

**Corso di Alta Formazione PROEL
Metodo Propriocettivo Elastico**

Come può il Maestro di Canto ideare un protocollo adattando la didattica in funzione delle esigenze del cantante o di una voce artistica con disfonica, cronica dovuta a malmenage vocale o congenita?

Tesi Specialistica di fine corso

Candidata:

Paola Sonia Goso

Relatore:

Alfonso Borragan Torre

Anno Accademico 2020 - 2021

Università Internazionale Menéndez Pelayo

INDICE

I Introduzione

II Metodi e strumenti

III Risultati

IV Discussione

V Conclusioni

Allegati:

Bibliografia

INTRODUZIONE

La scopo della mia ricerca si basa sulla mia necessità di poter svolgere bene il mio lavoro di maestro di canto, anche con coloro che presentano disfonia cronica, o sono soggetti a recidive, dovute a malmenage, al perdurare di stati infiammatori o la causa della disfonia è imputabile a fattori di tipo congenito, anche se in questo ultimo caso l'incidenza numerica rappresenta solo una piccola percentuale dei casi di disfonia, circa il 30%. Come posso fare loro lezione? Quali gli accorgimenti? Poter essere di aiuto sia in termini di supporto emotivo che di educazione vocale per coloro i quali si rivolgeranno a me per iniziare o proseguire un percorso di canto interrotto in precedenza, a causa dell'affaticamento vocale che perdura, anche se sottoposti in passato a terapia di riabilitazione logopedica, e di indagare in merito al modus operandi del maestro di canto, perché desidero comprendere come applicare la metodologia didattica, individuare, se, in base ad ogni esigenza di disfonia, vi sia specifico approccio, se, ad esempio, nello scegliere un percorso, escludere a priori degli specifici esercizi o no, se alcuni sono più efficaci di altri e in tempi più brevi, o in quale sequenza li potremmo inserire od organizzare nel nostro piano didattico. Nello svolgimento delle mie lezioni, in queste particolari situazioni di insegnamento, mi sono avvicinata alla loro voce procedendo con gradualità e grande cautela, seguita dallo specialista, trovando il tempo necessario per modificare il piano didattico prestabilito, verificando l'efficacia d'ogni singolo esercizio che somministravo, annotando man mano che lo escludevo dal programma, il motivo. Al fine di poter dare delle risposte alla domanda che mi pongo da tempo ho ideato un questionario, che ho inviato ai miei colleghi, per poter comprendere cosa osservano nelle persone che presentano questi problemi e come conducono le loro lezioni.

Il perché della ricerca

Nell'arco di tanti anni di docenza, mi è capitato spesso di ricevere richieste di insegnamento da parte di aspiranti allievi con problemi di voce, disfonie di differente tipologia e di diversa gravità, con recidiva e con problemi mai risolti o risolti parzialmente. Premetto di non essere in grado di riconoscere la natura della disfonia, se si parla di disfonia congenita, o data da disturbi del tratto digestivo, come ad esempio il reflusso gastroesofageo, dal solo eloquio, la mia esperienza mi aiuta di più ad individuare al contrario malmenage, perpetrato nel tempo a causa di un'impostazione sbagliata, e surmenage vocale, voci con ipotonia, edema, noduli, o i polipi; molto spesso, però, già ad un primo colloquio telefonico riesco ad intuire che la voce ha qualcosa che non va, e difficilmente mi sbaglio. Sarebbe auspicabile poter sempre contare sulla collaborazione

dell'allievo che sensibilizzato dall'insegnante si reca dal Foniatra, non sempre è così. Se le raccomandazioni non sortiscono l'effetto desiderato, il docente, dovendo proseguire con le lezioni cercherà di avvalersi di tutte le sue conoscenze, vivendo anch'egli una situazione di forte stress, procedendo senza una diagnosi precoce e senza il supporto della terapia logopedica, che giungerà in forte ritardo nel caso l'allievo decidesse di affidarsi al Sistema Sanitario Nazionale. Le persone più collaborative sono quelle che hanno già un'esperienza pregressa con un altro docente il quale ha continuato a fare lezione incurante dell'evidente continuo affaticamento, perdita della voce, sostenendo il proprio sistema come efficace e preciso (come capitò a me da adolescente) e sono ormai consapevoli di avere un problema. Altre volte ci forniscono molti dati in merito alle condizioni del loro apparato fonatorio, sia tecnico/scientifiche, come il referto con la diagnosi dello specialista, e riferiscono di sensazioni propriocettive precise, o l'assenza delle stesse rispetto al passato, e snocciolano ad una ad una tutte le difficoltà che incontrano nel cantare. In alcuni casi operazioni non andate a buon fine, o incidenti che hanno provocato lesioni permanenti, o altri cambiamenti corporali. Diversamente per quanto concerne le lesioni di natura congenita, o infiammazioni o patologie cordali, a seguito del reflusso gastroesofageo ad esempio, al sulcus, alla vergeture, alle quali in ogni caso si può porre rimedio attraverso la chirurgia, come potrei organizzare le lezioni?

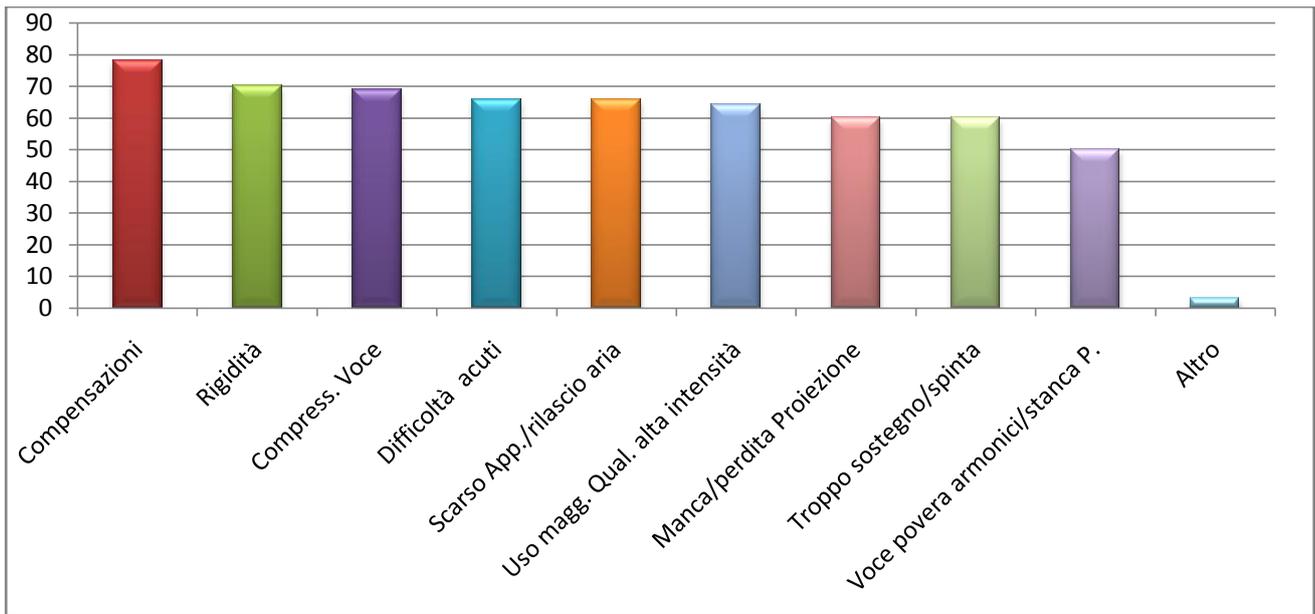
METODOLOGIA

Mi sono chiesta, quali potrebbero essere gli schemi motori correnti che nel tempo queste persone hanno sviluppato, quali i vizi vocali adottati e perpetrati nel tempo che potrebbero averli indotti a sviluppare una disfonia, e al riproporsi della stessa, mai precedentemente individuati nel percorso di impostazione della voce e dei quali non si sono più liberati perché ormai acquisiti e radicati. Sono questi alcuni dei fattori per i quali alcuni di loro hanno recidive? Quali posture, ostruzioni, reclutano in auto e come, perché questi allievi cantano e per poterlo fare fanno una gran fatica. E per finire come si avvicinano al canto le persone che invece anche se aiutate non hanno mai risolto completamente la loro condizione. Ci sono dei tratti comuni che puntualmente notiamo nell'allievo eufonico e dei quali ci lamentiamo a volte con i colleghi ai quali siamo più vicini, ma qui siamo nell'ambito della patologia vocale. Ho compilato un questionario con diverse domande, e le ho sottoposte ai miei colleghi.

RISULTATI

Quale è la cosa che noti di più in un allievo con disfonia, durante l'atto del canto o mentre fai fare il riscaldamento vocale? Se ti suggerisco alcuni argomenti sapresti dare un voto

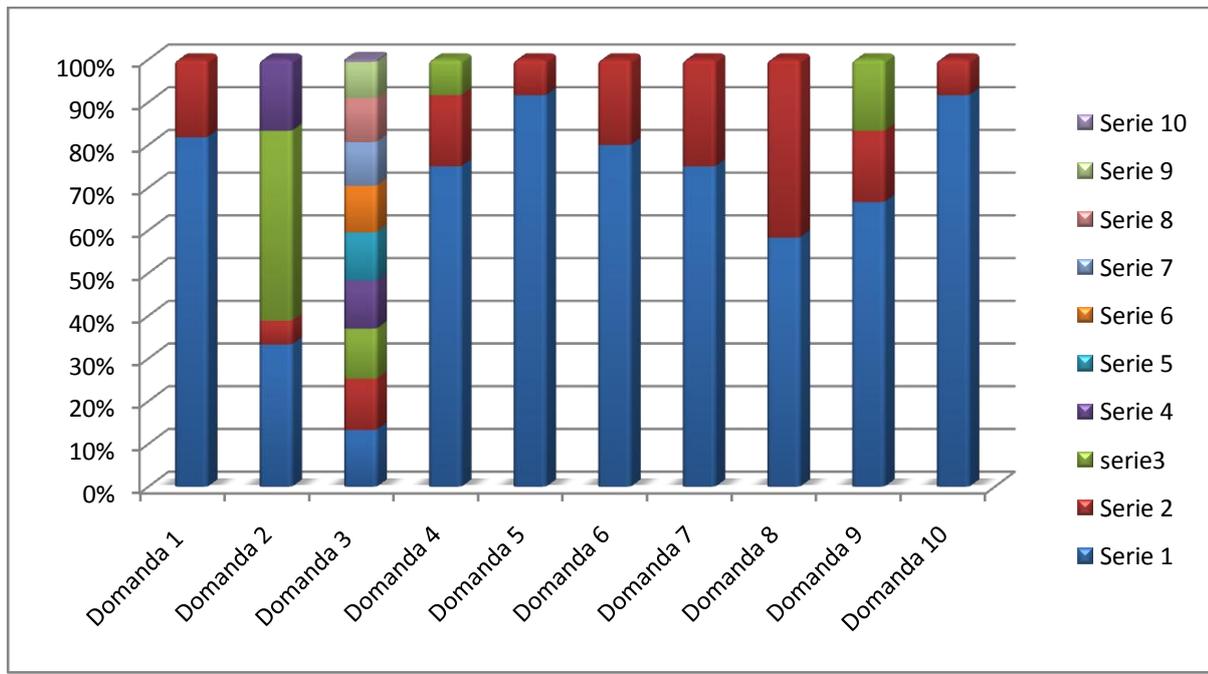
da 1 a 10 ad ognuno di essi. Vuoi aggiungere altre cose che hai notato.



Nel 1° grafico sono rappresentate le statistiche degli atteggiamenti coordinativi corporali, e vocali più comuni nei cantanti disfonici, secondo il parere generale. Dal grafico si deduce che l'allievo disfonico mette in atto soprattutto atti compensatori, per la difficoltà di emissione, in particolar modo nell'affrontare il registro acuto, che sviluppa o ha sviluppato rigidità (che attiva durante l'esposizione di un brano) generalizzata o di un settore del corpo, spesso tende a comprimere la voce, e vi è una cattiva gestione della pressione sottoglottica. Questi i 4 valori più alti. Gli altri valori al contrario scendono gradualmente, sia quelli legati agli atti inspiratorio/espilatorio/appoggio/sostegno/spinta, sia la voce affaticata con più povertà di armonici del professionista, che l'uso predominante delle qualità ad alta intensità. Un'ultima voce si aggiunge citando la difficoltà nell'emettere le frequenze alte in pianissimo al di sopra del passaggio fondamentale, e un altro commento riguarda la presenza di crack, sempre all'altezza del passaggio, durante l'esecuzione del riscaldamento vocale. In realtà non vi è un importante divario tra i numeri delle diverse voci, sicuramente sono i primi 4 che con maggior frequenza si ripresentano.

Il secondo grafico sviluppa tutte le domande poste nel questionario.

1 Alla prima domanda inerente la disponibilità da parte dei colleghi ad aiutare un allievo disfonico e soprattutto disfonico cronico o con recidive, l'80% è d'accordo nel tentarci, mentre il 20%, solo a condizione che l'allievo si sottoponga ad ulteriore visita specialistica, e che sia seguito nel percorso di impostazione vocale dal Logopedista, esperto della voce artistica.



2 La seconda domanda chiede ai professionisti: “come individui tra le differenti aree della voce quella che più incide sulla stanchezza vocale di un performer, quella sulla quale intervenire con più tempestività”. Ho accorpato molte delle risposte B alle A, perché sintetizzano il modo di informarsi del maestro in merito alla voce e alle difficoltà dell’allievo. Egli indaga facendo tantissime domande, inerenti le abitudini nell’uso quotidiano della voce, cerca di scoprire se la disfonia è il risultato di ripetuti o continui stati di infiammazione che hanno indotto il soggetto a cercare un modo di approssimarsi all’emissione avvalendosi di atteggiamenti fonatori errati, riscontrabili già ad una primo esame di osservazione o non evidenti, e che verranno individuati durante le lezioni, sulle limitazioni fisiche dovute a problemi congeniti o acquisiti ad esempio il reflusso gastro-esofageo, sulle difficoltà tecniche, sui referti diagnostici dello specialista. Analizza la voce partendo dal suono e dalle sensazioni interne dell’allievo, e cerca di comprendere il suo stato psicologico, il modo in cui vive il suo disagio.

B Un collega, pone l’attenzione sulla necessità di far rilassare l’allievo per fargli riprendere il gusto del canto, del linguaggio da adottare per far comprendere all’allievo quello che ci aspettiamo dalla sua emissione e quello che noi percepiamo da fuori, e riconduce molti problemi fonatori alla cattiva gestione di respirazione-emissione.

La risposta C comprende anche la E in quanto la risposta del mio collega é facilmente contestualizzabile alla C, ed è la più importante in termini di numeri. Osservazione e verifica della voce. Ascoltarlo nella pratica sia del dialogo, osservandolo nel modo di parlare di muoversi/gesticolare, nel tono di voce che adopera per esprimere le sue difficoltà, che del canto, facendo eseguire un brano dove si possono verificare la postura

che aiuta la respirazione, una collega sostiene che la corretta respirazione corregge la postura e la rende priva di eccessive tensioni, il modo di respirare in relazione all'emissione, l'incidenza della pressione sotto-glottica, verificare se vi è disallineamento del corpo, la presenza di interruzione del segnale acustico, il comportamento del viso e del corpo, testa, collo, torace, spalle, protrusione della mandibola, che possono rivelare rigidità e tensioni che provocano difficoltà fonatoria, se il comportamento nella dinamica può comportare affaticamento vocale, quale è l'approccio vocale nella zona fragile del cambio di registro. L'affaticamento vocale è legato a scorretta postura, a tante piccole rigidità.

La risposta D al contrario non incontra molto il consenso dei miei colleghi solo il 30% ritiene di voler ricominciare tutto dai basilari, solo se necessario. Molti ritengono che deve essere individuato il problema principale e, se molto radicato, si debbano trovare soluzioni didattiche per lavorare su di esso.

3 La 3a domanda è stata sviluppata a parte nel grafico precedente.

4 Dai riscontri della 4a risposta si vanno ad evidenziare tre modi di operare differenti. La maggioranza dei miei colleghi, circa un 70% sostiene che impiega anche l'intera lezione alla somministrazione di esercizi specifici utili alla percezione e risoluzione del problema, un 20% dedica solo la metà della lezione e l'altra metà all'esposizione canora avendo cura di scegliere specifici brani, mentre il 10% dei colleghi procede nella lezione utilizzando circa 10 minuti per il lavoro di cesello, procedendo con un lavoro graduale e semplice, su poche note ed esercizi di auto percezione.

Alla 5a domanda tutti ad eccezione di una collega si trovano d'accordo sul fatto che la voce parlata faccia riflettere di più della voce cantata di un allievo, e che le due si fondano in un tutt'uno, di conseguenza se non si sa parlare, non si sa neanche cantare. Alcuni sostengono che in alcune occasioni sono dovuti intervenire prima sulla voce parlata. Nella 6a domanda chiedo se fanno leggere brani e se per loro questo approccio sia di qualche utilità. Tutti ad eccezione di una collega, la quale sostiene che non vi è nessuna utilità se la voce non è prima impostata, ritengono questa pratica molto utile anche ad individuare e correggere le cattive abitudini della voce parlata. Si sostiene che la proiezione della voce nel parlato, aiuti a trovare la posizione nel cantato, che è più facile trovare aspetti legati al canto e relative carenze, laddove la voce non è impegnata in una melodia. Vengono insegnate le letture con un diverso grado di intensità, medio/sostenuto, a seconda che si tratti di Canto Moderno o Belcanto, e, con leggera inclinazione della cartilagine tiroidea, e facendo molta attenzione alla coordinazione respirazione/emissione, ed alla retrazione

falso cordale.

Nella 7ma domanda nella quale si domanda se una postura molto dritta possa innescare un andamento motorio di rigidità generale, la maggioranza dei colleghi concorda nel dire di non focalizzare l'attenzione nella ricerca di una postura diritta con il rischio di provocare una eccessiva tensione della muscolatura che impedirebbe una corretta respirazione toraco-diaframmatica indispensabile per la gestione dei meccanismi di appoggio e sostegno e causare una rigidità cinto-scapolare che impedirebbe alla laringe di muoversi liberamente nel collo. Al contrario cercano di favorire l'adozione di una postura morbida, elegante "come una ballerina", o legata al movimento, o in bilico, o col busto piegato in avanti o addirittura seduti. Alcuni parlano di allineamento in vertice, secondo la pratica sviluppata dalla Dott.sa S. Magnani, l'idea di una verticale, di un filo che passi dalla fontanella di vertice. Per un numero minore di intervistati, non sempre corretta la postura è sinonimo di assenza di tensione muscolare, ma cercano un assetto corporale che mantenga la cassa toracica ben aperta e le spalle rilassate.

Nell'8va domanda si indaga in merito alle compensazioni ed ostruzioni del tratto vocale. La mia domanda voleva essere una ricerca per verificare se in un allievo disfonico cronico si fosse notato, un atteggiamento di reclutamento od ostruzione più incisivo del necessario in particolari sedi dell'apparato faringo-laringeo, che però avesse favorito nella sfera propriocettiva dell'allievo una sensazione di maggior facilità di adduzione del piano cordale e minor sforzo nell'atto fonatorio. In base alle risposte ricevute non ho avuto dei dati che mi facessero arrivare a delle conclusioni su tratti specifici e nemmeno ho ricevuto risposte inerenti particolari atteggiamenti. La maggioranza dei miei colleghi ritiene che nei casi di disфония sia cronica, che congenita o legata a cattiva impostazione e che porta e recidive nella fonazione, si evidenzia la presenza di atteggiamenti compensativi ai fini della riuscita dell'esecuzione, ma non si sono espressi in relazione ad un settore specifico.

Anche nella 9na domanda si delineano due correnti di pensiero differenti: nello specifico si chiede come il maestro affronta la lezione, se adotta un particolare procedimento con il quale suddivide la lezione, se da precedenza o ritiene di dover dedicare più tempo ad un aspetto specifico, o come la struttura. In parte la risposta l'avevo avuta nel 4to quesito; impiegare una parte consistente della lezione alla risoluzione dello stesso. Circa il 65% sostiene che non è possibile determinare a priori una suddivisione delle fasi della lezione, ma che la stessa debba essere fortemente personalizzata in base al tipo di disфония ed organizzata in prospettiva al raggiungimento di obiettivi gradualmente. L'allievo disfonico necessita di una fase di riscaldamento/emissione più lunga, e graduale, di maggiori

spiegazioni anche in relazione al “renderlo consapevole della sua disfonia”, e di esercizi specifici. Il 15% al contrario dichiara che la lezione è organizzata allo stesso modo, il restante 15% segue una sua pratica particolare.

Di seguito i suggerimenti di alcune colleghe, inerenti la loro metodica:

A) Far lavorare l'allievo a 90 gradi (facendogli appoggiare le mani ad una sedia con la testa parallela al corpo) e partendo da una nota relativamente acuta (DO5/RE5) con il lip trill (brrr) e cantando le vocali staccate, dall'alto verso il basso fin quando ce la fa. Non utilizzo Belt e neanche Twang. Poiché in generale il problema si presenta nel “cambio di registro” facendo lavorare in falsetto (suono di pianto acuto) faccio lavorare l'allievo sul bordo libero della corda. La posizione a 90 gradi favorisce l'inclinazione della cartilagine tiroidea e la conseguente posizione di allungamento delle corde vocali e del contatto del bordo libero delle corde, di solito riesco a ripulire le corde da eventuali edemi e piccoli noduli. Per evitare la costrizione delle pliche false, faccio lavorare con le vocali staccate con la “U” all'inizio e poi con la “E”, “A”, “O”. Evito la “I” poiché tende a creare una tensione ai muscoli estrinseci dell'apparato fonatorio. La “I” verrà introdotta più avanti quando l'allievo avrà imparato a contrarre solo i muscoli coinvolti nella fonazione. Quando l'allievo avrà il controllo delle corde vocali false e il suono impostato, mi dedicherò al TWANG e al BELTING. Mi è capitato di avere una ragazza disabile che parla in falsetto e con molta aria. Praticamente non aveva “suono” quindi l'ho fatta lavorare al contrario, Twang e soprattutto Belting per rafforzare i muscoli tiroaritenoidi (una cartilagine tiroidea quasi completamente verticale e più massa e tempo di adduzione delle corde vocali. Utilizzo le tecniche sopra menzionate in base a chi mi trovo davanti, le quali vengono fatte con i vocalizzi. Dopo c'è il canto, non trovo il tempo per il defaticamento.

B) Nella mia piccola esperienza con allievi disfonici, soprattutto nel primo periodo, dedico un po' più di tempo alla tecnica di emissione e meno agli esercizi relativi alla prassi improvvisativa e al repertorio. Questo perché un'emissione disfonica crea sempre difficoltà maggiori e stanchezza allo studente nell'approccio tecnico-improvvisativo, quindi preferisco procedere più lentamente con gli aspetti stilistico-musicali e focalizzare l'attenzione sulla ricerca di un suono meno stancante e più efficace.

C) Proverei a lavorare un fry morbido sia sull'espiazione che sull'inspirazione. Suggerirei esercizi come glissati in acuto e a basso volume per cercare di aumentare il tempo di contatto delle corde ma in maniera lenta e progressiva. Lavorerei su brani in cui è necessario un grande coinvolgimento di lingua e strutture atte all'articolazione facendo molta attenzione a volumi e pressione sottoglottica. Lavorerei con alcuni sovrte, scegliendo

quello più efficace per l'allievo dopo una breve sperimentazione e sempre tenendo presente l'insieme delle sue sensazioni fisiche e uditive.

D) In alcuni casi come Vergeture o Sulcus, non inizierei con esercizi in falsetto perché si stancano.

E) La lezione rimarrebbe invariata, farei tutte le cose ma con attenzione e leggerezza; inserirei un momento breve di lavoro specifico.

Nella domanda 10 chiedo se ritengono necessario in caso seguissero un allievo disfonico, l'affiancamento di Logopedista, del posturologo o fisioterapista. Nove colleghi concordano sul fatto che è un valido e necessario supporto, altri l'hanno proposto agli allievi con scarsi risultati, e la minoranza ritiene che sia compito dello specialista della voce valutare se sia necessario un ulteriore supporto.

DISCUSSIONE

Personalmente mi trovo d'accordo su molti aspetti, sul fatto che sia necessario in fase conoscitiva ricavare più dati possibili inerenti la disfonia ma cercherei di risalire anche alla sua prima comparsa e la sua evoluzione o prima guarigione, se in seguito il problema si è ripresentato, se si è manifestato in occasione di un periodo di surmenage vocale, se in passato c'è mai stata una totale guarigione o non è mai stato risolto completamente, se la disfonia è comparsa a seguito di cambiamenti corporei, operazioni, e inoltre se, nel periodo di convalescenza/ripresa dell'attività sia stato seguito da un insegnante, perché ritengo che sia proprio questo il periodo più delicato che favorisce l'insorgere di comportamenti fonatori errati. Mi informo anche sulla comparsa e frequenza di stati infiammatori e la loro durata, reflusso, e chiedo di poter visionare i dati tecnico/diagnostici rilasciati dal medico Foniatra, eventualmente lo indirizzo da un medico di fiducia, il quale deciderà se sia necessaria la terapia Logopedica. Mi informo accuratamente sulle abitudini vocali, sulle difficoltà tecniche che riscontra, e mi faccio raccontare come percepisce la stanchezza vocale, quali le sue sensazioni interne. E' opportuno, però fare una distinzione tra L'Artista con problematiche vocali e l'allievo disfonico. E' possibile che l'allievo un giorno diventerà un Performer, ma il professionista è o dovrebbe essere in grado di comprendere ciò che poteva fare in passato e ciò che gli è difficile o impossibile attualmente, ha un "ricordo motorio". Sa usare le dinamiche, può esserne impedito solo a causa di un grave problema. Il nostro compito è quello di far riscoprire il piacere del canto, occupandoci dell'aspetto tecnico/coordinativo e senza dimenticarci mai dell'aspetto interpretativo e espressivo. Saper comunicare la propria disponibilità, stabilire un rapporto di reciproca fiducia, e consigliarlo in merito alle priorità. Vorrei anche esprimere un

pensiero in merito allo stato emotivo, ma non solo, dissertando dal tema principale. I problemi della vita influenzano, la sfera personale, familiare e professionale. Capita che in situazioni di disfonia, magari da malmenage, ci siano dei problemi inerenti alla vita che la persona sta conducendo, ad un periodo particolare. Lo stress potrebbe portare fuori controllo la percezione che abbiamo del nostro corpo, le nostre azioni potrebbero essere fatte "male", o con rigidità, senza che ce ne rendiamo conto, e potremmo anche cantare male, adottando inconsapevolmente atteggiamenti errati. Secondo il parere generale la prima cosa che allerta è la tendenza a colmare la difficoltà fonatoria attuando atteggiamenti compensatori, che a loro volta potrebbero innescare rigidità di una zona specifica, o generalizzata. Dal mio punto di vista anche tante piccole tensioni dislocate in diversi settori del corpo, sorte, in condizioni di stanchezza vocale o a causa della disfonia, durante i tentativi di fonazione forzata per l'inefficacia dell'atto fonatorio, che hanno originato una errata coordinazione Postural/corporeo/tensivo/espilatoria. L'osservazione e l'ascolto dell'allievo mentre canta o durante l'eloquio, può aiutarci a individuarli, ma sarà col prosequio delle lezioni che ci appariranno più evidenti, e potremmo decidere quali esercizi somministrare in base alla facilità con la quale vengono eseguiti correttamente, senza innescare altre rigidità creando un Loop, e decidere di consegnarli come compiti. La lettura di brani mi è molto utile. La uso sia come mezzo di verifica delle condizioni di emissione della voce parlata, che di quella cantata, e per confrontarle, ma soprattutto per sensibilizzare l'allievo a "sentire" la propria respirazione e il lavoro necessario alla fonazione perché nella voce cantata l'attenzione è rivolta a tanti aspetti in contemporanea, e per fargli inclinare gradualmente la cartilagine tiroide. Non ripartirei dai basilari con un allievo disfonico cronico, farei piuttosto una verifica pratica di alcuni parametri legati a respirazione-emissione, coordinazione postural-motoria generale, entità dello sforzo e in quale stile vocale (qualità) o registro, osservandolo mentre canta, per individuare la criticità. Non è possibile quantificare con precisione il tempo che sarà impiegato, potrebbero volerci diverse lezioni prima che si risolva. Ho lavorato in modo molto simile alle mie colleghe in presenza di noduli cordali, ma nel caso vi sia un'evidenza che collega la disfonia ad un'emissione vocale specifica di uno stile, è necessario intervenire su quell'aspetto. Nel caso la tensione sia troppo marcata, l'errore molto radicato, o vi è la necessità di cercare un nuovo assetto vocale per problemi fisici, cercherei di cancellare in qualche modo parte del vecchio schema motorio per decontrarre leggermente il corpo con movimenti corporei fluidi ed emissioni leggere, in movimento, o con particolari posture che impediscano all'allievo di riprendere il controllo in toto del corpo. In linea di massima

dedicherei all'incirca di 5/10 minuti ad un blando riscaldamento, di seguito una parte di coordinazione fine nella quale introdurrei l'esercizio specifico per la criticità, con spiegazione dettagliata, verificando se questa dipende da altro di cui dovrò occuparmi. Nella parte centrale inserirei i vocalizzi, avanzando gradualmente sull'estensione per poter individuare ogni minimo errore, indicare le correzioni e per poter così riprogrammare il flusso vocale. Occuperei il tempo rimanente all'esposizione di un brano con le correzioni. Una voce femminile disfonica, se in fase infiammatoria acuta, è riconoscibile anche dal parlato, a volte la percentuale di perdita del fiato in fonazione e relativa scarsa adduzione è già alta al di sopra del registro modale, tra il MI e il FA/SOL, per intenderci. Un esercizio che sperimento spesso con gli allievi, è di far emettere dei suoni a volume basso/moderato con leggera inclinazione tiroidea (lamento), o di farli leggere in questa postura vocale, come se fossero un po' "svogliati", muovendo la voce tra il registro modale e quello di passaggio agli acuti, qualche volta facendolo superare con un suono in pianissimo (pianto/falsetto) se ritengo siano in grado. Verifico interruzioni di registro con Break vocale e fuoriuscita d'aria, da che frequenza parte l'atteggiamento di spinta d'aria, o faccio fare un glissato, chiedendo loro di salire finché sono comodi, "senza esagerare". Mi è utile per verificare nella fase tra la preparazione e l'esecuzione quanta aria viene reclutata e come viene usata, se il suono emesso è accompagnato da una spinta eccessiva della stessa, se riescono a salire sull'estensione, se c'è una qualsiasi interruzione del suono in ascesa, se si interrompe a causa di costrizione laringea. Il glissato lo chiedo con ng, e con la U, raccomandandogli di non salire in voce piena (di petto), talvolta facendoli muovere, o cambiandogli le posture abituali. Questi due esercizi molte volte mi hanno fatto individuare problemi, alle volte legati solo alla modalità di emissione dell'aria, altre volte patologici. Nell'ultimo anno e mezzo, ho aiutato un allievo che non aveva mai studiato canto, definito dal Foniatra, disfonico funzionale, ipotónico a impostare la voce. All'inizio il suono era debole, la presenza di aria nel suono, importante. Ho iniziato con l'impostazione della respirazione, con scarso successo, spingeva ancora più il fiato, non riusciva ad emettere un suono chiaro e timbrato e si irrigidiva di più, riusciva al contrario a fare i glissati e a raggiungere frequenze alte, ma sempre con la tendenza a impiegare più aria del necessario, per quanto riguarda gli attacchi del suono, in caso di attacco di glottide, costringeva le false corde, l'attacco del suono espirato graduale/brusco, non incontrava limitazioni, e le corde false non intervenivano in modo importante, l'attacco morbido e graduale era impraticabile. In condizioni di disфония si può assistere o a scarso appoggio o a spinta del suono. (Una collega lamentava che i ballerini

ai quali insegna canto, spingono l'addome in dentro con forza all'altezza dell'epigastrio, inarcano la schiena, hanno una respirazione clavicolare, e sono sempre in "fame" d'aria, che non tutti i ballerini hanno questi problemi, e avendo difficoltà ad impostar loro la respirazione, si è rivolta ad altro specialista e Logopedista. Sottoposti a lunghe sedute di allenamento, mantenendo un determinato assetto del tronco sviluppano estrema tonicità addominale e spesso, attivando tanto il retto addominale, impediscono il libero movimento del diaframma. Ho insegnato anche io in questa scuola, i problemi erano gli stessi e una buona percentuale aveva difficoltà fonatorie, alcuni noduli o polipi, qualcuno recidivo). Mi è stato molto utile in passato, per l'equilibrio appoggio/sostegno del suono, farli pensare all'azione di immersione in acqua e di apnea, sia statica che durante una nuotata, (Chi non ha mai fatto a gara al mare con gli amici da bambino, a chi resiste di più sotto l'acqua?) dove l'aria dopo un breve tempo in cui viene trattenuta fuoriesce gradualmente dalla bocca sotto forma di bollicine. Inoltre un corpo immerso in acqua è sostenuto dalla sua densità, più leggero, disteso, mantiene la posizione verticale o orizzontale sollecitato ad un moto perpetuo, grazie ai muscoli addominali; nelle nuotate aiutano a mantenere la stabilizzazione del tronco in relazione ai movimenti di avanzamento a carico di arti superiori/inferiori e respirazione. La fase inspiratoria, potrebbe essere fatta eseguire mentre sciogliono i muscoli, piegati a 90 gradi, alleggerendoli dalle tensioni, con alcune posizioni del Pilates, sdraiati supini sulla palla di pilates, per allungare i fasci del retto addominale. Ho proposto esercizi con i sovte-emissione vocale pura U, O, A, E, I, letture brevi da seduto con le pause, morbidi ma più ampi movimenti di apertura buccale, sbadiglio, e diversi tipi di inspirazione (dal naso, dalla bocca bruscamente, lentamente) ed espirazione (esala l'aria come se volessi appannare il vetro della finestra, parla come se imitassi Fantozzi, parla come se fossi piacevolmente stupito). Data la conformazione fisica con protrusione naturale della mandibola, e leggermente spostata lateralmente, gli ho fatto emettere vocali su frequenze comode con: mandibola protrusa/arretrata/abbassata/media. Ho inserito successivamente letture con periodi più lunghi, recitata, svogliata e con pathos (incl. tiroidea), facendo muovere la voce entro un più ampio range di frequenze, e contestualmente con voce più nasalizzata "come un Californiano", e l'imitazione di versi come, il pianto di un neonato, l'aereo che precipita, il suono di un allarme, la sirena dell'autoambulanza, al fine di stimolare la contrazione dello spazio epilaringeo e glissato con "E" un po' metallica. Una riflessione; ho notato che, questa ostruzione, che le voci eufoniche percepiscono come supporto all'emissione con meno sforzo, in alcuni casi di disfonia, una volta introdotta, viene attivata spesso e ricercata per la difficoltà di adduzione

cordale. Ritengo opportuno monitorarla. Procedendo per gradi ho introdotto dai semplici vocalizzi, anche con la I (diversamente dalla mia collega) la O, con brrr ascendente e vocale discendente, ma senza lavorare sui picchiettati e UI con inclinazione tiroidea discendenti, il era suono migliorato, la voce parlata nettamente migliorata, rotonda, timbrata e ben sostenuta e proiettata, ai più complessi aumentando il range di estensione. Ho riproposto gli attacchi del suono, partendo da quelli a lui più facili, ma facendolo soffermare sulla differente meccanica aria/attacco suono di ognuno, con spiegazione molto dettagliata sulle sensazioni, lasciandogli dei file audio; l'esecuzione dell'attacco morbido migliorava progressivamente, e ho introdotto la messa di voce sulle tutte le vocali, ma il problema sulla meccanica dell'attacco di glottide persisteva. A seguito del mio percorso in Proel, ho lavorato su un movimento più dinamico della lingua, esercizi di bombardamento sensitivo, e l'alzarsi di scatto da una sedia per cantare la frase di un brano in qualità a medio/forte intensità, la sirena in posizione fetale, sulle posture, torre di Pisa, in bilico come se precipitasse verso il basso, e in posizione d'angelo, riuscendo a risolvere il problema dell'attacco di glottide e pressione sottoglottica, della tendenza alla rigidità in posizione eretta, a riprogrammare un nuovo schema motorio. Non sono in grado di parlare di Sulcus o vergeture perché non ho mai avuto allievi con questa tipologia di disfonia, sto ancora indagando.

CONCLUSIONI

In base alle testimonianze ricevute ritengo che i dati siano ancora insufficienti se lo scopo è quello di formulare con competenza un percorso sensibilmente più specifico da seguire, e sono consapevole che qualunque programma subisce delle variazioni in base alle esigenze del momento. Desideravo riceverne un numero maggiore rispetto le procedure adottate, per confrontarli, valutare la possibilità di redigere un protocollo per le disfonie croniche attendibile, ma quelle ricevute in un caso dettagliate, le rimanenti con indicazioni più generali, rispecchiano il mio modo di operare. Ciò nonostante, nel complesso, mi ritengo decisamente soddisfatta dalle risposte ricevute, in quanto delineano un'idea di percorso, e del corso Proel da cui ho attinto soluzioni pratiche che si sono rivelate preziose con il mio allievo. Due le correnti di pensiero nella metodica; ricominciare dai basilari, procedere gradualmente attraverso le difficoltà, o, seppur procedendo con cautela dedicare più tempo alla risoluzione del singolo problema, come spesso accade nel canto moderno a causa dei molteplici cambiamenti posturali del tratto vocale corrispondenti ai differenti stili. Nonostante il diverso approccio mi riconducono comunque ad un principale denominatore comune: la coordinazione fine. L'efficacia del gesto vocale, il canto, è il

risultato del dialogo che si è stabilito tra i diversi apparati, se questo equilibrio viene meno per l'impossibilità di poter attingere dal vecchio schema fonatorio, o per altre situazioni, si innescano una serie di aggiustamenti, un comportamento plastico, che a lungo termine conducono ad una condizione cronica, o che sono il tentativo di trovare una soluzione per contrastarla. Un nuovo schema motorio dovrà sostituirsi al vecchio soprattutto la ricerca dell'elasticità adattando la tecnica alla loro nuova condizione fisica o cercando soluzioni posturali, respiratorie, di emissione funzionali.

BIBLIOGRAFIA

- A .F.Fussi, E. Turla - Il trattamento delle disfonie - Una prospettiva per Il metodo Estill Voicecraft – Edizioni Omega Musica 2008
- A. C. Sadolin -CVT Complete Vocal Technique – Edizioni Shout 2013
- A. J.Estill Vadalà-Sillabario di figure Obbligatorie - Manuale dell'utente Sulle Qualità vocali - Edizioni Estill Voice Training 1992-1995
- A. F. Fussi, A. Magnani -Lo Spartito logopedico - La gestione logopedica della voce cantata-Edizioni Omega 2003
- A. A. Juarra - Il canto e le sue Tecniche - Trattato Edizioni Ricordi 1987
- A. A. Juarra – Lo studio del canto tecnica ed esercizi- edizioni Ricordi 2007
- A. J. Gagné - Belting A Guide to Healthy Powerful singing - Berklee Press 2015
- A. N. Mari - Canto e voce - Difetti causati da un errato studio del canto Edizioni Ricordi 1975
- A. J. Estill Vadalà - Le figure per il Controllo della voce - Livello Uno Edizioni Estill Voice International 2012
- A.J. Estill Vadalà - Combinazione Figure per sei Qualità Vocali - Edizioni Estill Voice International 2012
- A. J. Estill Vadalà - Master per l'insegnamento della tecnica EVT 2014
- A.D. Battaglia Damiani-Anatomia della voce - Edizioni Ricordi 2003
- A. A. Borragán Torre, B.Gomez, M. Salcines - Terapia Vocale I - Le Basi - Edizione 2017
- A. A. Borragán Torre, M. Agudo, B. Gomez, M^a José González - Terapia Vocale II - Elasticità e Risonanza - Edizione 2017
- A. A. Borragán Torre, M. Agudo, B. Gomez, M^a José González - Terapia Vocale III – Protezione e Riparazione – Edizione 2017