speciale.
I bambini sono come farfalle nel vento:
alcuni possono volare più di altri,
ma ognuno vola nel modo migliore che gli è possibile.
Perché, quindi, fare dei paragoni?
Ognuno è diverso, ognuno è speciale,
ognuno è bello ed unico!”*

1.1 PEDAGOGIA SPECIALE E DISABILITA’

È importante inquadrare il ruolo della Pedagogia Speciale come scienza che si occupa di educazione e che è pertanto strettamente correlata alla pedagogia generale. Condivide con quest’ultima l’oggetto di studio ovvero i problemi relativi all’educazione ma, allo stesso modo, possiede un proprio e specifico campo di ricerca nell’educare coloro che hanno bisogno di strategie educative specifiche e tecniche adeguate ai loro speciali bisogni. Come affermato da Genovesi *«La pedagogia speciale è quella disciplina che studia le problematiche educative che intervengono nel rapporto con soggetti “speciali”, cercando di individuare le soluzioni più funzionali al miglior proseguimento del rapporto stesso»*. (Genovesi, 2005)

La definizione di pedagogia speciale ha sostituito termini a lungo utilizzati quali pedagogia emendativa, ortopedagogia, pedagogia curativa, pedagogia di sostegno o di aiuto. L’attuale impostazione della pedagogia speciale trova le sue fondamenta in un mito fondatore la vicenda di Victor «il ragazzo selvaggio», un adolescente affetto da disturbi linguistici, ritrovato nei boschi in Francia verso la fine del ‘700. Tale mito rappresenta il punto di inizio per un’idea di educabilità in merito ad una particolare situazione deficitaria, un nuovo impegno di ricerca che necessita l’utilizzo di nuovi strumenti, nuove capacità e conoscenze prendendo in considerazione soggetti a lungo

considerati non curabili, non educabili e spesso identificati con termini quali «deficiente», «cretino» o «anormale».

Da un notevole studio sullo sviluppo della pedagogia speciale sono stati evidenziati alcuni momenti evolutivi tra i quali troviamo:

- la convinzione che fosse desiderabile una educazione obbligatoria per tutti;
- il riconoscimento della convenienza di estendere i vantaggi educativi ai disadattati o handicappati;
- uno sviluppo parallelo di servizi educativi e igienici, col sorgere di problemi riguardanti l'integrazione di questi servizi;
- una organizzazione locale, provinciale o nazionale di carattere pubblico, parallelamente ai servizi e alle istituzioni create e mantenute dai privati. (Taylor, 1960).

La pedagogia speciale si propone di *«rispondere ai problemi delle diversità derivate dalla presenza di deficit, al fine di produrre risposte speciali a problemi specifici in ampi contesti, evitando storiche logiche di separatezza e di esclusione del soggetto diversamente abile dalle relazioni sociali significative»* (Gaspari, 2001:573), in modo da individuare metodi adeguati per fornire buone possibilità di educazione e di integrazione nell'ambiente sociale. Tale scienza deve dunque occuparsi dell'educabilità di coloro che la società, per molto tempo, ha escluso e/o segregato.

Da sempre, in ogni epoca e in ogni uomo, è stata presente la paura del diverso, la paura di colui che infonde preoccupazione e turbamento e che spinge coloro che si considerano normali ad avere reazioni di difesa che portano ad escludere e isolare tale problema nonché tali soggetti. Gli sguardi delle persone normali non fanno altro che comunicare delle sensazioni sgradevoli che vengono però ben comprese da coloro che hanno bisogni speciali: è proprio di tali soggetti che si occupa la *pedagogia speciale* riconoscendo in loro umanità ed educabilità e lavorando di conseguenza per cercare di soddisfare i loro bisogni specifici e speciali. È una scienza coinvolta nel risolvere problemi di soggetti incapaci di procedere con dignità, motivo per cui deve poter offrire risposte ai problemi dell'esistenza, deve proporre dei percorsi educativi innovativi nonché convincere gli educatori a pensare ed attuare delle metodologie didattiche di integrazione.

Per poter meglio comprendere quali siano i destinatari della pedagogia speciale, è opportuno far riferimento ad un brano tratto dal documento dell'UNESCO del 1968 in cui si fa riferimento alla scuola: *«la scuola dovrà accogliere tutti i ragazzi, con qualunque caratteristica di tipo fisico, intellettuale, sociale, affettivo, linguistico o altro. Dovrà accettare nel medesimo modo i ragazzi handicappati e i superdotati, i ragazzi*

abbandonati e che lavorano, i fanciulli delle popolazioni isolate o nomadi, delle minoranze linguistiche, tecniche o culturali come i fanciulli di altri gruppi sfavoriti ed emarginati» (UNESCO, 1968). Viene dunque proposto un modello di scuola aperta a tutte le forme di diversità ove i destinatari della pedagogia speciale possono essere individuati in coloro che, per motivi intrinseci e non, hanno bisogno di una relazione educativa specifica in un particolare momento della vita o in maniera definitiva. Tale pedagogia viene considerata una scienza che deve collaborare ed interagire in maniera interdisciplinare con le diverse materie di studio. Come notato da D'Alonzo «*i grandi personaggi fondatori di questa scienza, Itard, Montessori, Decroly erano, infatti, dei medici che capirono l'importanza di "educare", divennero dei grandi pedagogisti e seppero lottare, ricercare e sperimentare metodi ed attività innovative per poter offrire le risposte educative capaci di dare dignità umana ai loro allievi. Capirono che per il bene dei soggetti con bisogni speciali occorreva lottare per rivendicare il loro diritto ad essere considerati persone educabili, in grado di poter attuare le potenzialità personali in risposta ad un intervento educativo competente*». (D'Alonzo, 2003:16). Naturalmente, non è possibile non ricordare che, da sempre, la diversità è stata bersaglio di stigmatizzazione, di categorizzazione, di discriminazione e stereotipi di vario tipo. Tipico della mentalità occidentale, in passato, era identificare il sintomo con la persona trascurando così le parti sane della personalità.

Per molto tempo, nella cultura occidentale, è stato usato in senso dispregiativo il termine «handicappato» provocando la nascita di una condizione di disuguaglianza. Oggi utilizziamo il termine handicap per indicare l'impatto sociale di un deficit accertato che sia esso corporeo, personale, sociale e che comporti una diminuzione delle capacità individuali e una minore autonomia. Ciò che deve essere ben chiaro è il fatto che l'handicap non debba essere necessariamente l'esito di una disabilità, così come quest'ultima non debba inevitabilmente derivare direttamente da una malattia. Il disabile, di fatto, non è forzatamente un malato. (Elia, 2012). Con il termine disabilità si può includere qualsiasi restrizione o carenza della capacità di svolgere un'attività in un modo ritenuto normale per l'essere umano. È caratterizzata da un allontanamento, per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nell'espressione di comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) pubblica nel 2001 l'ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health - un documento in cui si parla di funzioni, di disabilità, di fattori contestuali ambientali e di partecipazione sociale. L'ICF

rappresenta una notevole svolta nel percorso di revisione del concetto di disabilità; esso raggruppa in maniera sistematica gli stati funzionali relativi alla condizione di salute, con l'obiettivo di fornire un linguaggio standard che sia da modello di riferimento per l'analisi del funzionamento e delle disabilità del soggetto, a livello corporeo, personale e sociale. Il documento sopra citato è finalizzato ad una classificazione sistematica, atta a descrivere le modificazioni dello stato di salute inteso come benessere globale della persona considerata nella sua multidimensionalità, nell'interazione di più fattori e variabili e legato a vari livelli del funzionamento umano biologico, psichico o sociale. Grazie a tale strumento è possibile descrivere:

- il funzionamento, cioè gli aspetti che vengono considerati positivi di una persona, ciò che è in grado di fare;
- la disabilità, ovvero gli aspetti "negativi" del funzionamento, ciò che non è in grado di fare;
- i fattori contestuali, ossia l'influenza positiva o negativa che l'ambiente in cui vive la persona può avere sul funzionamento della stessa.

L'ICF mira ad utilizzare termini neutri per aggirare il pericolo della stigmatizzazione. Scompare il termine «handicap» poiché non esistono persone handicappate o con handicap, bensì persone che possiedono delle difficoltà a livello del funzionamento mentale, fisico, sensoriale che necessitano di un intervento sociale per permettere loro di esprimere al meglio le proprie potenzialità. I termini «handicappato» e «disabile» vengono sostituiti con soggetto con restrizioni nella partecipazione o nelle attività, o con «*diversamente abile*» (o «*diversabile*»), sottolineando così, il loro saper fare, seppur in modo diverso, in un'ottica positiva e propositiva ed evidenziando, altresì, il patrimonio potenziale di abilità che ciascuno ha il diritto di manifestare. Del resto, come afferma Elia, «sicuramente la presenza di un deficit può ledere alcune abilità di una persona, ma in molti casi con l'intervento di un adeguato programma educativo e la disponibilità di ausili, una persona con deficit può essere abile in modo diverso, raggiungendo in parte o totalmente gli stessi obiettivi di una persona normodotata, in qualche caso apportando la scoperta di nuove strade che possono diventare risorse per tutti». (Elia, 2001: 626). In definitiva, l'OMS intende passare, come sottolinea D'Alonzo, attraverso l'ICF, da un'interpretazione medica della disabilità ad un'interpretazione sociale (D'Alonzo, 2002). Troviamo, quindi, da una parte il modello medico che considera la disabilità come un problema della persona provocato direttamente da una malattia o da un trauma e prevede un intervento sul "paziente" per cercare di alleviare sofferenze e difficoltà; dall'altra,

invece, il modello sociale che vede la disabilità come un problema di carattere relazionale e la considera come una condizione che può essere provocata dall'ambiente sociale.

1.2 I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Accanto al riconoscimento dell'essenziale bisogno e valore di normalità è necessario riconoscere la realtà della complessità e "specialità" dei bisogni educativi degli alunni in difficoltà. (Ianes, 2006).

È opportuno inquadrare, dunque, il concetto di *bisogno educativo speciale* poiché spesso si parla di disabilità, di handicap, di disagio o di difficoltà attraverso una prospettiva del tutto negativa. Nel definire il concetto di *bisogno educativo speciale*, l'attenzione viene focalizzata sul concetto di funzionamento come risultato di un'interazione tra ambiente e persona. D. Ianes definisce il *bisogno educativo speciale* come «qualsiasi difficoltà evolutiva, in ambito educativo e apprenditivo, espressa in un funzionamento problematico anche per il soggetto, in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall'eziologia, e che necessita di educazione speciale individualizzata». (Ianes, 2005). L'aggettivo *speciale*, affiancato ai bisogni educativi di tali soggetti, vuole affermare che quei bisogni sono *tali solo in rapporto alla normalità, e dunque in contesti in cui le differenze non solo coesistono, ma vengono anche riconosciute*. (Rossini, 2007). Avere un BES non significa inevitabilmente possedere una diagnosi medica o psicologica bensì essere semplicemente in una situazione di difficoltà, anche temporanea, e ricevere un intervento specifico: per cui, non bisognerebbe considerare i bisogni speciali come discriminanti. Il bisogno educativo speciale, dunque, richiede un impegno educativo centrato su uno specifico aspetto del concetto di didattica inclusiva che si può definire individualizzazione-personalizzazione dei percorsi educativi, dell'apprendimento non soltanto nei confronti di chi ha una disabilità certificata ma anche per coloro che soffrono di disagio a livello cognitivo, affettivo e sociale.

I bisogni educativi speciali possono derivare da diverse condizioni ovvero:

- svantaggio e deprivazione sociale: relativo ad alunni cresciuti in situazioni familiari/sociali povere, marginali, in contesti degradati con poche occasioni formali e informali di apprendimento;

- diversità etniche e culturali: figli di immigrati, profughi, rifugiati con lingua, religione e cultura diversa;
- difficoltà familiari: ovvero bambini che vivono famiglie “difficili” in cui sono presenti fenomeni di abuso, maltrattamenti, violenza;
- difficoltà psicologiche: come il basso livello di autostima, stati d’ansia, scarso autocontrollo e scarsa tolleranza alle frustrazioni, bassa motivazione intrinseca e assenza di interessi;
- difficoltà di apprendimento: esse sono riscontrate sia nei cosiddetti studenti “lenti”, che in coloro con serie difficoltà scolastiche, che non hanno disturbi cognitivi specifici;
- ambiente socioculturale: ossia alunni di classi sociali più bassi;
- qualità dell’istruzione scolastica negativa determinata da un clima di classe, metodi e contenuti, competenze degli insegnanti insufficienti;
- caratteristiche del soggetto date da fattori di tipo emotivo e motivazionale che possono provocare difficoltà e disagio. (Elia, 2012).

Gli insegnanti e i genitori adeguatamente attenti possono, in tempi brevi, accorgersi di una difficoltà nel funzionamento del bambino. Tuttavia, a volte, per poter avere una valutazione il più possibile oggettiva che quello stato di funzionamento sia effettivamente problematico, si potrebbe far riferimento ad alcuni criteri. Identifichiamo nel primo tra questi il concetto di *danno*, ove un funzionamento è realmente problematico per il bambino nel momento in cui lo danneggia direttamente o se danneggia gli altri. Vi è ancora il criterio del così chiamato *ostacolo*: il funzionamento problematico è tale per il bambino nel caso in cui ostacola il suo sviluppo futuro, ovvero se lo condizionerà nei futuri apprendimenti cognitivi, sociali, relazionali o emotivi. Infine, vi è quello dello *stigma sociale*: con tale criterio ci si chiede se il bambino, tramite il suo funzionamento educativo-apprenditivo, stia aggravando la sua immagine sociale o se stia costruendosi un ulteriore stigma. (Ianes, 2006). Nei confronti dei BES è necessario dare delle risposte che non provengano solo da figure specialistiche ma è fondamentale favorire uno sviluppo professionale di tutti i docenti attraverso dei percorsi di formazione di base che siano in grado di sostenere interventi educativi e didattici mirati. Solo con questi provvedimenti diversificati e specifici è possibile sviluppare al massimo le potenzialità dell’individuo. Pertanto, i percorsi formativi devono focalizzarsi su ciò che la persona è in grado di fare e non partire dalla sua menomazione. Si cerca di mettere il maggior numero di soggetti nella condizione di poter utilizzare le proprie attitudini, nella

consapevolezza che ciascun individuo abbia il diritto di dare significato alla propria esistenza. (Elia, 2001).

L'individuazione dei *bisogni educativi speciali* rappresenta il presupposto dell'integrazione e, difatti, è possibile parlare di BES solo all'interno di un contesto di integrazione e di inclusione. La nozione di inclusione rappresenta il prerequisito essenziale per parlare di *bisogni educativi speciali* all'interno di un'ottica di pari opportunità e non più di discriminazione. Come afferma Elia «*l'integrazione non è uno stato naturale, ma il risultato di un processo culturale; occorre quindi realizzarla, provocarla, organizzarla con lo sforzo e l'impegno della collettività*». (Elia, 2012: 4). Integrare un soggetto in un contesto sociale significa

metterlo in condizione di divenire parte di esso, di vivere almeno alcune delle esperienze relazionali, emotive, cognitive, in sintonia con il gruppo di cui fa parte e di cui deve divenire elemento integrato, cioè soggetto che scambia con gli altri membri del gruppo esperienze significative. [...] Quando l'integrazione di cui stiamo parlando non è riferita ad un semplice gruppo ricreativo, ma ad una scuola che intenda essere luogo di formazione per gli alunni con bisogni educativi speciali, è tutto il contesto scolastico che diventa responsabile della realizzazione dell'integrazione di questi soggetti, mettendo in condizione ogni individuo di valorizzare la propria identità in riferimento al quadro di cui è diventato parte. Certamente il gruppo ricevente, in questo caso il mondo della scuola, per poter funzionare da "integratore", non può arroccarsi su una posizione di chiusura, ma deve essere disposto ad evolversi, a cambiare, a cogliere gli stimoli e le sollecitazioni che gli derivano anche dalla presenza dell'handicappato, dello svantaggiato socioculturalmente o semplicemente di colui che per la "diversità" di lingua, di esperienza, di cultura, presenta quei bisogni educativi speciali che non sono altro che effetti la cui causa è la "diversità" stessa (Gelati, Marescotti, 2001: 95-96).

Un'integrazione di qualità richiede sfide continue e dimensioni di lavoro innovative e strategiche, partendo dall'ambiente scolastico; è opportuno, quindi:

- una conoscenza dei bisogni educativi speciali e delle differenze individuali per realizzare una scuola inclusiva per tutti che sappia differenziare la didattica e personalizzare gli atteggiamenti educativi;

- un clima interpersonale e culturale di collaborazione e solidarietà;
- un'attivazione primaria della risorsa alunno sostenendo, quindi, che i compagni di classe, attraverso l'apprendimento cooperativo, rappresentano una delle risorse fondamentali;
- una flessibilità didattica come riaffermazione del valore costituito dall'integrazione nelle scuole;
- una qualificazione della formazione di tutto il personale docente;
- lo sviluppo di un sistema integrato attraversato da una logica di rete che metta insieme soggetti e istituzioni diversi: famiglia, scuola, servizi socio-sanitari, comunità. (Ianes, Tortello, 1999: 9-12).

Alla base del principio di integrazione scolastica dei diversamente abili c'è la concezione dell'uomo come *valore*. Ciascun uomo è unico proprio perché diverso ed irripetibile e solo dal rispetto per questa «varietà esistenziale» può scaturire un progetto sociale che realizzi le pari opportunità educative tra tutti i soggetti educandi. Le radici profonde di una nuova filosofia dell'integrazione che si esprime nel diritto di essere al mondo e di realizzarsi nella propria identità e diversità sono costituite perlopiù, infatti, da valori quali quello dell'uguaglianza e dell'identità personale, del diritto allo studio e alle relazioni significative. (Sbarbati, 1998). Per migliorare la qualità dell'integrazione scolastica e allo stesso modo dare risposte ai diversi *bisogni educativi speciali*, D. Ianes (Ianes, 2006) introduce il concetto di *speciale normalità*. Tale concetto si basa sulla coesistenza e dialogicità tra *normalità* e *specialità*. Secondo l'autore, la *normalità* consiste nel bisogno di accrescere delle competenze, un senso di identità e di appartenenza, di valorizzazione e di accettazione che è comune a tutti, anche a coloro che non hanno ricevuto una "diagnosi" di disabilità. In tale indiscussa *normalità* ritroviamo, tuttavia, la *specialità* ovvero la differenza legata alle caratteristiche di coloro conosciuti come *diversi*, i cui bisogni normali potrebbero esser complicati a seguito di fattori individuali o contestuali spesso interagenti. L'integrazione, dunque, impone un *adattamento* reciproco sia da parte del contesto, che da parte dell'individuo. «*Il reciproco adattamento deve essere inteso come una costruzione di rapporti intelligenti tra persone di buona volontà. Questo proposito non si basa unicamente sul cambiamento dell'ambiente materiale in cui tutti noi viviamo, ma anche e soprattutto su una modifica della condizione psicologica delle persone in questione*». (De Anna, 2001: 607).

Il processo di integrazione va, dunque, oltre il semplice inserimento; infatti, esso deve preoccuparsi di migliorare la qualità di vita dei soggetti diversamente abili diminuendone

l'handicap. Per realizzare ciò, il sopracitato processo deve inevitabilmente contrapporsi alla "segregazione". Questo significa, come afferma Canevaro, che «*le cure educative speciali non coincidono con l'educazione separata*» (Canevaro, 1999: 4). Pertanto si può notare come «*i processi inclusivi reali esigono che l'integrazione si realizzi nei percorsi ordinari. Si tratta di passare da un modello in cui i bisogni speciali coincidono con i luoghi speciali a un modello capace di utilizzare le competenze speciali in contesti aperti, in territori di appartenenza comuni*» (Canevaro, 1999: 86-98). Infine, si può mettere in evidenza come accogliere la prospettiva del processo di integrazione implica il riconoscimento e l'accettazione nonché la gestione della diversità nella consapevolezza che la realizzazione dell'identità di ogni persona, anche di quella con handicap, debba richiedere l'accettazione e la conferma della sua individualità.

1.3 GLI INTERVENTI LEGISLATIVI A TUTELA DEI SOGGETTI CON DISABILITÀ

È opportuno delineare il percorso legislativo che, nel corso del tempo, ha portato ad una integrazione sempre maggiore dei soggetti con disabilità. Ciò che rende davvero civile un Paese è il riconoscere la dignità di tutti i suoi cittadini, rispettandone i diritti, in sintonia con quanto afferma la *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* (1948): «tutti gli essere umani nascono liberi ed uguali nella dignità e nei diritti».

Tuttavia, ancora oggi, esiste nei cittadini italiani ma non solo, una grande ignoranza in merito al tema della disabilità. Nonostante i disabili siano sempre più presenti nelle istituzioni e in tutte le scuole italiane, esiste ancora poca attenzione nei loro confronti, scarsa consapevolezza dei loro diritti, insufficiente volontà sociale di comprendere le loro ragioni (D'Alonzo, 2006).

Tra le prime istituzioni italiane a favore dei minorati ricordiamo la prima *Scuola magistrale ortofrenica*, fondata da Montesano nel 1900, con il compito di rieducare i fanciulli ma anche di formare gli insegnanti specializzati. (Zavalloni, 1986). Il primo intervento dello Stato in materia di istruzione ai minori "anormali" si ha con la riforma Gentile del 31/12/1923, con la quale l'istruzione obbligatoria venne estesa ai ciechi ed ai sordomuti, non interessati da altre anomalie che ne impedissero loro l'adempimento e dalla quale prende avvio l'organizzazione delle classi differenziali (Elia, 2012). Nel 1928, l'art. 415 del Regolamento Generale dell'Istruzione Elementare recita che: «*quando gli*

atti di permanente indisciplina siano tali da lasciare il dubbio che possano derivare da anormalità psichiche, il maestro può, su parere conforme dell'Ufficio Sanitario, proporre l'allontanamento definitivo dell'alunno al Direttore Didattico il quale curerà l'assegnazione dello scolaro alle classi differenziali che siano istituite nel Comune o, secondo i casi, d'accordo con la famiglia, inizierà le pratiche opportune per il ricovero negli istituti per l'educazione dei corrigendi» (Iesu, 1991: 44). Si può constatare una chiara logica di esclusione, evidenziata giuridicamente dall'istruzione separata, ovvero la separazione dei portatori di handicap dal contesto sociale. Gli handicappati vengono, quindi, considerati come soggetti da tenere ai margini, da escludere o da accogliere in istituzioni che sorgono all'interno della Chiesa o delle opere di beneficenza. Tali soggetti non vengono riconosciuti come aventi dei diritti e nei loro confronti predominano compiti di custodia e assistenza e non sono presenti progetti riabilitativi.

Tuttavia, un cambiamento di tendenza avviene nel 1948, dopo la caduta del regime fascista e dello Stato monarchico. La nostra Carta Costituzionale rappresenta, infatti, il punto di partenza per il riconoscimento e l'affermazione della dignità della persona disabile. Tale atto fondamentale del nuovo Stato repubblicano, nel secondo articolo, stabilisce infatti che: *«la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità»*. La scuola, ad esempio, rappresenta una delle più significative formazioni sociali per lo sviluppo della personalità umana; inoltre, nell'articolo 38 si evidenzia che *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale»* (Costituzione della Repubblica Italiana).

Importanti riforme vengono attuate negli anni '60 seppur vedendo l'handicap ancora in un'ottica di isolamento. Nel 1962, con la legge n. 1859, viene istituita la scuola media unica anche se con classi di aggiornamento e classi differenziali per gli alunni disadattati o bisognosi. Fino al termine degli anni Sessanta vi era un atteggiamento ambivalente di protezione-emarginazione nei confronti di coloro che erano in una situazione di handicap, per cui privilegiava un sistema educativo di carattere medico-riabilitativo.

Solo agli inizi degli anni '70 si cominciò a prendere in considerazione l'idea dell'importanza, per coloro i quali considerati "diversi", del diritto di vivere con gli altri, di fare esperienza concreta di vita normale per poter sviluppare al massimo le loro potenzialità e per il soddisfacimento dei loro bisogni. Si passa così, da una prospettiva basata su una concezione medica tendente ad esasperare il sintomo, ad una maggiore

considerazione dei reali bisogni e potenzialità di ogni persona. Nasce, pertanto, l'idea che anche i soggetti con bisogni educativi speciali, possono essere formati in contesti comuni e non separati per *«far loro raggiungere determinati obiettivi di apprendimento e di comportamento»* (Gelati, 2004: 49). Le prime esperienze di inserimento scolastico erano però, prive di un apparato organizzativo che fosse capace di sostenerle; vi era inoltre, impreparazione del corpo docente. Ciò portava a parlare di *inserimenti selvaggi*. La legge 118 del 1971 prevede dei provvedimenti a favore dei mutilati, invalidi civili e segna l'inizio della fine delle strutture speciali. L'istruzione dell'obbligo per gli alunni handicappati, perciò, *«deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, salvi i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tali gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento e l'inserimento nelle classi normali»* (art. 28). Successivamente, nel 1975, la legge Falcucci identifica gli elementi fondamentali della filosofia dell'integrazione. Nella premessa afferma:

La preliminare considerazione che la commissione ha ritenuto di fare è che la possibilità di attuazione di una struttura scolastica idonea ad affrontare il problema dei ragazzi handicappati presuppone il convincimento che anche i soggetti con difficoltà di sviluppo, di apprendimento e di adattamento devono essere considerati protagonisti della loro crescita. In essi, infatti, esistono potenzialità conoscitive, operative e relazionali spesso bloccate dagli schemi e dalle richieste della cultura corrente e del costume sociale. Favorire lo sviluppo di queste potenzialità è un impegno peculiare della scuola, considerando che la funzione di questa è appunto quella di portare a maturazione, sotto il profilo culturale, sociale, civile le possibilità di sviluppo di ogni bambino e di ogni giovane. La scuola, proprio perché deve rapportare l'azione educativa alle potenzialità individuali di ogni allievo, appare la struttura più appropriata per far superare la condizione di emarginazione in cui altrimenti sarebbero condannati i bambini handicappati, anche se deve considerarsi coesistente una organizzazione dei servizi sanitari e sociali finalizzati all'identico obiettivo. Questo impegno convergente si pone preliminarmente sotto il profilo della prevenzione (Ministero della Pubblica Istruzione).

In base ai principi enunciati dalla relazione Falcucci, la scuola deve:

- accogliere e istruire tutti i bambini, considerandoli protagonisti della loro crescita;

- favorire lo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, attraverso un apprendimento che valorizzi tutte le forme espressive dei bambini handicappati;
- avere una funzione di prevenzione e di recupero precoce delle difficoltà che possono ostacolare lo sviluppo psico-fisico attraverso la generalizzazione della scuola materna (Iesu, 1991).

Il documento Falcucci rappresenta sia un'effettiva rivoluzione in ambito sociale, culturale e pedagogico, sia una presa di coscienza da parte del Ministero della Pubblica Istruzione in merito ai problemi educativi dei soggetti disabili. I principi presentati nel documento precedentemente citato, si concretizzano in normativa, nella legge 517 del 1977 che rappresenta un ulteriore grande rinnovamento nel processo di integrazione. È una legge di riforma della scuola dell'obbligo che:

- sancisce il diritto all'inserimento e all'integrazione degli alunni in situazioni di handicap nelle classi ordinarie;
- abolisce le classi differenziali;
- istituisce la figura dell'insegnante di sostegno (fornito di apposita specializzazione a bambini con handicap);
- modifica il sistema di valutazione nella scuola dell'obbligo abolendo le votazioni numeriche e introducendo le schede.

Attraverso questa legge si rompono gli antichi equilibri di una scuola burocratica e selettiva, si considera concretamente l'apprendimento in contesti socializzati fondamentali per i diversamente abili e, inoltre, pone le basi per una *scuola aperta a tutti*.

Nel corso degli anni '80 comincia a diffondersi la cultura dell'handicap non solo nelle scuole ma anche nelle istituzioni e nella società. La Circolare Ministeriale n. 258 del 1983 stabilisce le linee di intesa tra scuola, enti locali e Unità Sanitarie Locali chiamati a collaborare per la realizzazione di compiti ed obiettivi comuni quali l'identificazione dell'handicap e le relative attestazioni, la programmazione del *piano educativo individualizzato*, la prevenzione del disagio e del disadattamento ma anche l'orientamento e la formazione degli operatori. Nel 1985 la Circolare Ministeriale n. 250 pone l'attenzione sulle potenzialità del soggetto con disabilità al fine di individuarne i bisogni educativi e sostenendo una logica di rete che vede impegnati scuola, enti locali, servizi sanitari locali e famiglia. Altresì, viene predisposto un PEI da inserire all'interno della programmazione educativa e didattica della classe per permettere al soggetto disabile di acquisire o incrementare abilità sociali e raggiungere delle competenze. Tale circolare

programma anche la collaborazione con centri terapeutici riabilitativi prevedendo la possibilità di introdurre questi interventi assieme all'attività didattica. La figura che si presenta come rilevante in questo processo di collaborazione tra scuola, famiglia e servizi è l'insegnante di sostegno. Il D. M. del 4/6/1988 definisce i criteri formativi che caratterizzano l'insegnante di sostegno, utile per l'integrazione del soggetto con disabilità; essa dovrà:

- avere una buona preparazione metodologica;
- avere un'accurata formazione didattica, formata sulla base di esperienze e tirocini;
- avere una formazione adeguata didattica pedagogica;
- avere un'adeguata capacità relazionale, soprattutto con l'alunno disabile. (Elia, 2012).

Nel 1988 la Circolare Ministeriale n. 262 si occupa di disporre e garantire il processo di integrazione anche nell'ultimo grado di formazione scolastica consentendo a tutti gli alunni con disabilità di accedere alla scuola superiore. (Bosio, Buzzi, 2005).

La legge n. 381 del 08/11/91 dà un notevole impulso all'inserimento lavorativo dei disabili tramite la costruzione di cooperative sociali. Con tale legge molte persone disabili escluse dal mondo del lavoro per motivi oggettivi legati alla gravità del deficit, hanno trovato occupazione in strutture lavorative che offrono loro l'opportunità di vivere con dignità l'impegno professionale (D'Alonzo, 2006). Un principale punto di svolta nella normativa dell'handicap è rappresentato dalla Legge Quadro del 1992, pubblicata il 5 febbraio: «Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate». Come recita l'articolo 1, la legge:

- a. garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b. previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici, patrimoniali;
- c. persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;
- d. predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

L'articolo 12 (Diritto all'educazione e all'istruzione) afferma che

al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. L'esercizio del diritto all'educazione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato [...]. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi [...], provvede alla istituzione di classi ordinarie quali sezioni staccate dalla scuola statale (Testo di L. 104/92).

Nell'articolo 13 si afferma che l'integrazione scolastica deve avvalersi «della programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati». Due anni dopo l'entrata in vigore di suddetta legge, viene emanato l'«Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di alunni portatori di handicap» approvato con il DPR del 24 febbraio del 1994. Tale atto identifica l'iter che la scuola e i servizi devono seguire per la realizzazione del percorso che deve accompagnare l'alunno disabile in primis nella scuola di base e, successivamente, nell'istruzione superiore per poi condurlo sia nella formazione professionale che nel tempo libero in modo tale da realizzare l'integrazione sociale e lavorativa (Liporace, 2007). Molto rilevante è l'anno 1997 per l'emanazione della legge n.59 del 15 marzo, che riconosce alle scuole personalità giuridica ed autonomia didattica. La legge 59/97 delega al Governo il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni e agli enti locali per la riforma della Pubblica Amministrazione; tale atto conferisce

autonomia anche alle istituzioni scolastiche che diventano autonome anche per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione.

Nell'attuale cultura socio-pedagogica e giuridica si sono create le basi per una diversa qualità del processo di integrazione che colloca il soggetto con handicap in un'ottica di normalizzazione e di accomodamento all'interno di quel gruppo scolastico di appartenenza; l'integrazione, difatti, rappresenta un processo di crescita sia per gli alunni con disabilità sia per quelli normodotati. Si è affermato il «modello sociale della disabilità» in base al quale la disabilità è data dall'interazione tra fattori contestuali ed il deficit di funzionamento della persona. Sulla base di questi principi si delinea l'ICF (International Classification of Functioning), che si propone come modello di classificazione bio-psico-sociale. Questo strumento viene adottato in Italia nel 2008 restituendo al disabile la sua identità di persona senza considerarlo solo nella sua disfunzionalità. Con la legge n. 18 del 3 marzo 2009 il Parlamento italiano definisce la disabilità come *«il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»*. (Elia, 2012: 23). Si può, pertanto, sostenere che l'intersecarsi delle condizioni soggettive con il contesto di riferimento rappresenti la base per identificare aree di ricerca e di intervento che siano in grado di favorire percorsi di sviluppo e progetti educativi che possano favorire una vera e propria integrazione, nonché un progetto di vita qualitativamente significativo.

L'iter legislativo sino ad ora delineato rappresenta l'inizio di un lungo percorso di integrazione in cui, come è stato possibile notare, sono stati molti gli obiettivi e le mete raggiunte. Tuttavia è possibile fare ancora molto nel campo dell'integrazione per garantire una migliore qualità di vita ed assicurare così pari opportunità in tutti i contesti di vita anche per tutti quei soggetti con bisogni educativi speciali.

1.4 L'INTEGRAZIONE DEL «DIVERSABILE»: GLI STRUMENTI

Nei processi cognitivi che dovrebbero determinarsi in ambito scolastico, sociale e familiare possono presentarsi delle difficoltà di apprendimento, ovvero la presenza di un rallentamento o di un ostacolo nel processo cognitivo che può portare ad un risultato negativo nello sviluppo, nel percorso scolastico ma anche nell'integrazione sociale. Gli alunni che mostrano difficoltà di apprendimento di conseguenza manifestano dei bisogni

educativi speciali. Dunque, dinanzi a tali difficoltà può rivelarsi difficile per il ragazzo stare al passo della programmazione volta all'intera classe e, pertanto, gli insegnanti sono chiamati a predisporre forme di didattica individualizzata e ad elaborare attività didattiche ed identificare obiettivi per la singolare e particolare difficoltà manifestata dall'alunno: adottare, perciò, atteggiamenti educativi «su misura».

Questo intervento di adattamento delle attività scolastiche nasce ed è motivato dalla consapevolezza che l'alunno in difficoltà ha la necessità di un'offerta differenziata che sia quindi più adatta alle sue caratteristiche ma, allo stesso tempo, sia anche legata alla programmazione del gruppo classe. Nello specifico si può giungere alla realizzazione del *piano educativo individualizzato*. Si parte da quella che si definisce *diagnosi funzionale* che ha come obiettivo la conoscenza più ampia e approfondita dell'alunno in difficoltà. Tale documento comprende anche la diagnosi clinica ma non si identifica con quest'ultima poiché essa sottolinea un profilo dinamico del soggetto in modo da favorire l'attività progettuale prossima che porterà gli operatori a realizzare il *profilo dinamico funzionale* ed il *piano educativo individualizzato*. In definitiva la normativa D.P.R. 24 febbraio 1994, definisce la *diagnosi funzionale* come «la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap». In seguito all'acquisizione della documentazione derivante dalla diagnosi funzionale consegue l'elaborazione del *profilo dinamico funzionale* (PDF) che individua le caratteristiche psichiche, fisiche, affettive e sociali dell'alunno mettendo in evidenza sia le difficoltà di apprendimento, derivanti dalla situazione di handicap, e le possibilità di recupero, che le capacità di cui è dotato e che dovranno essere sostenute, sollecitate e sviluppate. Tale documento rappresenta uno strumento di connessione tra la conoscenza dell'alunno fornita dalla diagnosi funzionale, e la determinazione di tecniche, attività e materiali per la didattica quotidiana. Questo profilo viene definito *funzionale* in quanto utile all'insegnante e *dinamico* sia perché mostra il soggetto anche nelle sue potenzialità ma anche poiché viene rielaborato nei momenti di passaggio da un grado all'altro di istruzione. Il PDF rappresenta, inoltre, la base per poter redigere il successivo *piano educativo individualizzato*, in quanto offre diversi obiettivi di sviluppo conseguibili per la crescita del bambino diversamente abile.

Il *piano educativo individualizzato* (PEI), infine, rappresenta il documento in cui vengono presentati gli interventi volti alla piena realizzazione del diritto all'istruzione, all'educazione e all'integrazione dell'alunno in situazione di handicap. Tale documento, dunque, ha il compito di garantire una dimensione globale che possa coinvolgere

differenti ambiti di vita dell'alunno diversamente abile e allo stesso modo avere uno sguardo verso il futuro. Concludendo si può affermare che la personalizzazione degli interventi si trasforma in attenzione ed interesse nei confronti delle differenze individuali al fine di evitare qualsiasi selezione basata su situazioni legate ad handicap, deficit o a condizioni di svantaggio socio-culturale e per assicurare il maggior sviluppo possibile di ogni alunno verso traguardi comuni. (Liporace, 2007).

CAPITOLO SECONDO

LA DANZAMOVIMENTOTERAPIA

*La Danza ci mostra non solo che ogni movimento
del corpo fa tutt'uno con un movimento psichico
[...] ci rivela ancora e soprattutto che l'arte
è il cammino più corto tra un uomo e l'altro.*

R. Garaudy

2.1 CORPO E DISABILITA'

L'elaborazione di *corpo* come concetto nella riflessione pedagogico-speciale si è andata sempre più affermando. La dimensione corporea nella disabilità si raffigura come una condizione frutto di un percorso che parte da una situazione di marginalizzazione, esclusione ed occultamento nell'antichità, e che giunge all'affermazione come dimensione inevitabile nello sviluppo del sé, nei processi di formazione e di relazione delle persone con disabilità, nonché nella formazione dell'identità.

La letteratura classica, la mitologia e la riflessione filosofica caratterizzante il '600 e il '700 presentano un'immagine svalutata ed occultata del corpo del disabile in quanto corpo malato, deforme e debole e, dunque, collocato *ex limine* rispetto allo spazio ideologico-culturale della città (Foucault, 1976).

Nell'età medievale e nell'età antica il corpo del disabile diventa oggetto di una stigmatizzazione negativa: tutti coloro che possiedono un deficit mentale o fisico vengono allontanati dai contesti di vita sociale e condannati ad una condizione di emarginazione permanente, come ricorda Goffman e, nel particolar ambito della disabilità (Goffman, 1963; Frantini, 1997). La malformazione del corpo era associata ad una colpa personale che poteva essere espiata o con l'infanticidio o con la pratica dell'abbandono. Non potendo spiegare da un punto di vista scientifico la presenza di un corpo deforme, si faceva riferimento, quindi, a spiegazioni che non avevano alcuna base scientifica. (Zappaterra, 2003).

Nell'età moderna inizia a delinearsi un approccio alla disabilità basato su conoscenze anatomo-fisiologiche che pongono in rilievo l'utilizzo dei sensi, risentendo della filosofia sensista di Condillac e degli studi sulla percezione di Berkeley (Trisciuzzi, 2003) che hanno influenzato l'esperienza di Itard sul ragazzo selvaggio dell'Aveyron, quella di Seguin sull'educazione degli «idioti», quella di Charles De L'Epée e dell'origine del linguaggio dei segni per i sordi in cui il corpo ha un ruolo principale nella trasformazione del gesto in segno ed, infine, quella di Valentin Haüy; la pratica di quest'ultimo studioso precede l'inizio del metodo Braille, il quale introduce l'uso della tattilità come dimensione sostitutiva rispetto al senso deficitario, ovvero la vista. (Zappaterra, 2003).

Tuttavia è il '900 l'epoca che ha dato un ampio contributo alla rivalutazione del corpo grazie alla presenza di un approccio scientifico allo studio della disabilità ma anche grazie alla collaborazione delle neuroscienze, agli studi sulla psicomotricità ed allo studio del rapporto cervello-mente-corpo. Una figura importante è stata quella di Maria Montessori che ha basato la sua pedagogia scientifica sulla stimolazione sensomotoria, sul manipolare le lettere per dare la possibilità di apprendere la lettura e la scrittura anche a bambini con ritardo mentale. (Montessori, 1909). Nell'evoluzione che il binomio corporeità-disabilità ha percorso durante il '900 è possibile identificare due punti importanti: innanzitutto, il ruolo del corpo a partire dagli studi in merito ad alcune tipologie di disabilità, come paralisi cerebrali infantili o cerebropatie, che più di altre compromettono il movimento ed agiscono sul corpo. A tal proposito si rivela fondamentale il contributo di A. Milani Comparetti che evidenzia l'aspetto prettamente sociale e socializzante della pratica abilitativa motoria e del movimento. Tale autore introduce il sintagma *riabilitazione sociale* riferendosi ad aspetti positivi del movimento in sé realizzato in ogni contesto di vita della persona disabile, anche al di fuori dell'ambito clinico. (Milani, Comparetti, 1982). Un ulteriore punto circa il binomio corporeità-disabilità si può identificare analizzando il valore formativo, educativo e sociale della pratica sportiva per i disabili ed il fenomeno socio-culturale dei Giochi Paralimpici: nell'ambito pedagogico-speciale in congruità con quanto esprime la «Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità» è incluso l'interesse per la ricerca di una identità adulta per la persona disabile e, quindi, vengono prese in carico problematiche circa l'integrazione lavorativa, il diritto allo svago e al tempo libero. Le persone con disabilità mettono in evidenza il ruolo primario del corpo nel percorso di accettazione della condizione di diversità, accolta ed identificata come caratteristica indispensabile del sé. (Trisciuzzi et al., 2006).

È a partire dal corpo che inizia il processo di costruzione dell'identità: la percezione del sé passa attraverso un corpo inteso non più come frutto di stigmatizzazione negativa. Il corpo non implica solo la capacità di coordinare i movimenti tra le sue parti bensì rappresenta il fondamentale ed il primo strumento di relazione (vi è una continua relazione tra esso e l'ambiente). Da questa relazione si costruisce l'immagine corporea ovvero la rappresentazione di se stessi. Sia l'immagine corporea che l'immagine di sé sono particolarmente importanti per una crescita equilibrata per qualsiasi essere umano. Nel momento in cui il soggetto presenta una qualsiasi malformazione che sia essa psichica o fisica, si evidenziano delle differenze nello sviluppo rispetto a soggetti normodotati. La nostra società ha presentato un modello dell'essere umano bello, intelligente a cui tutti devono uniformarsi per poter essere accettati: ovviamente, il diversabile non ha la possibilità di conformarsi a pieno a tale modello, per cui o lo si nasconde o li si compatisce. (Ursino, 2010).

L'immagine corporea va a delinearsi durante la prima infanzia e si forgia nel corso della vita mediante la crescita e il cambiamento del corpo, mediante lo sviluppo dei processi interni, le auto-rappresentazioni e le percezioni ed attraverso esperienze di vita vissuta quotidianamente in contesti culturali e sociali. Il corpo e la sua immagine corporea si sviluppano e vengono messi in discussione sulla base di esperienze interne ed influenze provenienti dall'ambiente esterno. Nella prima infanzia, ancora, lo sviluppo del sé e del proprio corpo si realizza attraverso il movimento, le prime esperienze sensoriali, i processi di apprendimento ed il gioco sociale e, lo sviluppo dell'immagine corporea si accresce nel contesto familiare, nel gruppo dei pari e nella comunità. Durante questa fase vi è una maggiore capacità di adattamento alla condizione di disabilità poiché i bambini di età inferiore, rispetto ai bambini più grandi, non hanno delle rappresentazioni di sé adeguatamente formate; per cui i bambini sono in grado di sviluppare un'immagine corporea positiva che vada ad includere la loro disabilità come parte del normale processo di sviluppo. Il rischio che i bambini con malformazioni sin da subito evidenti possano presentare una diversa immagine corporea caratterizzata da un senso di insoddisfazione, inadeguatezza ed auto-svalutazione, si basa sul confronto che questi soggetti hanno con i coetanei sani (confronto contrassegnato, a volte, da atti di discriminazione e di bullismo): questi fenomeni sono tipici della moderna società occidentale in cui si dà un'importanza maggiore all'aspetto fisico. La disabilità, inoltre, può essere considerata come un fenomeno socialmente costruito in cui l'approvazione ed il contatto che si crea tra i soggetti contribuisce allo sviluppo di un'immagine corporea positiva con la creazione di

un'identità personale basata sul senso di appartenenza sociale. È, dunque, proprio attraverso esperienze favorevoli che si determina la possibilità di creare, oltre che lo sviluppo di un'immagine corporea positiva, il raggiungimento di una dimensione relazionale, sessuale ed affettiva gratificante, in quanto la presenza di una patologia o di una condizione di disabilità congenita rappresenta un importante fattore di rischio nello sviluppo di un'immagine corporea negativa, con ripercussioni gravi sul piano affettivo, psichico e sulla qualità di vita. (Festa, Drigo, 2013). Difatti, quando sul corpo si presentano dei limiti oggettivi come i deficit, la persona può essere demotivata, può avere meno fiducia in se stessa, oppure può rifiutare il proprio corpo poiché lo percepisce come non bello in quanto diverso rispetto ai corpi degli altri. Solitamente, il corpo della persona disabile viene visto solo nella sua disabilità e non nella sua interezza e più volte gli interventi sono rivolti alla “cura” del deficit, in termini sanitari-riabilitativi, trascurando un'idea di cura di sé che possa aiutare la persona a stare bene innanzitutto con se stessa e dopo con l'altro da sé. A causa di patologie che vanno a compromettere di gran lunga l'autonomia fisica, le persone disabili crescono senza aver la possibilità di conoscere pienamente il proprio corpo: infatti, sono gli altri che conoscono la loro corporeità poiché maneggiano e toccano costantemente il loro corpo per le diverse attività di vita quotidiana. Coloro che più di altri agiscono ed “intervengono” su di un corpo con disabilità sono i familiari che rappresentano, dunque, il primo specchio di quel corpo.

Il modo in cui la famiglia si rapporta al corpo del figlio disabile influenza molto la percezione che quest'ultimo ha della sua corporeità: in effetti, una famiglia che è squalificante verso un corpo o che perfino rimuove la presenza di un corpo, favorisce nel figlio stesso la rimozione del corpo (questa situazione vale per tutti, non solo per i soggetti disabili). È lo sguardo dei familiari che costruisce l'identità corporea o ne favorisce la realizzazione. All'interno della famiglia si determinano una serie di dinamiche come sensi di colpa legati alla condizione del figlio ma specialmente molta preoccupazione in merito al tema dell'affettività e sessualità, nonché alle possibili delusioni: si fa pertanto fatica a vedere la persona disabile come potenzialmente attraente. (Corriere Sociale, Corriere della Sera, 2014).

Altrettanto importanti sono gli operatori che entrano in relazione con le persone disabili: il loro ruolo dovrebbe essere quello di accompagnamento sia della persona con disabilità che della sua famiglia in un percorso che possa promuovere un concetto positivo di corporeità, la ricerca di sé e del proprio corpo all'interno di una dimensione relazionale

ed affettiva al fine di raggiungere una piena partecipazione e progettualità futura (Festa, Drigo, 2013).

2.2 ORIGINE E SVILUPPO DELLA DANZATERAPIA

Tra i diversi interventi terapeutici concernenti la promozione di capacità specifiche di persone con bisogni educativi speciali vi è la danza-terapia che, di supporto alle terapie farmacologiche e/o alle tradizionali psicoterapie, ha avuto un rapido e recente sviluppo. Si può evidenziare come, almeno una volta nella propria vita, ciascun organismo vivente manifesti dei comportamenti che potrebbero essere identificati come «danza». Gli esseri umani non fanno alcuna eccezione. Continuamente nella nostra vita compiamo degli atti ritmici e ripetitivi che un osservatore esterno può suddividere in sequenze o temi di movimento. Ognuno di noi ha dentro di sé un ballerino: giocare, cuocere il pane, lavarsi la faccia sono tutte azioni che possono essere considerate come parte di una coreografia. È fondamentale riconoscere il fatto che la danza e il movimento svolgono molte funzioni importanti.

Per ognuno di noi il corpo rappresenta uno strumento di espressione e, nell'infanzia, proprio attraverso il movimento del corpo, iniziamo a costruirci un'immagine del nostro mondo. Attraverso lo sviluppo possiamo esplorare le nostre capacità e possiamo iniziare a scoprire quello che il nostro corpo può fare, sviluppiamo la nostra immagine corporea e conosciamo la nostra struttura fisica.

Parecchio importante è la relazione che si crea tra danza/movimento ed emozioni. Di norma le nostre azioni, i movimenti e le reazioni che producono, rispecchiano il nostro stato emotivo interiore: i nostri gesti e la nostra postura esprimono, prima e meglio delle parole, il personale stato emotivo di ciascuno nelle diverse situazioni, esternano il testo nascosto che si cela al di sotto delle parole.

La danza può essere intesa come lo specchio dell'anima, la madre di tutti i linguaggi in quanto oltrepassa ogni barriera linguistica e parla attraverso un livello emozionale. La danza è fondamentalmente un modo di esternare le emozioni attraverso il movimento: tutti in ogni momento abbiamo una danza dentro di noi; in special modo, le persone disabili possiedono un ampio bisogno di esprimere la loro danza per ragioni emozionali o fisiologiche. Nonostante ciò, molto spesso proprio a queste persone viene negata la possibilità di esplorare questa forma di espressione alternativa. Per le persone disabili

L'esperienza della danza può essere particolarmente preziosa e, ad esempio, può essere utilizzata per far esprimere creativamente una persona chiusa in sé o per dare la possibilità, a chi ha una paralisi cerebrale, l'opportunità di controllare maggiormente gli spasmi. È pertanto necessario che chi utilizza la danza nella riabilitazione, nell'assistenza sanitaria o nell'educazione speciale conosca i benefici che tale attività ha sul funzionamento neurologico, sulla stimolazione della circolazione, sul controllo motorio fine e grossolano e sull'espressione delle emozioni. I benefici ottenibili, però, non sono facili da raggiungere ed affinché tali benefici si possano conseguire è necessario fare in modo che gli utenti si divertano e provino un senso di riuscita personale e di soddisfazione. (Warren, Coaten, 1995: 67-70). Quello che però accade nel corso dello sviluppo di ognuno e, anzitutto, all'interno delle nostre società sempre più industrializzate e frenetiche è di non dare più peso al nostro corpo, alle tensioni e alla possibile liberazione e comunicazione di queste attraverso l'espressione corporea. Come sostiene María Fux:

«Quando siamo bambini abbiamo bisogno di muoverci, perché muovendoci esprimiamo la nostra voglia di ridere, di piangere o di giocare. Mentre cresciamo, il nostro corpo, per i tabù di una civilizzazione che corrompe il nostro bisogno d'espressione, perde sempre di più il desiderio di mobilità. Come conseguenza dobbiamo ricorrere a "esperienze per migliorare il fisico" in palestre, dove inconsciamente scarichiamo la nostra tensione per i 'no' imposti. Ma quanto sarebbe meraviglioso se sapessimo comunicare con il corpo, stimolati dal desiderio di esprimerci attraverso la musica, o senza questa, facendo del corpo uno strumento di comunicazione tra quello che vogliamo fare, tra quello che possiamo fare e tra quello che scarichiamo per poterci esprimere». (Fux, 1996: 44).

Difatti il movimento e la danza sono da sempre presenti come mezzi di espressione. La danza può essere considerata un fenomeno universale. Sia nella storia dell'umanità che in quella del singolo individuo, è mediante il corpo, le danze rituali, i gesti che l'individuo inizia a conoscere se stesso e l'ambiente di cui fa parte. Nell'antichità gli uomini comunicavano i loro più profondi bisogni attraverso la realizzazione di danze che creavano condivisione ed unità nei momenti importanti della vita sociale. Inoltre, venivano utilizzate, ad esempio, danze per celebrare le nascite, i raccolti, i matrimoni o le guerre: attraverso il movimento ritmico del corpo si soddisfacevano le esigenze spirituali ed istintive e venivano condivise esperienze emotive intense. La danza era anche

considerata una forma di preghiera; molte, difatti, erano le danze di guarigione grazie alle quali le emozioni venivano trasformate e le malattie venivano curate.

Nel corso del tempo, specialmente nella cultura occidentale, la danza ha perso le sue originarie peculiarità a causa, da una parte, delle ortodossie religiose che l'hanno bandita, dall'altra parte poiché è diventata una forma di espressione artistica finalizzata al conseguimento di un ideale estetico.

Successivamente, però, grazie alla comparsa della danza moderna Isadora Duncan, Mary Wigman, Rudolf Laban e molti altri posero l'accento sull'impulso creativo della spinta interiore. È stato proprio grazie alla danza moderna e al suo incontro con le teorie psicoanalitiche che hanno avuto inizio i primi studi pionieristici sulla danza-terapia negli anni Quaranta. (Adorisio, García, 2008). Il Gulbenkian Dance Report (1980) identifica la danza come «parte della storia del movimento umano, parte della storia della cultura umana e parte della storia della comunicazione umana». Mediante la danza è possibile liberare la tensione e, altresì, favorire l'espressione di sé ed il rilassamento. All'interno della nostra società in cui il lavoro intellettuale prevale su quello manuale, l'energia vitale viene di frequente oppressa per cui nasce il bisogno di uno sfogo fisico. Danza e movimento sono un mezzo espressivo, attivo, corporeo e comunicativo attraverso cui disperdere l'adrenalina e le eventuali aggressività: l'apatia e la rigidità possono essere mutate in un atteggiamento socialmente accettabile. (Payne, 1997). È proprio nel momento in cui si evidenzia il fatto che la danza crea benessere che essa inizia ad essere considerata come una possibile terapia.

Nel momento in cui parliamo di danzamovimentoterapia ci riferiamo ad una metodologia specifica e ben precisa che tende all'integrazione fisica, relazionale, emozionale, affettiva e psicosociale dell'individuo al fine di migliorarne la qualità di vita. L'obiettivo che si prefigge è la possibile evoluzione dell'individuo mediante il processo creativo della danza. Chi pratica la danzaterapia deve avere conoscenze circa il linguaggio corporeo, quello della danza, quello del movimento, nonché conoscere le conseguenti implicazioni su vari campi come quello emotivo o psicologico, applicando interventi differenziati che colgano anche i reali bisogni della persona diversabile o anche normodotata. La specificità della danzaterapia o danzamovimentoterapia si riferisce al linguaggio della danza e del movimento corporeo che, insieme al processo creativo, divengono le principali modalità di intervento e di valutazione all'interno di processi interpersonali volti alla positiva evoluzione dell'essere umano. Il filo comune ai diversi lavori di danzamovimentoterapia è la fiducia nella possibilità di riacquistare una migliore

integrazione tra psiche e corpo, come forma primaria di conoscenza. È comune, inoltre, la centralità attribuita al corpo ed al suo movimento espressivo-creativo come veicolo per la costruzione della relazione e del processo terapeutico.

La definizione di danzamovimentoterapia individuata dall'American Dance Therapy Association è «l'uso psicoterapeutico del movimento come un processo che favorisce l'emotività, la cognizione e l'integrazione fisica dell'individuo». La danzamovimentoterapia porta effettivi cambiamenti nella cognizione, nei sentimenti, nel comportamento e nella funzionalità fisica.

In merito a tale disciplina nel 1997 è stata istituita l'APID (Associazione Professionale Italiana DanzaMovimentoTerapia, DMT) per iniziativa di danzamovimentoterapeuti provenienti dalle più importanti scuole ed esperienze presenti in Italia. Questa associazione raggruppa i professionisti di tutto il territorio nazionale ed ha un regolare interscambio con le diverse associazioni straniere a carattere nazionale o sovranazionale quali American Dance Therapy Association o European Network for Professional Development of Dance Movement Therapy. L'APID si propone di qualificare all'interno del nostro territorio la pratica della danzaterapia in modo da sostenerne e tutelarne la qualità etica, professionale e scientifica, il riconoscimento legale di tale professione, nonché di migliorare sia una corretta informazione sulla disciplina che delle sue applicazioni. Oltre a quanto già detto, l'Associazione professionale ha messo a punto le linee-guida relative al profilo professionale del DanzaMovimentoTerapeuta, ha approvato il codice etico della professione, ha istituito il Registro Italiano dei DanzaMovimentoTerapeuti ed ha, oltretutto, fondato un Laboratorio Nazionale di Formazione Permanente ed ha stabilito i criteri della Formazione professionale e della Formazione continua.

Ricercando la nascita della danzaterapia è possibile notare come ci sia un legame con i pazienti psichiatrici, difatti, gli schizofrenici furono i primi destinatari delle sue sperimentazioni: Marian Chace, Francizka Boas, Mary Stark Whitehouse e Trudy Schoop vissero il passaggio della danza da insegnamento a terapia ed intrapresero le loro sperimentazioni all'interno di strutture psichiatriche.

È possibile osservare l'evoluzione della danza come terapia prendendo in considerazione quelle che possono essere considerate le personalità importanti che hanno dato avvio e sviluppo a tale disciplina terapeutica. Marian Chace ha concretamente ideato la danza terapia dando un notevole impulso alla fondazione dell'ADTA (American Dance Therapy Association, 1966), la prima organizzazione professionale della disciplina.

Performer eccellente e danzatrice professionista, negli anni Trenta ella aprì i suoi istituti a dei piccoli allievi dando loro la possibilità di poter esprimere il proprio mondo affettivo ed emozionale (alcuni allievi che presentavano delle disarmonie evolutive ottennero benefici da queste lezioni). Dai successi inaspettati delle sue lezioni, nel 1942 Chace fu inserita al St. Elizabeth's Mental Hospital di Washington e così l'ambito della danzaterapia si aprì al disturbo mentale. Chace operava non solo per integrare la terapia psichiatrica bensì anche con programmi di terapia di gruppo che prevedevano l'arte terapia e lo psicodramma.

Successivamente, Herta e Paul Amirian intraprese un processo antropologico con l'Expression Primitive; espressione per Duplan ha il significato di «emergere dal caos» e primitiva assume il significato di «originale, fondamentale». L'Expression Primitive è, dunque, appoggiarsi sul primo rilievo della vita, cioè il corpo, nutrirsi ed esprimersi dal minimo necessario al massimo delle possibilità. Egli utilizza gli esercizi di riscaldamento, l'adattamento al ritmo, i materiali espressivi e la percussione come strumenti per l'Expression Primitive. (Bellia, Leonardi, 2007).

Nell'ambito della DMT si sono delineati diversi approcci, tra questi ritroviamo quello della Danzamovimentoterapia espressivo-creativa ad orientamento psicoanalitico portato avanti dall'Art Therapy italiana. La relazione terapeutica che si viene a creare nello spazio-tempo simbolico del setting è esaminata in termini di transfert e controtransfert ed è elaborata mediante modalità del processo creativo adattate al livello evolutivo del soggetto. Il danzamovimentoterapeuta, inoltre, deve essere in grado di «accompagnare il gioco del paziente e di lasciarsi andare al flusso delle associazioni simboliche, mantenendo allo stesso tempo un confronto con le strutture portanti della sua creazione, così come sono viste dalle conoscenze psicoanalitiche, dalle teorie delle relazioni oggettuali e dei processi mentali, dalle dinamiche relazionali e dalla psicopatologia». (Programma della formazione in danzamovimentoterapia dell'Art Therapy italiana).

Di fianco a tale approccio vi è quello della Danzamovimentoterapia a orientamento espressivo sviluppatosi in Italia negli anni Novanta attraverso la ricerca, l'attività e le riflessioni di professionisti che fanno riferimento all'AIDEP (Associazione Italiana Danzaterapia Expression Primitive). La base della danzaterapia a sfondo etno-antropologico ispirata all'Expression Primitive (Duplan, Schott-Billmann), è stata implementata dall'apporto della psicodinamica, della gruppoanalisi e della psicoterapia corporea. Assume, inoltre, una particolare valenza clinico-gruppale la sfera espressivo-creativa valorizzata come istanza trasformatrice. Il percorso di ricerca dell'Expression

Primitive come afferma Biella *«porta nell'universo simbolico e comunicativo potenzialità originarie, paradigmatiche e trasformative del corpo»*. (Biella, 1995: 18).

Ritroviamo, ancora, la cosiddetta Danzamovimentoterapia Integrata che nasce dalla sintesi di alcuni approcci diversi alla danza, al movimento e alla danzaterapia: uno basato sulle ricerche chinesologiche e psico-corporee contemporanee; un altro etno-antropologico finalizzato alla valorizzazione dei significati sociali, rituali e culturali della danza ed, infine, un terzo che fa riferimento alle ricerche europee e nord-americane in DMT e all'esperienza della danza teatrale occidentale. Tale approccio fonda il suo lavoro sulla centralità del «corpo intelligente» con la volontà di attivare la dimensione consapevole del corpo partendo dalla percezione corporea al fine di favorire una coscienza di sé basata sulla relazione tra vissuti emotivi, immagini e sensazioni corporee.

Infine, indichiamo la Danzamovimentoterapia in chiave simbolica come quella terapia che fonda le sue basi da una parte nei concetti di archetipo, simbolo ed immagine e dall'altra sui contributi della psicologia transpersonale di Maslow e Assaggioli e sulla nozione di medicina archetipica. (Adorisio, García, 2008).

È importante evidenziare come la danzamovimentoterapia sia nata dalla trasformazione della danza moderna. La danza accademica, il balletto si sono sviluppati in rapporto con un'ideale di bellezza astratta irraggiungibile. La danza come terapia si è sviluppata dall'uso del 'ballo' con gruppi sociali aventi particolari necessità. Il movimento rappresenta l'elemento principale e nella danzaterapia non ci sono motivi di natura estetica poiché essa viene considerata in termini sociologici, psicologici e storici. Il principio di base della DT è il forte legame esistente tra emozioni ed azioni, per cui il compito del terapeuta è quello di osservare gli utenti ed aiutarli ad autorealizzarsi, migliorando il loro rapporto con la dimensione psicoemotiva. La danza creativa e la danza come rappresentazione e spettacolo possono avere aspetti psicoterapeutici ma in realtà non rappresentano un vero e proprio trattamento in quanto non hanno come obiettivo l'integrazione dell'esperienza del soggetto. Quest'ultima, invece, è la base della danzaterapia in cui la scioltezza dei movimenti, le abilità tecniche e l'aspetto coreografico non rappresentano lo scopo degli esercizi. La danza e il movimento stimolano sensazioni e sentimenti nell'espressione del corpo acquisendo così una maggiore consapevolezza di sé. È proprio su queste basi che alcuni artisti all'inizio del secolo scorso si sono opposti alla rigida tecnica della danza classica, cercando un movimento che fosse più libero e che permettesse di esprimere il mondo interiore. La danza viene, dunque, vista come una reale e possibile terapia, cura riabilitativa, grazie a danzatori quali Graham, Wigman e Laban.

Rudolf Laban, ad esempio, ha avuto un ruolo significativo nello sviluppo della danza e del movimento creativo nel Regno Unito. Il suo contributo è relativo alla categorizzazione del movimento ed il suo pensiero è contenuto in un articolo del 1949, che mette in evidenza come la danza possa essere utilizzata nell'ambito di varie terapie e trattamenti; tale pensiero viene poi seguito e ripreso da molti suoi allievi come Gardner, North e Wethered. L'approccio di Laban intende la danza come creativa in cui i movimenti si autogenerano e sono legati strettamente gli uni agli altri formando così una danza. I diversi tipi di movimento vengono utilizzati dal terapeuta in maniera mirata; nella danzaterapia viene enfatizzata la qualità dei movimenti e le relazioni tra gli individui durante questi movimenti. I movimenti spontanei che l'individuo sceglie di adoperare rivelano la vera essenza di un sentimento. Si comincia a lavorare sulla coordinazione di alcune parti del corpo ottenendo così un maggior controllo, una maggiore consapevolezza ed una maggiore accettazione di quelli che sono i propri limiti. Laban si è concentrato su alcuni aspetti del movimento quali il corpo ovvero che cosa muoviamo, lo sforzo cioè come ci muoviamo, lo spazio ovvero dove ci muoviamo e le relazioni cioè con chi e con che cosa ci muoviamo. Laban ha considerato il movimento come parte integrante del comportamento. (Payne, 1997). Dalla categorizzazione del movimento introdotta da Laban è stato creato un vero e proprio strumento di osservazione, codificazione ed esplorazione del movimento nelle sue forme e qualità, ovvero, il Laban Movement Analysis. Il sistema di osservazione del movimento ideato da Laban è universale e può, dunque, essere applicato ai diversi tipi di movimento; richiede, però, un nuovo modo di pensare che parta dal sentire il proprio movimento e quindi da dove e con che qualità nasce o a quali stati mentali o emotivi si collega. Tale studio fa sì che si apprenda a modulare e modellare l'espressione del proprio corpo. Così si può accedere alle memorie che in esso abitano, si trovano toni, colori, significati relativi al modo di esprimersi, si comprende la sua forma, i modelli, l'organizzazione e gli schemi motori, così come si coglie il fluire delle emozioni, i silenzi e i blocchi. (Govoni, 1998).

Tra i diversi importanti danzaterapeuti ritroviamo una delle prime esperte in DT in California, Trudy Schoop, che lavorava con gruppi costituiti da un numero limitato di pazienti, preferibilmente con la stessa patologia, puntando sul recupero e sulla reintegrazione della percezione del sé mediante movimenti semplici come strisciare o saltare. Schoop considera il movimento come centrale nel nostro sviluppo e come avente una profonda influenza sull'apprendimento del comportamento socialmente accettabile, delle abilità cognitive e del linguaggio. Il movimento è funzionale e si lega all'espressione

e all'emozione dell'individuo. (Payne. 1997). Le smorfie facciali, la postura del corpo, la forza di una stretta di mano o qualsiasi altro movimento tipico della comunicazione sociale hanno molte cose in comune con la danza creativa. Tra le assunzioni importanti di questo tipo di danza vi è quella per cui alcuni movimenti determinano un effetto corrispondente a livello mentale. Trudy Schoop scrisse:

non credo sia sbagliato affermare che la mente e il corpo interagiscono, in quanto entrambi possono provocarci malessere. Quando c'è un cambiamento nell'atteggiamento mentale, ci dovrebbe essere un cambiamento corrispondente nel comportamento fisico. E quando la danzaterapia porta un cambiamento nel corpo ci dovrebbe essere un cambiamento corrispondente a livello mentale. L'approccio alla terapia verbale avviene attraverso la sequenza mente-corpo e l'approccio alla danzaterapia avviene attraverso la sequenza corpo-mente. (Schoop, Mitchell, 1974: 45).

Identifichiamo, ancora, la figura di Mart Stark Whitehouse che ha proposto il «Movimento Autentico»: una disciplina che sviluppa i concetti sostanziali per la DT quali, controtransfert somatico ed empatia cinestesica. Tale metodologia prevede l'utilizzo del movimento ad occhi chiusi e si basa sull'esperienza del «muoversi e del lasciarsi muovere» sotto lo sguardo di un testimone. Con il termine «autentico», Stark Whitehouse, intendeva un movimento ignoto, inaspettato, un impulso che deriva dalla profondità dell'inconscio; questo termine deriva dal greco “authentes” che significa “fatto da sé”, un qualcosa dunque di originale, profondo e unico. Il Movimento Autentico dà la possibilità di esaminare la relazione coscienza-inconscio attraverso l'espressione spontanea nonché autodiretta del corpo in movimento, in presenza di un testimone. Rispetto alla danzamovimentoterapia in questo metodo ritroviamo la presenza di un terapeuta-osservatore, il quale non interviene, non stimola e non dà suggerimenti in merito a quelli che potrebbero essere i temi su cui lavorare: egli, pertanto, svolge unicamente la funzione di contenere l'esperienza del movimento del tutto guidata dal sé del soggetto. Tale metodologia non può essere applicata a pazienti gravemente disturbati o a pazienti psicotici che richiedono, invece, interventi più strutturati e guidati da parte del terapeuta in modo tale da rafforzare l'esame di realtà, allargare le potenzialità espressive, consolidare i confini dell'Io e stimolare la capacità di relazione. Si può comunque ritenere che il Movimento Autentico sia un'ulteriore occasione per accedere

all'inconscio e, benché l'espressione delle emozioni sia un tratto individuale e differente per ciascuno, in generale ogni emozione ha una sua manifestazione motoria e fisica. Come affermava Jung: «*le emozioni sono profondamente radicate nella materia concreta del corpo*». (Adorisio, García, 2008: 50-52).

Infine, uno dei metodi più diffusi è quello di María Fux, danzatrice professionista e coreografa argentina che ha dedicato la sua vita al recupero psicofisico attraverso il movimento creativo in diverse situazioni di handicap. La sua danza grazie alle esperienze e agli spettacoli portati in tutto il mondo per un pubblico sempre diverso, diventa un'attività unificante e terapeutica attraverso cui poter esprimere concetti e parole inesprimibili attraverso il linguaggio. Il suo metodo permette di conoscere meglio se stessi e di entrare in relazione con gli altri; è valido per qualsiasi età, per bambini che hanno difficoltà ad esprimersi, per adolescenti, per adulti e per anziani. Prevede lezioni applicate su soggetti con problemi sensoriali come non udenti e/o non vedenti, con sindrome di Down o con disagi psicologici di diversa natura con scopi terapeutici e riabilitativi. La danzatrice argentina come artista ha trovato, mediante un lavoro creativo, un metodo con il quale ottenere un cambiamento nelle persone attraverso il movimento. Quello che fa è esclusivamente stimolare le potenzialità che ciascun soggetto possiede: ella non parla mai di curare bensì di cambiare. Considera il cambiamento come qualcosa di non predeterminato e che si esprime in maniera chiara attraverso il corpo facendolo risplendere e specialmente modificandolo (questo è evidente in qualsiasi persona ed in qualsiasi età). Gli ostacoli principali che si possono riscontrare in questo lavoro con il corpo sono i propri limiti, le paure e i «non posso» che rappresentano la causa principale della mancanza di fiducia nelle proprie possibilità di vedersi, di muoversi e di accettarsi. Ma con il ballo oltre che alla bellezza si esprimono le paure, l'angoscia, la rabbia e il dolore ed è attraverso la danza che questi stati d'animo trovano il modo di manifestarsi, più che con l'uso della parola. (Fux, 2006). La Fux crede nell'importanza di integrare le persone disabili e non. Lavora con gruppi aperti ed eterogenei composti da 20 o 30 adulti o bambini con differenti difficoltà e possibilità; sono gruppi aperti poiché possono accogliere continuamente persone nuove senza che il gruppo si senta "alterato". Ciò che afferma è che nella diversità si trova un'enorme ricchezza. Quello che i soggetti ricevono nelle sue lezioni sono grandi stimoli, un contatto di gruppo, collettivo; possono, così, stabilire legami con altri aspetti della vita che non per forza li debbano rapportare alla malattia ma a tutto ciò che di bello e sano c'è nelle loro vite e quindi le emozioni, l'espressione, la bellezza, il movimento, l'appoggio di un gruppo sensibile e lo scambio.

(Fux, 2006). Nelle sue lezioni c'è un ordine che varia a seconda delle necessità del gruppo o del modo di introdurre un nuovo incontro. Le lezioni hanno un inizio, uno sviluppo, una diminuzione dell'intensità ed un finale; inoltre, la Fux sottolinea l'importanza che il finale non debba mai essere sostituito con l'inizio e che nessuna tappa debba essere saltata. Quello che si può variare è in che modo avverrà l'inizio ad esempio può essere in piedi, sul pavimento, spostandosi da un punto all'altro o in un piccolo spazio. I temi chiave della danzaterapia di María Fux possono essere identificati nel silenzio, nello spazio, nel ritmo o nella musica che viene da fuori e sta dentro di noi. Infine ritroviamo anche il concetto di gioco ed improvvisazione considerati come qualcosa di permanente; è infatti, nel finale di tutte le lezioni che vi è una parte basata sull'improvvisazione che si svolge su di un tema dato ma che ognuno sviluppa a proprio modo. È nel lavoro di improvvisazione che si può cogliere l'aspetto prettamente individuale e personale, ed è in questa dimensione che viene espressa maggiormente l'intuizione propria della creatività. (Fux,2006).

Attraverso questo resoconto delle principali personalità a cui la danzaterapia fa riferimento nel suo sviluppo, si può comprendere l'evoluzione della danza stessa che, da essere considerata esclusivamente come balletto, tipicamente classico con regole e leggi fisse e che punta ad una bellezza estetica, diventa una possibile forma di terapia orientata all'espressione di emozioni e sentimenti, volta all'integrazione del singolo all'interno del gruppo e mirata sia ad acquisire una maggiore consapevolezza di sé stessi che allo sviluppo delle capacità di comunicazione interpersonale.

2.3 COMUNICAZIONE NON VERBALE, FIDUCIA NEL TERAPEUTA E RAPPORTO CON IL GRUPPO

L'uso delle arti e di altri processi creativi per favorire il benessere e promuovere la salute, come già evidenziato, si è delineato in un breve tempo e si è sviluppato successivamente ai successi ottenuti da alcuni specialisti in attività creative, lavorando nell'ambito dell'educazione speciale, della riabilitazione e dell'assistenza sanitaria. Quello che attraverso le arti-terapie si cerca di realizzare è affermare sé stessi e rendere possibile la comunicazione con gli altri. Ognuno ha il diritto di produrre il proprio esclusivo segno creativo che nessun'altro potrebbe creare.

L'arte non si può considerare una medicina da prendere in maniera sistematica ma, tuttavia, può motivare la persona a voler migliorare, a crescere e guarire e, in alcuni casi,

a produrre dei cambiamenti fisiologici nell'organismo. Talvolta può portare coloro che prima venivano considerati disabili, incapaci o catatonici, a parlare, a muoversi liberamente o a diventare membri attivi della società; tuttavia, va ricordato che le arti non rappresentano un rimedio universale a tutte le forme di patologia.

Tutto quello che occorre per sviluppare una forma creativa è la disponibilità di insegnanti, materiali o libri, la conoscenza di tecniche ed idee in merito ad una forma specifica di arte e l'applicazione di questa conoscenza a quella forma d'arte che meglio permette al soggetto di esprimersi ed essere creativo.

L'operatore in tutto ciò ha un ruolo fondamentale: rappresenta, infatti, un sostegno per il progresso dei soggetti, sceglie il materiale da utilizzare, fornisce istruzioni e determina il clima delle sedute. Innanzitutto, egli deve conoscere se stesso per aiutare ed avere fiducia dal gruppo, deve avere delle buone conoscenze in merito al mezzo creativo che adopera e deve anche conoscere tutti i membri che compongono il gruppo al fine di scegliere le attività più adatte alle esigenze e alle abilità specifiche di ciascuno. È fondamentale, inoltre, avere molta pazienza e fare in modo che tutti comprendano ed utilizzino il linguaggio del mezzo creativo utilizzato, la struttura e le sue forme di espressione. (Warren, 1995).

Nella danzamovimentoterapia si utilizzano la musica e la danza. Tale disciplina ha nella corporeità l'elemento fondamentale: il corpo immagazzina memorie e sensazioni che la danza terapia è in grado di portare alla luce ed il movimento è un mezzo espressivo e creativo che favorisce l'integrazione psicofisica dell'individuo. La DMT privilegia le modalità non verbali al fine di realizzare la relazione terapeutica, chiave fondamentale di sblocco nonché base sicura su cui è possibile conseguire una nuova e maggiore consapevolezza. La danza vista come arte del linguaggio corporeo può rispondere ai diversi bisogni dell'essere umano tra cui quello espressivo e, attraverso le sue coreografie, può essere considerata come uno strumento di cura in grado di comunicare i messaggi che provengono dal mondo interiore del soggetto permettendo a ciò che inizialmente si manifesta allo stato grezzo di diventare sempre più consapevole ed articolato grazie ad un'adeguata elaborazione del movimento. È necessario sempre tener presente il fatto che il movimento in sé rappresenta il linguaggio con il quale l'uomo ha da sempre espresso le sue aspirazioni fondamentali.

Oggi abbiamo dimenticato come comunicare ed ascoltare il linguaggio del movimento. Bisognerebbe riscoprirlo ed osservarlo in modo tale da capire da dove nasce, quali qualità possiede, in che modo si orienta nello spazio e quali emozioni può farci esprimere.

Attraverso il movimento e la sua comprensione si può accedere alle memorie che contiene cogliendo così anche i modelli e gli schemi motori, l'organizzazione, il fluire delle sensazioni, i silenzi, i blocchi e le bizzarrie. (Govoni, 1998). Concentrarsi sul movimento dà la possibilità di comprendere come il corpo, rispetto al pensiero, sia più elastico, più flessibile e maggiormente capace di adattarsi. Ma da solo il movimento non basta, è necessario che sia considerato insieme agli aspetti emozionali. Le persone che oppongono resistenza devono essere coinvolte in modo graduale, anche se l'assenza di movimento è comunque una condizione significativa.

Gli elementi base della danza sono il ritmo e lo schema; il movimento, invece, può essere classificato in funzionale o strumentale, quantitativo e qualitativo: è su quest'ultima tipologia di movimento che la danzaterapia si basa. L'operatore, a seconda del caso, deve lavorare gradualmente insegnando dapprima il movimento libero, poi quello simbolico e poi la danza comunicativa. Progressivamente verranno acquisiti una serie di movimenti con cui sia l'operatore che i soggetti potranno comunicare facilmente con il gruppo stesso. Le attività di danza dovrebbero aiutare gli utenti nel raggiungimento di un equilibrio fisico ed emozionale sviluppando la crescita dell'identità individuale e l'affermazione di sé, aumentando le abilità sociali, il contatto, la fiducia e la collaborazione con gli altri, migliorando gli elementi funzionali di un'abilità ed applicando gli schemi di movimento a diverse situazioni. Le varie attività possono essere accompagnate da musiche differenti ed, inoltre, lo svolgimento della sessione può essere considerato come un ciclo di energia creativa che passa da una fase di riscaldamento, ad una fase di maggiore concentrazione in cui si introduce un tema che viene successivamente sviluppato e, per concludere, alla fase di raffreddamento o rilassamento. (Payne, 1997).

Allo stesso modo nella danzaterapia espressivo relazionale i tre momenti che costituiscono la sessione possono essere identificati in apertura, parte centrale e conclusione. Questo modello ha come riferimento il paradigma Mcr (mente-corpo-relazione): ciascuna fase è organizzata pensando ad un processo multidimensionale che si sviluppa su diversi piani quali quello somatico (fisiologia del corpo in movimento), quello psicologico (processo simbolico-immaginario, modulazione emozionale) e quello relazionale (scambio interculturale, interazioni).

Le fasi fondamentali sono metaforicamente tre:

- 1) fase di immersione o apertura, volta a favorire il passaggio ad una condizione psicofisica ed ambientale diversa;

- 2) tempo di sfondo o fase centrale, finalizzata a sviluppare il focus centrale dell'esperienza;
- 3) fase di lenta risalita o conclusione, finalizzata a riemergere senza rischi e ad integrare l'esperienza, accompagnando i partecipanti a ricollocarsi in una condizione psicofisica abituale. (Bellia, 2007).

In definitiva, dunque, la prima parte della sessione di danzaterapia prevede il *riscaldamento*, particolarmente importante per coloro che non sono abituati ad utilizzare il proprio corpo, per cui attraverso attività scelte accuratamente è possibile ridurre il rischio di possibili lesioni o stiramenti. Il riscaldamento permette, altresì, al gruppo di adattarsi allo stile dell'operatore e serve, finanche, a creare fiducia, condivisione ed aiuta la stimolazione circolatoria e neuromuscolare. Il secondo blocco è relativo alla *consapevolezza del proprio corpo*. Qualsiasi esercizio permette di avere una maggiore conoscenza della propria corporeità e le attività di danza danno la possibilità anche di sperimentare il legame tra movimento, immagine corporea ed emozione. Per far ciò è importante che le persone si sentano a proprio agio ed inizino a conoscere le possibilità di movimento associandole ai loro stati d'animo. Un ulteriore momento importante è quello riguardante la *conoscenza del gruppo*. Con pochi materiali è possibile svolgere attività di gruppo disponendo tutti i membri in cerchio e cercando di creare un clima positivo, di contatto con gli altri e di unione: in questo modo, si sviluppa la relazione interpersonale e si stimola la coesione. Vi è poi la *danza* vera e propria come attività motoria libera, come imitazione o improvvisazione stimolata da alcuni materiali ed oggetti quali nastri, stoffe, piume ed accompagnata da musiche differenti utilizzate per suscitare emozioni o reazioni, permettendo ai soggetti la loro piena espressione. (Warren, Coaten, 1995).

Infine, anche nella danzaterapia si pone il problema della decompressione. L'ultimo blocco della sessione vede come il corpo, impegnato nell'azione, debba ritornare alla calma; è necessario riappropriarsi del corpo abituale. Tutta l'ultima parte della sessione va considerata come una graduale risalita, una re-integrazione. (Bellia, 2007). È molto importante che nella sessione di danzaterapia vengano rispettate delle regole: la sessione deve iniziare e terminare in maniera puntuale, non bisogna danneggiare l'ambiente né farsi male, l'operatore deve garantire riservatezza, non esprimere giudizi personali ed incoraggiare tutti allo stesso modo. Sarebbe opportuno creare dei *riti* da ripetere sia all'inizio della sessione, ad esempio togliersi le scarpe, che alla fine, come una particolare attività o un trenino. È necessario che ci sia fiducia reciproca tra operatore e gruppo

poiché il successo della sessione si realizza nel momento in cui la danza riesce a sviluppare i movimenti e le emozioni dando a ciascuno una maggiore consapevolezza di sé oltre ad aumentare la consapevolezza sociale (cooperazione, lavoro di coppia, attesa del turno). (Payne, 1997). Essenziale è la presenza di un setting strutturato in base all'esperienza da attuare e che non sia disturbato da improvvise aperture della porta o da un inadeguato funzionamento degli strumenti da utilizzare. Importante è comprendere che le sessioni di danzaterapia vengono intraprese dopo una valutazione della situazione preliminare del singolo e del gruppo.

Si può, dunque, ben notare come la DMT sia un approccio orientato alla relazionalità e socialità e sviluppa creatività e cambiamento attraverso l'espressione corporea. Il corpo espressivo può essere considerato come «teatro della soggettività», difatti, nel corpo di ciascuno danza il suo mondo interiore. Il gruppo terapeutico è un'officina creativa, un mezzo attraverso cui veicolare un cambiamento. Anche la danza del gruppo è il risultato di una mediazione tra l'insieme di esperienze, di gusti e di stili del conduttore, da una parte, e quello dei destinatari dall'altra. La danza è formata da un movimento abituale e nel muoverci facciamo riferimento, spesso inconsapevolmente, a tutta l'ereditarietà culturale che si possiede in virtù del proprio contesto culturale (ad esempio, i media o la disciplina). La danza, oltretutto, è in stretto rapporto con la musica anch'essa considerata un palinsesto culturale e un prodotto trans-personale: l'arte dei suoni attribuisce alla sessione di danzaterapia una forte impronta formativa ed istituisce una cornice ritmica dell'esperienza. La musica condiziona il movimento ed insegna a giocare e danzare in nuovi modi ma permette anche una sintonizzazione armonica con l'ambiente e svolge una funzione esternalizzante. Possiamo pertanto vedere la terapia come gioco creativo che guida la riorganizzazione relazionale, emozionale e psicomotoria. È una terapia fatta mediante il gruppo che può essere piccolo, medio o grande e volta al raggiungimento del benessere. (Bellia, 2007).

Nella danzaterapia si entra sempre in relazione, oltre che con sé stessi, con il terapeuta, con i singoli membri del gruppo e con l'intero gruppo. Il lavoro in gruppo elimina la discriminazione poiché ognuno mostra il proprio mondo in maniera diversa. Il contatto con gli altri e l'esprimersi di un gruppo fanno in modo che si riduca il senso di solitudine e di isolamento che molte persone provano in certi momenti della propria vita: è il gruppo a produrre il cambiamento. (Fux, 2006). In DMT possiamo trovarci ad operare con gruppi piccoli, gruppi medi o gruppi grandi che possiedono particolarità diverse e permettono il raggiungimento di obiettivi differenti. Il piccolo gruppo (4-9 elementi) è principalmente

spazio di rappresentazioni transferali familiari e della rappresentazione «a tu per tu». Il gruppo allargato (oltre 30 elementi) è invece spazio di regressione e di emozioni arcaiche, è spazio di fenomeni transpersonali piuttosto che interpersonali e si realizzano esperienze da individui collettivizzati con un'identità di gruppo in cui svaniscono i confini individuali. Nel gruppo intermedio (10-30 elementi), infine, vi è lo spazio per l'elaborazione culturale, per l'innovazione e per la creatività; è uno spazio caotico in cui possono insorgere conflitti, in cui si oscilla tra l'intrapsichico e il sociale, tra la dimensione individuale e il senso di appartenenza (si alternano in maniera rapida la relazione individuo-gruppo, la formazione di sottogruppi e la formazione di coppie).

Il gruppo di danzamovimentoterapia può costituire l'opportunità di consolidare e sperimentare, sul terreno stesso del corpo vissuto, un rinnovato senso di partecipazione ad un mondo che ritrova significato e di un senso di appartenenza alla collettività. Tuttavia il gruppo rappresenta anche lo spazio interpersonale del dialogo motorio, uno spazio in cui stili espressivi e psicosomatici differenti segnano i contorni di un'area di scambio, di rispecchiamento empatico, di reciproche sollecitazioni esplorative e di un processo integrativo, nel quale ognuno ha la possibilità di ampliare e modificare la propria identità psicomotoria all'interno di uno spazio di transazione e di gioco creativo. Predisporre un setting di gruppo di danzaterapia implica anche la capacità di proporre il "gioco" adatto in qualunque situazione affinché la corporea immediatezza dell'incontro con se stessi e con l'altro possa essere attraversata senza difficoltà e banalizzazioni. (Adorisio, García, 2008).

Di primaria importanza è la relazione che si crea tra il danzaterapeuta e l'individuo. Bisogna sottolineare che esiste una differenza sostanziale tra gli operatori di danzaterapia e il danzaterapeuta. L'operatore di danzaterapia è un insegnante di educazione fisica o di danza che, attraverso la danza ed il movimento, cerca di aiutare coloro che hanno delle particolari necessità fisiche. Il rapporto che si viene a creare è quello di insegnante-alunno e si cerca di educare gli allievi facendoli divertire organizzando saggi o spettacoli di danza. L'obiettivo principale dell'operatore di danzaterapia è quello di potenziare le abilità fisiche del soggetto migliorando, pertanto, la consapevolezza corporea attraverso la danza vista come forma d'arte senza intervenire sulla vita emozionale della persona. L'obiettivo del danzaterapeuta, invece, è quello di determinare in coloro che hanno avuto dei problemi o un ritardo nello sviluppo un cambiamento positivo e duraturo mediante la danza, affinché raggiungano un benessere emozionale, sociale e fisico e al fine di esprimere il loro potenziale. La danza o il movimento divengono un modo alternativo per

poter fare una diagnosi ma possono anche essere utili come ulteriori interventi riabilitativi o terapeutici: la danza favorisce la crescita psicologica ed emotiva di una persona ma anche la sua integrazione sociale grazie alle attività di gruppo. (Payne, 1997).

È fondamentale che si venga a creare sin dall'inizio un rapporto di fiducia reciproca tra soggetto e terapeuta e che si stabilisca un'alleanza che permetta il coinvolgimento e l'espressione di ciascuno. Il terapeuta per poter riconoscere le emozioni nascoste o scisse deve essere in grado di stabilire un rapporto profondamente empatico, facendo da «cassa di risonanza» al mondo interiore del paziente. Bisogna così creare un rapporto fondato sulla stima, comprensione, empatia e rispetto reciproci. Egli deve anche poter comprendere sia il livello e i bisogni inconsci del soggetto sia i propri. Wendy Wyman mette in evidenza come si possano osservare, all'interno della pratica analitica, differenti modi in cui l'inconscio del terapeuta e quello del paziente comunichino mediante il corpo, ad esempio attraverso la postura o il gesticolare compulsivo o ripetitivo. Un obiettivo da raggiungere per il terapeuta è quello di scoprire la creatività primaria attraverso la danza. Anche nel momento in cui gli stati d'animo non vengono danzati bensì espressi solo mediante gesti inconsapevoli o posture, è sempre possibile leggere delle tracce: la "parte artistica" del terapeuta è di notevole importanza poiché serve per focalizzare l'attenzione sull'integrazione del processo creativo con quello terapeutico. (Adorisio, García, 2008). Grazie alla danzaterapia si cerca così di colmare quelle che sono le capacità mancanti rendendo ciascun soggetto più consapevole di sé e degli altri. La consapevolezza, difatti, è parte fondamentale del processo legata alla percezione ed all'ascolto del corpo e deve essere acquisita da tutti i soggetti.

Abbiamo osservato come la danza dia alle persone, grazie alla vicinanza degli altri membri del gruppo e alla presenza attiva del terapeuta, la possibilità di sviluppare una maggiore consapevolezza sensoriale ma, allo stesso modo, anche di liberarsi da schemi banali e limitanti che possono esprimersi negli atteggiamenti, nella gestualità espressiva e nei modelli di movimento quotidiano. Sviluppare questa consapevolezza sensoriale favorisce l'autonomia, il funzionamento fisico, la concentrazione, permette di dare forma alle emozioni provate, di sviluppare un senso dell'io corporeo e promuovere un comportamento più spontaneo e collaborativo. Lavorare creativamente con la danza come metodo per conoscere la forma, lo spazio, il corpo, il movimento è un'impresa gratificante, divertente e stimolante. L'operatore deve essere sempre consapevole del fatto che attraverso la danza ogni soggetto comunica: egli deve osservare il gruppo nella sua interezza e deve sapere che lavorando con gli esseri umani e con le loro emozioni

quello che viene fatto non deve essere considerato né come un'esibizione, né come un gioco. La danza dà all'individuo l'opportunità di migliorare la fiducia in se stesso nonché la capacità di autogestirsi mediante una maggiore conoscenza del suo corpo: la danza amplia la fantasia, migliora anche la capacità di agire nel rispetto di sé e degli altri e le abilità comunicative. (Warren, Coaten, 1995).

CAPITOLO TERZO

DANZAMOVIMENTOTERAPIA: UNO STUDIO SUL CAMPO

*“... e la mia disabilità?
Microscopica mancanza rispetto a tutto ciò
che mi è stato donato,
un granello di sabbia in meno in una infinita spiaggia!”*
Dal libro *“Una vita imprudente. Percorsi di un diversabile in un contesto di fiducia”*
di Claudio Imprudente

3.1 PREMESSA

Il progetto di ricerca che verrà riportato di seguito nasce dall'idea di voler comprendere se la danzamovimentoterapia incida positivamente su di un bambino con sindrome di Down, aumentandone la relazione con l'altro, diminuendo i comportamenti problema e riducendo le stereotipie. La ricerca vede come protagonisti due bambini, dell'età di 9 e di 11 anni, che frequentano l'associazione *“Gocce nell'Oceano-ONLUS”* di Corato: essi sono stati osservati, per dieci giorni, all'interno di una sessione di danzaterapia, un'attività che tale associazione offre fin dalla sua fondazione.

Attraverso l'uso dell'osservazione e di una tabella di valutazione, si è giunti alla rilevazione dei dati: la tabella prevede una serie di variabili che nelle sedute di osservazione sono state adeguatamente vagliate. I dati raccolti attraverso l'indagine non possono essere generalizzati dal momento che lo scopo di questa analisi è quello di fornire un nuovo contributo, evidenziando margini di riflessione. Affinché sia rispettata la privacy dei due bambini coinvolti nella sperimentazione, essi verranno indicati nel corso della trattazione come *soggetto 1* e *soggetto 2*.

3.2 LA SINDROME DI DOWN

Prima di descrivere nello specifico i due soggetti sperimentali è opportuno comprendere cosa è la sindrome di Down.

Sappiamo che il nostro corpo è costituito da molteplici cellule e che in quest'ultime vi sono 46 cromosomi divisi in 23 coppie. L'insieme di questi cromosomi determina le caratteristiche di ognuno, caratteristiche uniche che rendono ciascun soggetto diverso dagli altri. Nella coppia dei cromosomi 21 di coloro i quali sono affetti dalla sindrome di Down sono presenti tre cromosomi invece di due: per tale motivo si parla anche di Trisomia 21.

Il nome della sindrome trae origine dal medico inglese John Langdon Down il quale nel 1862 ha descritto per la prima volta le caratteristiche di una persona con sindrome di Down. Successivamente, nel 1959 lo scienziato Jerome Lejeune ha scoperto che coloro che hanno la sindrome di Down hanno un cromosoma in più all'interno delle loro cellule: si giunge così a considerare tale sindrome come una condizione genetica.

La sindrome di Down non può essere considerata una malattia e, dunque, non può essere curata: essa caratterizza il soggetto che ne è affetto per tutto il suo percorso di vita. (www.aipd.it).

Un soggetto con sindrome di Down si può identificare per alcune o tutte le seguenti caratteristiche fisiche. Tra queste caratteristiche fisiche ritroviamo: microgenia, fessure degli occhi oblique con pieghe della pelle all'angolo interno degli occhi (identificata precedentemente come piega mongoloide), presenza di una lingua sporgente, macroglossia, ipotonia muscolare, collo e dita corte, ritardo mentale e strabismo. La presenza di una terza copia (o una sua parte) del cromosoma 21 fa sì che coloro che hanno la sindrome di Down facciano più fatica a svolgere attività di vita quotidiana: questo cromosoma supplementare provoca un rallentamento nel processo di crescita e rende la vita di questi soggetti più difficile, anche se non impossibile. Difatti, essi sono in grado di eseguire tutte le attività che compie un soggetto normodotato, impiegando, però, un tempo maggiore. Lo sviluppo e la crescita di un bambino con la trisomia 21 avviene più lentamente, ma allo stesso modo di altri bambini.

Esistono una serie di pregiudizi in merito ad un soggetto down: infatti, è comune pensare che siano tutti uguali ma in realtà sono accomunati solo dal corredo cromosomico, da un deficit mentale e da alcuni aspetti somatici. Esistono, però, differenze che diversificano ciascun soggetto con sindrome di Down e possono derivare

dal tipo di educazione ricevuta in famiglia o a scuola, da fattori costituzionali o dalla presenza/assenza di servizi sul territorio.

La maggior parte di coloro i quali sono affetti dalla sindrome di Down raggiungono un adeguato livello di autonomia personale, imparano a curare la propria persona, a fare sport, a frequentare gli amici e, diventati adulti, apprendono un mestiere e trovano un lavoro. Molti ritengono che le persone down possano svolgere solo lavori ripetitivi e privi di responsabilità ma, in realtà, grazie alla presenza di un inserimento mirato possono svolgere lavori su macchinari complicati e risolvere nuovi problemi con creatività.

Nel corso degli anni si sono costituiti differenti gruppi a sostegno di persone con sindrome di Down: organizzazioni che promuovono l'inserimento di bambini con trisomia 21 all'interno dell'ambito scolastico, che favoriscono una maggiore comprensione di tale condizione tra la popolazione generale ed, infine, che si propongono di dare sostegno alle famiglie. Tra queste organizzazioni ritroviamo la *Royal Society for Handicapped Children and Adults* (MENCAP), la *National Down Syndrome Congress* e la *National Down Syndrome Society*.

Concludendo, si può dunque affermare che coloro che sono affetti dalla sindrome di Down sono in grado di compiere molte azioni, molte attività e tante altre ne possono conoscere ed imparare. Affinché le diverse potenzialità si concretizzino, è opportuno che tutti imparino a conoscere le persone con tale sindrome, a fornire loro un aiuto adeguato ma anche ad aver fiducia nelle loro capacità.

3.2.1 IL CASO CLINICO

Il *soggetto 1* è un bambino di 10 anni con sindrome di Down; secondogenito di una famiglia di quattro componenti: padre, madre e fratello maggiore. La prima *diagnosi funzionale* è stata stilata all'età di tre anni ed ha evidenziato una diagnosi clinica di sindrome di Down che implica, come conseguenze funzionali, una lieve immaturità cognitiva ed un lieve ritardo nella comunicazione verbale e nella motricità: questo documento individua un'immaturità psicomotoria ed una compromissione dell'area motoria ed espressivo-verbale. Nello specifico, in merito alla dimensione cognitiva, si evince che il bambino ha un livello di pensiero sensomotorio e sperimenta attivamente la realtà; oltre a ciò, appare ben avviato lo sviluppo sociale, relazionale ed emotivo, evidenziato dal legame gioioso e fiducioso con i familiari e dai processi separativi-

imitativi-identificativi e di socializzazione secondaria ben avviata. Per di più, si evince che egli ha un'adeguata consapevolezza di sé. Il bambino è in grado di cogliere il significato di molte parole e di suoni musicali, riesce a comprendere e compiere ordini semplici (ad esempio: «dammi», «prendi»). In merito alla dimensione linguistica, il linguaggio spontaneo del bambino risulta limitato a poche e semplici parole, a vocalizzazioni e monosillabi: a dispetto di ciò, però, egli riesce a fronteggiare tale carenza con un buon supporto gestuale e mimico. Riguardo le capacità cognitive, il bambino dimostra di apprendere per esperienze ripetute e presenta un'attenzione labile e discontinua in quanto riesce a mantenere l'attenzione su di una singola attività per breve tempo e cambiando costantemente giochi. Il bambino non è ancora abbastanza autonomo né da un punto di vista sociale, né personale.

All'età di cinque anni è stata redatta una relazione logopedica all'interno della quale si sottolinea una regressione sul piano relazionale e sociale: difatti, il bambino manifesta chiusura e mutismo selettivo nei confronti dell'operatore, esprime una particolare resistenza sia alla separazione dai genitori che ai cambiamenti. Da un punto di vista linguistico, utilizza principalmente l'olofrase ed è in grado di rispondere a domande che prevedono risposte «sì» o «no». Risulta assente il gioco simbolico.

Il *soggetto 1* ha raggiunto importanti miglioramenti sul piano linguistico, cognitivo e relazionale grazie al sostegno dato da un equipe che si avvale di un intervento intensivo strutturato con rapporto 1:1, basando il loro lavoro su un programma cognitivo-comportamentale (ABA). Nell'ultimo Profilo Dinamico Funzionale (PDF) redatto, infatti, si leggono miglioramenti in merito al linguaggio verbale-espressivo-funzionale seppure non sempre risulta comprensibile a causa di difficoltà nella fonazione. Sul piano cognitivo, l'attenzione appare frammentaria e il bambino è in grado di mantenere tempi d'attenzione maggiori in attività che prediligono il canale ritmico-musicale e ludico-motorio; si mostrano ancora immature le capacità di comprensione e quelle mnemoniche. In merito all'asse socio-affettivo-relazionale il *soggetto 1* non presenta comportamenti aggressivi ed ha un discreto inserimento nell'attività scolastica; è presente, inoltre, una forte dipendenza dall'altro (maestra e/o educatore) ed una parziale accettazione delle regole. In ultima analisi, una più recente relazione logopedica sottolinea come il bambino sia maggiormente propenso ad interagire e collaborare, seppur mostrando alcune difficoltà nel rapportarsi con l'ambiente estraneo e con l'interlocutore. In merito alla sfera linguistica, il bambino è in grado a volte di utilizzare il linguaggio per comunicare le proprie esigenze in maniera funzionale e per interagire con gli altri, nonostante la rapidità

nella pronuncia non permetta un'adeguata comprensione. Il suo vocabolario ricettivo, tuttavia, appare ridotto rispetto alla sua età anagrafica: riconosce maggiormente oggetti reali ed immagini a lui note.

Il *soggetto 2*, invece, è un bambino Down di 9 anni secondogenito di tre germani. Da una iniziale relazione psicologica redatta all'età di tre anni si evidenzia che il bambino è gioioso e fiducioso verso i familiari e manifesta reazioni emotive e risposte adeguate agli eventi. In merito all'area cognitiva, parlando in termini piagetiani, presenta un pensiero legato allo stadio senso-motorio, è in grado di risolvere problematiche per prove ed errori ed apprende per esperienze ripetute. Il bambino ha avviato un gioco visuo-costruttivo elementare (incastra cerchi o sovrappone cubi). Altresì, in merito all'area comunicazionale, si evince che il bambino è in grado di comprendere il significato di parole di uso quotidiano e si esprime con linguaggio non verbale.

La *diagnosi funzionale* specifica la presenza di ritardo cognitivo e del linguaggio, instabilità psicomotoria, labilità attentiva in soggetto con sindrome di Down, patologia grave e stabilizzata. All'età di cinque anni viene redatto il primo PEI che enfatizza come il bambino sia ben inserito a scuola, si relaziona con i compagni, anche se non sempre in maniera positiva (spesso, infatti, reagisce impulsivamente). Accetta le attività pianificate dall'insegnante nonostante la sua attenzione sia legata prevalentemente all'interesse per l'attività stessa e, di conseguenza, i tempi di lavoro appaiano molto ridotti. In merito alla dimensione del linguaggio, si evince che il *soggetto 2* ripete le sillabe finali delle parole e non è in grado di comunicare i suoi bisogni primari e le sue esigenze né verbalmente né con gesti. Nelle situazioni nuove dipende dalla figura adulta di riferimento.

Da un recente PDF emerge che il bambino ha un'immagine di sé positiva e propositiva ma con tratti di egocentrismo ed onnipotenza infantile. La sua immaturità emotiva lo porta ad essere intollerante alle frustrazioni e le sue relazioni con i coetanei sono superficiali e discontinue: pertanto, risulta importante la mediazione dell'adulto. Tuttavia la collaborazione con i coetanei e con gli adulti appare limitata dalla labilità attentiva, dall'irrequietezza e dall'immaturità affettiva. Il suo comportamento è caratterizzato in alcuni momenti da iperattività associata ad instabilità psicomotoria e, in altri momenti, alterna situazioni di eccessiva tranquillità o stanchezza che limitano i tempi di attenzione e concentrazione. Si evince, ancora, che ha un'attenzione labile e saltuaria pertanto necessita di sollecitazioni e di una guida costante per essere canalizzata. La difficoltà di concentrazione, invece, è relativa sia ai compiti che ai giochi proposti ed è facilmente

disturbata da stimoli esterni; inoltre, appena sufficienti sono la capacità di memorizzazione e la comprensione relativa a contenuti vissuti e/o rappresentati.

Il profilo cognitivo è caratterizzato da un deficit visuo-spaziale che si evidenzia con problemi nella vista (astigmatismo, strabismo, miopia) manifestata, difatti, da una marcata disgrafia a livello oculo-manuale. Il *soggetto 2* possiede particolari problemi nel controllo fine e grosso motorio; nella motricità globale, si evidenzia immaturità dell'autocontrollo globale o difficoltà di coordinazione.

In merito alla dimensione della comunicazione si evidenzia come nel bambino la comprensione sia deficitaria; egli presenta una capacità linguistica ancora compromessa: parla velocemente e possiede un linguaggio poco sviluppato. Il linguaggio è legato soprattutto al soddisfacimento dei bisogni fondamentali, ad alcune richieste ed al suo umor, utilizza la parola frase anche se spesso è poco comprensibile poiché il linguaggio è compromesso da una scorretta impostazione fonoarticolatoria dei fonemi o dall'omissione di alcuni di essi. Inoltre, si può sottolineare come la presenza di iperattività, di problemi di attenzione, di impulsività e di difficoltà di concentrazione siano manifestazioni che vanno a compromettere in modo abbastanza grave l'apprendimento.

Inoltre, si può mettere in evidenza come il bambino, durante l'orario extra-scolastico, segua terapia logopedica individuale relativamente alla comprensione e alla produzione.

Una recente relazione logopedica sottolinea come il *soggetto 2* sia seguito da un equipe che predilige un intervento intensivo strutturato con rapporto 1:1 secondo programma cognitivo-comportamentale (ABA) che per un certo periodo ha introdotto un linguaggio dei segni adeguatamente calibrato alle capacità motorie del bambino, il quale ha utilizzato i segni per poter comunicare le sue esigenze. In seguito ad una serie di test specifici effettuati si evince che il bambino utilizza una frase minima formata da verbo-complemento oggetto, o parola frase formata solo dal verbo per descrivere immagini semplici. Si evince, inoltre, che nella ripetizione di frasi più lunghe e complesse il *soggetto 2* mostra difficoltà nel tenere a mente tutta la frase, difatti, ripete solo le ultime parole ascoltate.

Infine, si evidenzia un'adeguata comprensione di parole e frasi semplici ma appare inadeguata rispetto alla sua età la denominazione di sostantivi, frasi complesse e concetti spazio-temporali.

3.3 LA SESSIONE DI DANZAMOVIMENTOTERAPIA

La sessione di danzaterapia che verrà di seguito descritta e che rappresenta il momento in cui sono state effettuate le osservazioni per il lavoro di ricerca, è la sessione tipo che viene effettuata presso l'associazione "*Gocce nell'Oceano-ONLUS*". Le sedute hanno una cadenza settimanale, durano circa 45-50 minuti e ad esse partecipano sei bambini con differenti patologie quali: autismo, sindrome di Down o ritardo psicomotorio (il gruppo è comunque aperto anche a bambini normodotati).

Nel gruppo, oltre ai bambini, vi sono delle volontarie, alle quali è affidato un bimbo, e la danzaterapeuta, che coordina e gestisce il gruppo stesso. Nelle sedute si predilige il lavoro a piedi nudi per cui, dopo aver aiutato i bambini a togliere le scarpe, ci si posiziona tutti all'interno di una stanza formando da seduti un cerchio e, con la solita musica rituale ritmata da tamburi, avviamo la sessione: in tal modo, segniamo l'apertura dello «spazio extra-quotidiano». In questo spazio è possibile giocare con il movimento ed utilizzare diversi materiali come foulard, nastri, palle di diversa dimensione, cerchi, stoffe, birilli, colori o sedie. I materiali da utilizzare durante le attività -essi costituiscono la parte centrale della seduta- vengono selezionati e scelti dalla danzaterapeuta in base al tipo di lavoro previsto. Nonostante le attività svolte durante le sessioni siano diverse, indugeremo maggiormente su quelle che sono state oggetto di studio della ricerca: ad esempio, lo *psico-contatto*.

Durante quest'attività di rilassamento, svolta a luce spenta e con l'utilizzo di musica dolce, dopo aver fatto sdraiare il bambino su di un tappetino, si utilizzano delle palline, di dimensione e materiale differente, adagiate e fatte ruotare con un movimento continuo ed in senso orario su tutte le parti del corpo. Inoltre, mediante l'impiego dei cerchi in cui saltare a piedi uniti o con una sola gamba, dei birilli per lo slalom o dei materassini su cui rotolarsi, vengono organizzati dei *percorsi psicomotori*: in questo caso, i bambini vengono posti in fila e ognuno di loro deve aspettare il proprio turno prima di iniziare il percorso. Dopo che la danzaterapeuta mostra in che modo dovrà essere eseguito il percorso, il bambino potrà adempiere al compito autonomamente o con l'aiuto di prompt forniti dalla volontaria di riferimento. Tra le attività che vengono eseguite, possiamo ricordare i *balli* che i bambini possono svolgere o in *coppia con un compagno*, assegnato dalla danzaterapeuta, o *insieme a tutti gli altri*. In entrambi i casi, vengono ballate canzoni che i bambini hanno imparato a conoscere durante le sessioni (alcune di queste vengono

ballate utilizzando dei segni). Le volontarie, in questo frangente, possono intervenire, se necessario, con prompt fisici o verbali.

Infine, possiamo citare le *attività in autonomia* che comprendono compiti il cui modus operandi è la completa autonomia, appunto, del soggetto. Solitamente, viene creato un cerchio di soli bambini che balla le canzoni che conosce, in maniera indipendente e senza prompt.

La parte finale della seduta prevede l'utilizzo di una musica specifica, associata di solito ad un trenino o ad un cerchio, che aiuta i bambini a capire che la sessione volge al termine, preparandoli psicologicamente all'uscita.



Figura 1. Volontarie bambini durante il gioco con il foulard.

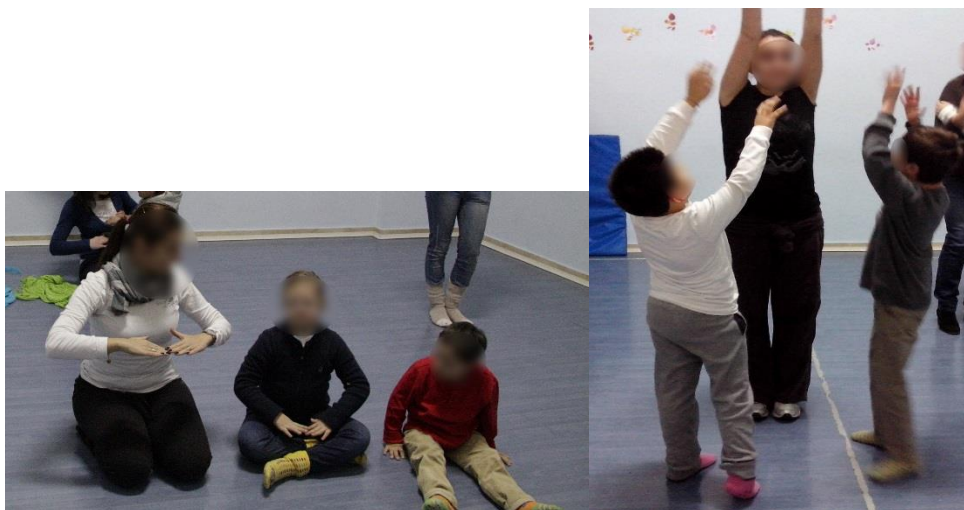


Figura 2. Bambini che imitano la danzaterapeuta durante una delle attività.



Figura 3. Volontarie e bambini nella fase iniziale della sessione.



Figura 4. Volontarie e bambini durante un ballo in gruppo.

3.4 STRUMENTI DI RACCOLTA DATI

Il protocollo di ricerca ha previsto il ricorso all'osservazione partecipante e strutturata attraverso la compilazione di una griglia in cui è stata annotata la frequenza di determinati comportamenti durante le cinque attività, precedentemente descritte, alle quali sono stati dedicati 10 minuti di osservazione. Le tabelle di valutazione utilizzate sono le seguenti.

ATTIVITA'	DURATA ATTIVITA'		FREQUENZA RIPETIZIONE/COMPARSA DELLE AZIONI	
Psico- contatto	10 min		SOGGETTO 1	SOGGETTO 2
		-ricerca lo sguardo della volontaria		
		-accetta il contatto		
		-sorride al contatto		
		-si alza		
		-corre per la stanza		
		-tende ad uscire dalla stanza		
		-attua stereotipie vocali		
		-attua stereotipie motorie		
Canzoni da ballare	10 min		SOGGETTO 1	SOGGETTO 2
		-ricerca lo sguardo della volontaria		
		-accetta il contatto		
		-sorride		
		-corre per la stanza		
		-tende ad uscire dalla stanza		
		-attua stereotipie vocali		
		-attua stereotipie motorie		
		-non presta attenzione all'imitazione dei movimenti		

ATTIVITA'	DURATA ATTIVITA'		FREQUENZA RIPETIZIONE/COMPARSITA' DELLE AZIONI	
Ballo a coppia con il compagno	10 min		SOGGETTO 1	SOGGETTO 2
		-accetta il contatto		
		-sorride al contatto		
		-dirige lo sguardo al compagno		
		-collabora con il compagno assegnato		
		-attua stereotipie vocali		
		-attua stereotipie motorie		
		-corre per la stanza		
		-tende ad uscire dalla stanza		
		-evita il compito		
Percorsi psicomotori	10 min		SOGGETTO 1	SOGGETTO 2
		-ricerca lo sguardo della volontaria		
		-accetta il contatto		
		-sorride		
		-non aspetta il suo turno		
		-attua stereotipie vocali		
		-attua stereotipie motorie		
		-corre per la stanza		
		-tende ad uscire dalla stanza		
		-evita il compito		

ATTIVITA'	DURATA ATTIVITA'		FREQUENZA RIPETIZIONE/COMPARSА DELLE AZIONI	
Attività in autonomia	10 min		SOGGETTO 1	SOGGETTO 2
		-dirige lo sguardo al compagno		
		-accetta il contatto		
		-sorride		
		-attua stereotipie vocali		
		-attua stereotipie motorie		
		-evita il compito		
		-corre per la stanza		
		-tende ad uscire dalla stanza		
		-durante l'attività in cerchio seduto, si alza		

3.5 PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

In seguito alle osservazioni effettuate durante le sessioni di danzaterapia si sono ottenuti i dati riportati di seguito.

Soggetto 1:

	PSICO-CONTATTO				
	<i>Giorno 1</i>	<i>Giorno 2</i>	<i>Giorno 3</i>	<i>Giorno 4</i>	<i>Giorno 5</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	0	2	2	4	3
- Accetta il contatto	0	0	2	4	5
- Sorride al contatto	1	3	5	5	7
- Si alza	4	3	1	1	0
- Corre per la stanza	3	1	0	1	0
- Tende ad uscire dalla stanza	2	1	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	5	4	2	1	0
- Attua stereotipie motorie	2	1	0	0	0
	<i>Giorno 6</i>	<i>Giorno 7</i>	<i>Giorno 8</i>	<i>Giorno 9</i>	<i>Giorno 10</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	6	6	8	9	9
- Accetta il contatto	6	8	9	9	10
- Sorride al contatto	8	9	8	10	10
- Si alza	0	0	0	0	0
- Corre per la stanza	0	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0

	CANZONI DA BALLARE				
	<i>Giorno 1</i>	<i>Giorno 2</i>	<i>Giorno 3</i>	<i>Giorno 4</i>	<i>Giorno 5</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	1	3	5	6	8
- Accetta il contatto	0	1	1	3	5
- Sorride	1	2	2	4	6
- Corre per la stanza	5	4	3	3	1
- Tende ad uscire dalla stanza	4	3	2	2	1
- Attua stereotipie vocali	5	4	3	3	2
- Attua stereotipie motorie	2	2	1	0	0
-Non presta attenzione all'imitazione dei movimenti	8	6	7	5	3
	<i>Giorno 6</i>	<i>Giorno 7</i>	<i>Giorno 8</i>	<i>Giorno 9</i>	<i>Giorno10</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	9	9	10	10	10
- Accetta il contatto	6	6	8	7	9
- Sorride	8	7	9	9	10
- Corre per la stanza	1	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	1	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
-Non presta attenzione all'imitazione dei movimenti	3	1	0	0	0

	BALLO A COPPIA CON IL COMPAGNO				
	<i>Giorno 1</i>	<i>Giorno 2</i>	<i>Giorno 3</i>	<i>Giorno 4</i>	<i>Giorno 5</i>
- Accetta il contatto	0	0	1	3	2
- Sorride al contatto	0	1	3	5	7
- Dirige lo sguardo al compagno	0	0	2	4	5
- Collabora con il compagno assegnato	2	2	4	3	5
- Attua stereotipie vocali	4	4	2	3	2
- Attua stereotipie motorie	2	2	1	1	1
- Corre per la stanza	5	4	4	3	1
-Tende ad uscire dalla stanza	4	3	4	2	1
-Evita il compito	4	5	3	3	2
	<i>Giorno 6</i>	<i>Giorno 7</i>	<i>Giorno 8</i>	<i>Giorno 9</i>	<i>Giorno10</i>
- Accetta il contatto	4	6	8	10	10
- Sorride al contatto	6	7	7	9	10
- Dirige lo sguardo al compagno	5	6	7	7	8
- Collabora con il compagno assegnato	7	7	6	8	8
- Attua stereotipie vocali	1	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
- Corre per la stanza	1	0	1	0	0
-Tende ad uscire dalla stanza	1	0	0	0	0
-Evita il compito	1	0	0	0	0

	PERCORSI PSICOMOTORI				
	<i>Giorno 1</i>	<i>Giorno 2</i>	<i>Giorno 3</i>	<i>Giorno 4</i>	<i>Giorno 5</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	1	2	2	3	4
- Accetta il contatto	0	1	1	2	3
- Sorride	0	0	1	2	1
- Non aspetta il suo turno	7	6	6	4	2
- Attua stereotipie vocali	5	4	3	2	2
- Attua stereotipie motorie	6	5	5	3	1
- Corre per la stanza	6	4	2	3	2
- Tende ad uscire dalla stanza	4	3	2	1	1
-Evita il compito	7	6	5	5	2
	<i>Giorno 6</i>	<i>Giorno 7</i>	<i>Giorno 8</i>	<i>Giorno 9</i>	<i>Giorno10</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	6	5	6	6	7
- Accetta il contatto	3	4	3	5	5
- Sorride	3	3	5	5	6
- Non aspetta il suo turno	2	1	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	1	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	1	0	0	0	0
- Corre per la stanza	1	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
-Evita il compito	1	0	0	0	0

	ATTIVITA' IN AUTONOMIA				
	Giorno1	Giorno2	Giorno3	Giorno4	Giorno5
-Dirige lo sguardo al compagno	0	0	2	1	2
- Accetta il contatto	0	0	1	3	5
- Sorride	0	0	1	1	2
- Attua stereotipie vocali	4	3	2	3	1
- Attua stereotipie motorie	3	2	1	2	1
- Evita il compito	6	6	4	5	3
- Corre per la stanza	5	3	1	3	2
- Tende ad uscire dalla stanza	3	4	3	2	0
-Durante l'attività in cerchio seduto, si alza	5	3	2	3	1
	Giorno6	Giorno7	Giorno8	Giorno9	Giorno 10
-Dirige lo sguardo al compagno	3	4	4	6	7
- Accetta il contatto	6	6	8	7	9
- Sorride	2	4	3	5	6
- Attua stereotipie vocali	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
- Evita il compito	2	0	0	0	0
- Corre per la stanza	1	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	1	0	0	0	0
-Durante l'attività in cerchio seduto, si alza	1	0	0	0	0

Nel soggetto 2:

	PSICO-CONTATTO				
	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5
- Ricerca lo sguardo della volontaria	1	3	4	5	5
- Accetta il contatto	0	1	3	3	5
- Sorride al contatto	2	1	3	4	5
- Si alza	2	2	1	0	1
- Corre per la stanza	1	1	0	0	1
- Tende ad uscire dalla stanza	1	0	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	2	2	1	0	0
- Attua stereotipie motorie	4	3	1	1	0
	Giorno 6	Giorno 7	Giorno 8	Giorno 9	Giorno 10
- Ricerca lo sguardo della volontaria	6	8	8	9	10
- Accetta il contatto	7	7	9	8	10
- Sorride al contatto	5	7	7	8	9
- Si alza	0	0	0	0	0
- Corre per la stanza	0	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0

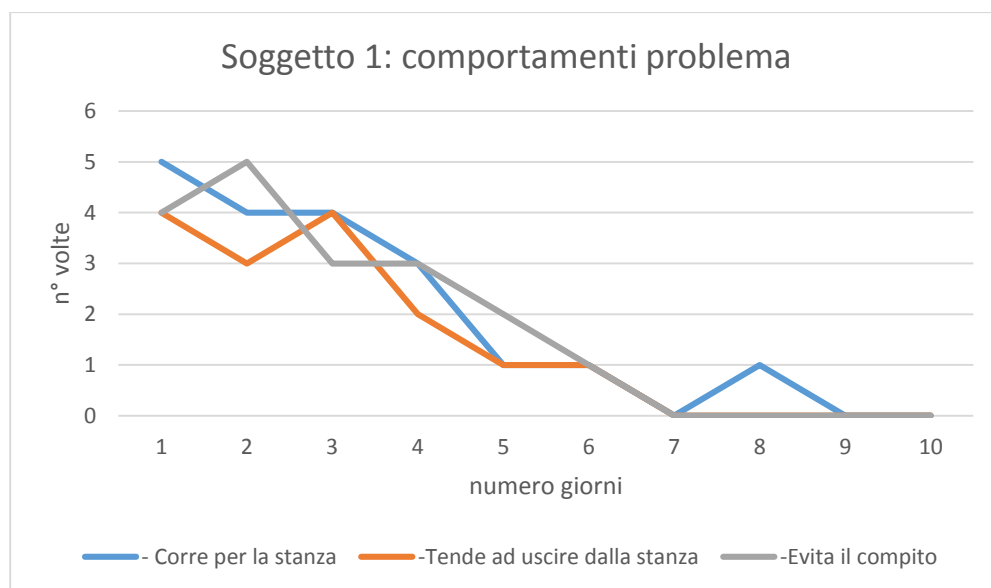
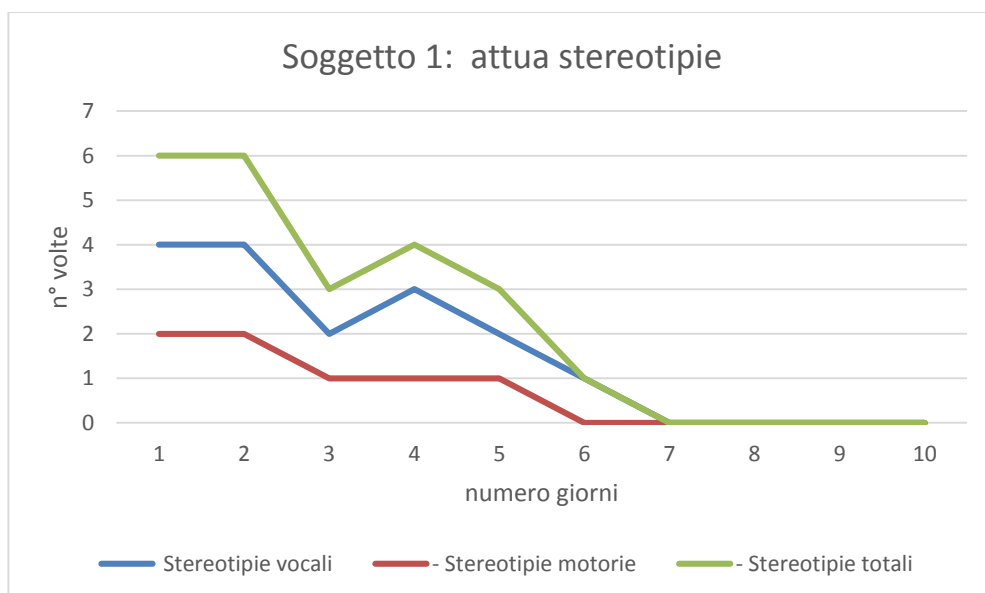
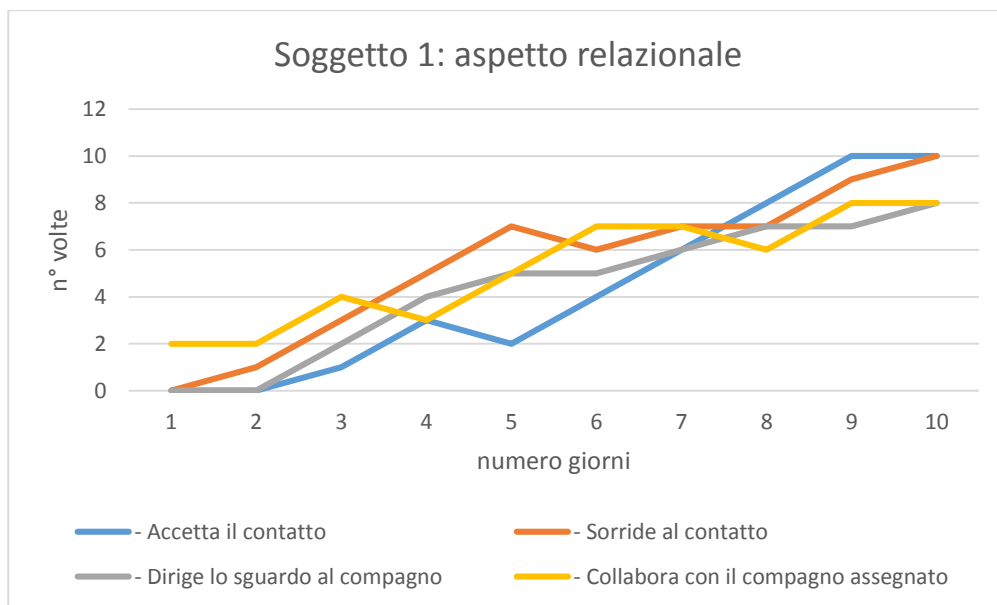
	CANZONI DA BALLARE				
	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5
- Ricerca lo sguardo della volontaria	2	4	5	7	8
- Accetta il contatto	0	2	2	3	5
- Sorride	2	3	4	4	5
- Corre per la stanza	4	4	2	2	1
- Tende ad uscire dalla stanza	3	3	1	1	0
- Attua stereotipie vocali	3	3	2	1	0
- Attua stereotipie motorie	2	2	1	0	0
-Non presta attenzione all'imitazione dei movimenti	7	6	6	4	3
	Giorno 6	Giorno 7	Giorno 8	Giorno 9	Giorno 10
- Ricerca lo sguardo della volontaria	10	9	10	11	11
- Accetta il contatto	4	7	8	8	10
- Sorride	7	7	8	10	11
- Corre per la stanza	0	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
-Non presta attenzione all'imitazione dei movimenti	2	0	0	0	0

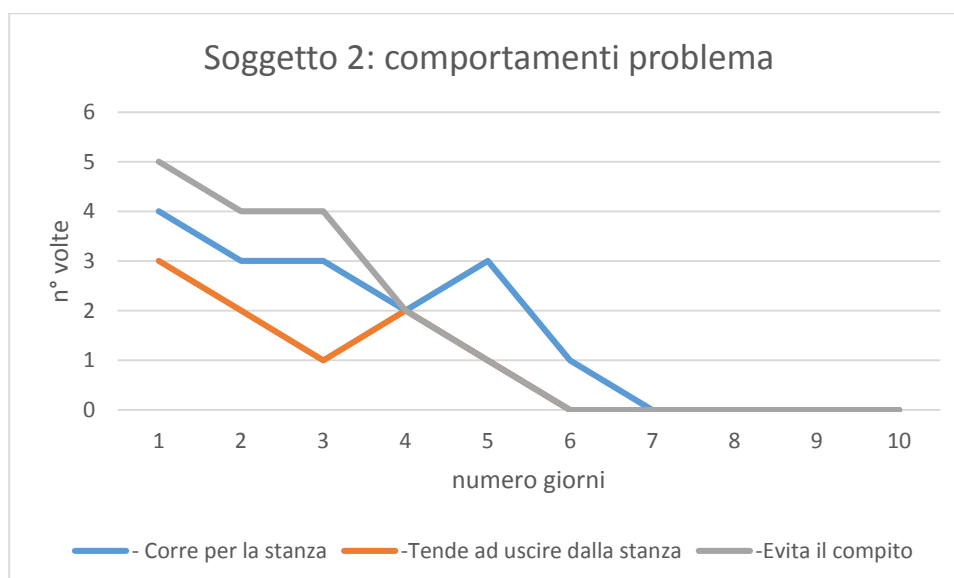
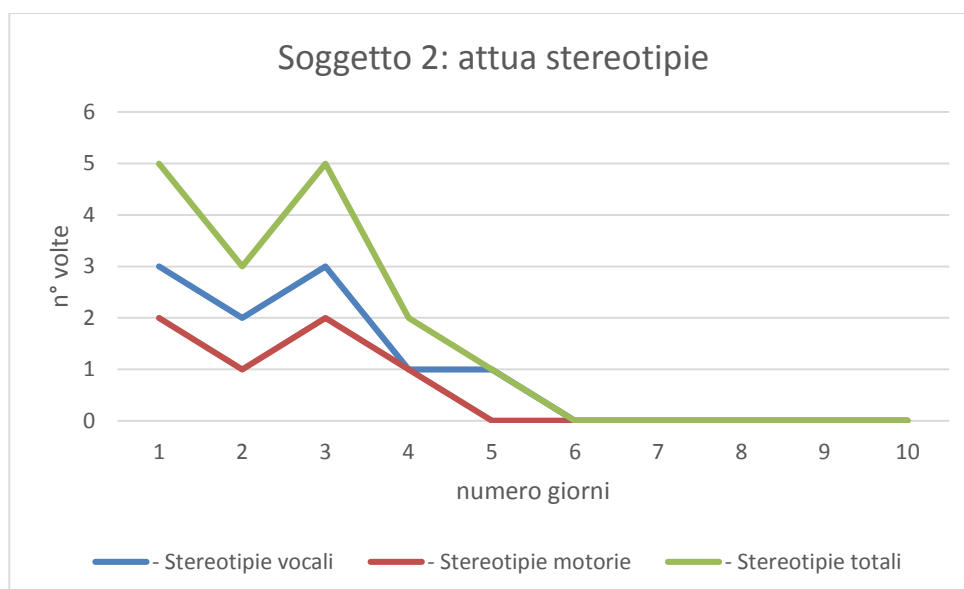
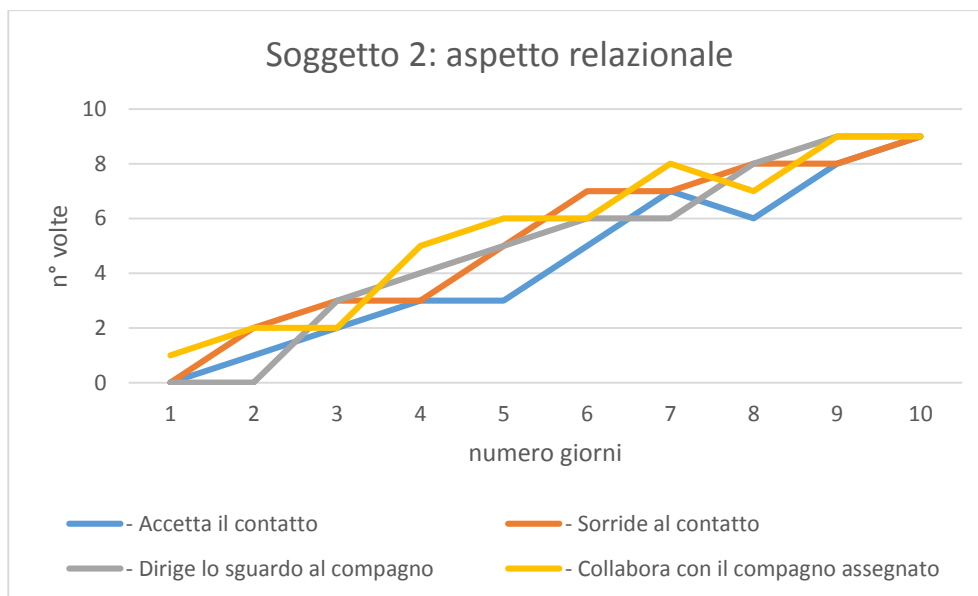
	BALLO A COPPIA CON IL COMPAGNO				
	<i>Giorno 1</i>	<i>Giorno 2</i>	<i>Giorno 3</i>	<i>Giorno 4</i>	<i>Giorno 5</i>
- Accetta il contatto	0	1	2	3	3
- Sorride al contatto	0	2	3	3	5
- Dirige lo sguardo al compagno	0	0	3	4	5
- Collabora con il compagno assegnato	1	2	2	5	6
- Attua stereotipie vocali	3	2	3	1	1
- Attua stereotipie motorie	2	1	2	1	0
- Corre per la stanza	4	3	3	2	3
-Tende ad uscire dalla stanza	3	2	1	2	1
-Evita il compito	5	4	4	2	1
	<i>Giorno 6</i>	<i>Giorno 7</i>	<i>Giorno 8</i>	<i>Giorno 9</i>	<i>Giorno10</i>
- Accetta il contatto	5	7	8	10	11
- Sorride al contatto	7	7	8	9	10
- Dirige lo sguardo al compagno	6	6	8	9	9
- Collabora con il compagno assegnato	6	8	7	9	9
- Attua stereotipie vocali	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
- Corre per la stanza	1	0	0	0	0
-Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
-Evita il compito	0	0	0	0	0

	PERCORSI PSICOMOTORI				
	<i>Giorno 1</i>	<i>Giorno 2</i>	<i>Giorno 3</i>	<i>Giorno 4</i>	<i>Giorno 5</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	2	2	3	3	4
- Accetta il contatto	0	2	2	4	3
- Sorride	0	1	1	3	2
- Non aspetta il suo turno	6	5	3	3	1
- Attua stereotipie vocali	4	3	3	1	1
- Attua stereotipie motorie	4	3	2	2	1
- Corre per la stanza	4	2	2	1	1
- Tende ad uscire dalla stanza	3	2	1	2	1
-Evita il compito	6	5	3	2	1
	<i>Giorno 6</i>	<i>Giorno 7</i>	<i>Giorno 8</i>	<i>Giorno 9</i>	<i>Giorno10</i>
- Ricerca lo sguardo della volontaria	5	5	6	7	7
- Accetta il contatto	3	5	5	6	6
- Sorride	4	4	5	6	6
- Non aspetta il suo turno	1	0	0	0	0
- Attua stereotipie vocali	0	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
- Corre per la stanza	0	0	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
-Evita il compito	1	0	0	0	0

	ATTIVITA' IN AUTONOMIA				
	<i>Giorno1</i>	<i>Giorno2</i>	<i>Giorno3</i>	<i>Giorno4</i>	<i>Giorno5</i>
-Dirige lo sguardo al compagno	0	1	1	2	3
- Accetta il contatto	0	1	3	5	6
- Sorride	0	1	2	3	3
- Attua stereotipie vocali	3	2	2	3	2
- Attua stereotipie motorie	3	1	2	1	1
- Evita il compito	5	3	4	2	1
- Corre per la stanza	4	2	1	2	1
- Tende ad uscire dalla stanza	4	4	2	2	2
-Durante l'attività in cerchio seduto, si alza	4	2	1	2	1
	<i>Giorno6</i>	<i>Giorno7</i>	<i>Giorno8</i>	<i>Giorno9</i>	<i>Giorno10</i>
-Dirige lo sguardo al compagno	3	5	4	7	7
- Accetta il contatto	6	5	8	8	10
- Sorride	4	4	4	6	6
- Attua stereotipie vocali	1	0	0	0	0
- Attua stereotipie motorie	0	0	0	0	0
- Evita il compito	1	0	0	0	0
- Corre per la stanza	0	1	0	0	0
- Tende ad uscire dalla stanza	0	0	0	0	0
-Durante l'attività in cerchio seduto, si alza	0	0	0	0	0

In base ai dati numerici ben visibili in tabella si evince come nel corso delle osservazioni si sia verificata sia una riduzione delle stereotipie e dei comportamenti problema (si osservi l'item «corre per la stanza»), sia l'aumento della relazione con l'altro così come si nota dagli items «accetta il contatto», «dirige lo sguardo al compagno» o «collabora con il compagno assegnato». Questa condizione emerge particolarmente nell'attività «ballo a coppia con il compagno» come si può ben notare graficamente.





I grafici evidenziano come ci sia stata una netta riduzione sia delle stereotipie (vocali e motorie), sia dei comportamenti problema sin dalla quinta/sesta sessione, in entrambi i soggetti osservati. Diversamente, si riscontra in entrambi i bambini un aumento progressivo dell'aspetto relazionale.

CAPITOLO QUARTO
L'INTERVENTO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE
E LA DANZAMOVIMENTOTERAPIA

*“E' più facile insegnare che educare,
perché per insegnare basta sapere,
mentre per educare è necessario essere”*

Alberto Hurtado

4.1 PROFILO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

Per comprendere il profilo dell'educatore professionale si può far riferimento all'ANEP- Associazione Nazionale Educatori Professionali nata nel 1992 che delinea, oltre che al profilo professionale, quelle che sono le competenze che un educatore deve possedere. L'ANEP definisce l'educatore professionale come un *«professionista che, attraverso interventi educativi definiti da un progetto uniti ad una relazione interpersonale unica e imprescindibile, accompagna gruppi o singole persone, soprattutto in difficoltà o svantaggio sociale, nel loro percorso di crescita e di inserimento/integrazione sociale»*. La figura dell'educatore professionale è presente sul territorio a partire dagli anni '50 come operatore che, con una specifica preparazione di carattere teorico e tecnico-pratico, agisce nei confronti di coloro che vivono una situazione di disagio o che sono a rischio di emarginazione sociale o di devianza, in situazioni di handicap psico-fisico, difficoltà relazionali o carenze ambientali ed interviene nei confronti di persone con diversa età. L'educatore interviene nell'ambito della prevenzione, dell'integrazione nel contesto di appartenenza, per lo sviluppo delle potenzialità di crescita personale, di inserimento e di partecipazione sociale del soggetto agendo, pertanto, sulla relazione interpersonale, sulle dinamiche di gruppo, sul sistema familiare, sul contesto sociale ed ambientale e sull'organizzazione dei servizi in ambito educativo. (www.anep.it). Inoltre, realizza progetti educativi caratterizzati da intenzionalità educativa e continuità, volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della persona presa in carico.

Tra le altre competenze e funzioni costitutive dell'educatore professionale vi sono la programmazione, la gestione e la verifica degli interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti per il raggiungimento di livelli di autonomia sempre più avanzati; egli contribuisce, inoltre, a promuovere ed organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie al fine di conseguire il progetto educativo integrato. La programmazione, l'organizzazione, la gestione e la verifica delle proprie attività professionali all'interno dei servizi socio-sanitari, di strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio-educative prevedono il coordinamento con altre figure professionali (ricordiamo, infatti, che l'educatore professionale opera in equipe multidisciplinare) presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie. Tra gli altri compiti ritroviamo la realizzazione di attività di ricerca, di studio e di documentazione sui problemi connessi alle esigenze educative nonché lo svolgimento di attività di supervisione in relazione a studenti-educatori tirocinanti nei diversi servizi e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale. Infine, può svolgere attività didattiche nel campo delle attività formative per educatori professionali e può operare in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in termini di dipendenza o libero professionale (Decreto ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520 Gazzetta Ufficiale 28 aprile 1998, n. 98).

4.2 EDUCATORE PROFESSIONALE E DANZATERAPIA

Dopo aver delineato la figura ed il profilo dell'educatore professionale si può inquadrare il ruolo dell'educatore all'interno delle sessioni di danzamovimentoterapia.

In riferimento allo specifico studio realizzato si evince come l'educatore abbia un ruolo fondamentale nel momento in cui si va a lavorare in sessioni di gruppo. Difatti, guida il bambino nei lavori di imitazione motoria o in giochi di relazione, seguendo le sue esigenze e creando un legame paritario con il bambino. L'obiettivo, in questo caso, è quello di sfumare in maniera graduale la figura dell'educatore di riferimento facendo in modo che il bambino possa relazionarsi con i coetanei o con il gruppo di cui fa parte. D'altro canto, però, l'educatore dopo essersi adeguatamente formato nelle specifiche scuole, può intraprendere anche la professione di danzaterapeuta divenendo consapevole dell'importanza dell'approccio della danzaterapia in tutti quei casi in cui il paziente non

possiede la capacità o la possibilità di esprimere verbalmente ciò che sta vivendo: il danzaterapeuta progetta percorsi che tengano conto dei tempi e dei bisogni del soggetto determinando, inoltre, il clima delle sessioni.

CONCLUSIONI

Con questo lavoro di ricerca si sono voluti approfondire alcuni aspetti pratico-operativi riguardanti la danzaterapia correlati all'implementazione didattica di tale strategia.

L'intento e l'ipotesi di partenza sono state ampiamente soddisfatte dal momento che si riscontra una riduzione, nei soggetti con sindrome di Down presi in considerazione, sia delle stereotipie che dei comportamenti problema e, allo stesso tempo, un aumento della relazione con l'altro.

Dalle osservazioni effettuate durante lo studio del caso, per di più, è stato possibile notare una notevole motivazione dei bambini alla partecipazione alle sessioni poiché viste come occasione di svago e di divertimento in cui potersi liberare dalle costrizioni e rivelare l'inesprimibile attraverso una forma di comunicazione alternativa quale, appunto, il movimento, la danza creativa.

È opportuno definire la danzamovimentoterapia una «terapia di supporto» nel caso in cui ci si trova dinanzi a gravi disagi psicologici.

Risulterebbe favorevole, oltretutto, intervenire in maniera globale su un soggetto con disabilità integrando alla danzamovimentoterapia un altro approccio quale ad esempio l'*analisi comportamentale applicata* (in tal modo, si congiungono gli aspetti positivi della danzaterapia ai metodi e alle conoscenze dell'analisi comportamentale).

Infine, si può evidenziare come nel concreto la DMT sia ancora scarsamente presente nel nostro territorio e come non le sia riconosciuta la giusta efficacia: sarebbe opportuno sviluppare una maggiore conoscenza e consapevolezza in merito a tale disciplina.

BIBLIOGRAFIA

- Adorisio A., García M., *DanzaMovimentoTerapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana*, Edizioni Magi, Roma, 2008.
- B. Warren, R. Coaten, *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren, *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erikson, Trento, 1995, pp: 67-93.
- Bellia V., *Se la cura è la danza. La metodologia espressivo-relazionale nella danza terapia*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Biella V., *Danzare le origini. Expression Primitive, oltre la danzaterapia*, Catania, CUECM, 1995.
- Bosio P., Menegoi Buzzi I. (a cura di), *Scuola e diversità in Europa. Strumenti per la formazione dei docenti sull'integrazione dei disabili nella scuola*, Franco Angeli, Milano 2005.
- Canevaro A., *Pedagogia Speciale*, Mondadori, Milano 1999.
- Canevaro A., *Pedagogia Speciale: la riduzione dell'handicap*, Mondadori Bruno, Milano, 1999.
- Canevaro A.; Cives G.; Frabboni F., *Fondamenti di pedagogia e di didattica*, La Terza, Roma-Bari, 1999.
- *Corriere della Sera, Corriere Sociale*, 14 settembre 2014, di Redazione online.
- *Costituzione della Repubblica Italiana*.
- D'Alonzo L., *Disabilità e potenziale educativo*, La Scuola, Brescia 2002.
- D'Alonzo L., *Pedagogia speciale. Per preparare alla vita*. La scuola, Brescia, 2006.
- De Anna L., *Integrazione: la dimensione internazionale*, in «Studium Educationis», 3, 2001.
- De Vera d'Aragona P., *La danza del sé. La via per incontrare la nostra vera natura*, Edizioni Riza, Milano, 2010.
- *Decreto ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520 Gazzetta Ufficiale 28 aprile 1998, n. 98*.
- *Disabilità e formazione del sé nell'autobiografia*, Firenze, Firenze University Press, 2006.
- Elia G., *Percorsi formativi, dinamiche sociali e pedagogia speciale*, in «Studium Educationis», 3, 2001.

- Elia G., *Questioni di pedagogia speciale. Itinerari di ricerca, contesti di inclusione problematiche educative*, Progedit, Bari, 2012.
- Festa I., Drigo P., *L'immagine corporea e la disabilità: il rapporto tra corpo e mente nella gestione quotidiana della patologia cronica. Convegno Nazionale promosso da AMISB e ASBI nel mese dedicato alla Spina Bifida*, 2013.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano: Rizzoli, 1976.
- Franchini R., *Disabilità, cura educativa e progetto di vita. Tra pedagogia e didattica speciale*, EDUCAT Università Cattolica, Trento, 2006.
- Fratini C., *Handicap e marginalità sociale. In S. Ulivieri (a cura di), L'educazione e i marginali*, Firenze, La Nuova Italia, 1997.
- Fux M., *Cos'è la Danzaterapia: il metodo María Fux. Intervista con Betina M. Bensignor*, Edizioni Del Cerro, 2006.
- Fux M., *Frammenti di vita nella danzaterapia*, Pixel, Milano, 1996.
- Garaudy R., *Danzare la vita*, Assisi, Cittadella, 1999.
- Gaspari P., *Un'epistemologia per la pedagogia speciale*, in «Studium Educationis», 3, 2001.
- Gelati M., Marescotti E., *Integrazione come cultura della diversità*, Tecomproject, Ferrara, 2001.
- Gelati M., *Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi*, Carocci, Roma, 2004.
- Genovesi G., *Scienza dell'educazione e pedagogia speciale*, Carocci, Roma, 2005.
- Goffman E., *Stigma. L'identità negata*, Roma-Bari, Laterza, 1963.
- Govoni R.M., in Belfiore M., Colli M.L., *Tra il corpo e l'io. L'arte e la Danza-Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico*, Bologna, Pitagora, 1998.
- Ianes D., *Bisogni educativi speciali e inclusione. Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse*, Erickson, Trento 2005.
- Ianes D., *La speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Erikson, Gardolo (TN), 2006.
- Ianes D., Tortello M. (a cura di), *Handicap e risorse per l'integrazione*, Erickson, Trento 1999.
- Iesu F., *Handicap e integrazione nel contesto europeo*, Tecnodid, Napoli, 1991.

- Lascioli A., *Pedagogia speciale in Europa: problematiche e stato di ricerca*, Franco Angeli, Milano 2008.
- Liporace P., *Elementi di pedagogia speciale*, Aracne, Roma, 2007.
- Milani Comparetti A., *La riabilitazione del bambino handicappato nella medicina della salute. Prospettive in pediatria*, 1982.
- *Ministero della Pubblica Istruzione*.
- Montessori M., *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle case dei bambini*, Roma, Bretschneider, 1909.
- Payne H., *Danzaterapia e movimento creativo*, Erickson, Trento, 1997.
- *Programma della formazione in danzamentoterapia dell'Art Therapy italiana*.
- Rossini V., *I bisogni educativi speciali: di alcuni ma non di tutti*, in «Quaderni del Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Didattiche», Università degli Studi di Bari, 6, Edizioni Giuseppe Laterza, Bari 2007.
- Sbarbati L., *Handicap e integrazione scolastica. Vent'anni di esperienze*, Armando, Roma, 1998.
- Schoop T., Mitchell P., *Won't you join the dance: A dancer's essay into the treatment of psychosis*, National Press Books, Palo Alto, California, 1974.
- *Testo di L. 104/92*.
- Trisciuzzi L., Zappaterra, T., & Bichi, L., *Tenersi per mano*.
- UNESCO, *Education spéciale*. Paris, vol.n.5, 1968.
- Ursini C., *L'impatto dell'immagine corporea sulla disabilità motoria e il ruolo della società*, 2010.
- W. W. TAYLOR-I, *Special education of physically handicapped children in Western Europe*, New York, Intern. Soc. Welfare Cripples, 1960, pp. XV-497.
- Warren B., *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erickson, Trento, 1995.
- Zambon Hobart A., *La persona con Sindrome di Down. Un'introduzione per la sua famiglia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1996.
- Zappaterra T., *Braille e gli altri. Percorsi storici di didattica speciale*, Milano, Unicopli, 2003.
- Zavalloni R., *Introduzione alla Pedagogia Speciale*, La Scuola, Brescia, 1986.

SITOGRAFIA

- www.adta.org
- www.aipd.it
- www.anep.it

RINGRAZIAMENTI

Arrivati al termine di questo lavoro mi sembra doveroso sottolineare l'importanza di coloro che ci sono sempre stati.

Innanzitutto dedico il raggiungimento di questo traguardo ad una persona speciale che nonostante la sua assenza mi ha dato sempre la forza per affrontare e superare qualsiasi ostacolo.

Ringrazio la Prof.ssa Serafina Pastore per aver accettato la mia proposta di tesi e per la sua professionalità e disponibilità con cui ha seguito questo lavoro.

Vorrei ringraziare la mia famiglia per il sostegno e il supporto dato durante questo percorso e ringrazio mia sorella per i suoi preziosi consigli.

Ringrazio Felice per essermi stato accanto nonostante la distanza e per aver sopportato i miei sbalzi d'umore.

Ringrazio il piccolo della famiglia: senza di lui i miei lunghi pomeriggi di studio non sarebbero stati gli stessi.

Ringrazio la mia collega e in primis amica Chiara con cui ho condiviso ansie, gioie e sacrifici.

Ringrazio Agostino amico e “professore” personale per la sua disponibilità e pazienza.

Ringrazio Maria Giovanna Mascolo per i suoi consigli e per essere stata disponibile e un grazie speciale all'associazione *Gocce Nell'Oceano-ONLUS*, una seconda famiglia, che mi ha dato la possibilità di entrare a far parte del mondo della disabilità e di conoscere e di stare accanto a dei bambini speciali.