

CENTRO STUDI ART.I.L.E.
SCUOLA TRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN
MUSICOTERAPIA, ARTETERAPIA, DANZAMOVIMENTOTERAPIA, TEATROTERAPIA



Tesi di diploma del corso triennale di MUSICOTERAPIA

Musicoterapia in oncologia: progetto "Note Rosa"

Relatore
Dott. Niccolò Cattich

Candidata
Francesca Raimondo

Anno Accademico 2022

Alla mia famiglia
A Eliana



INDICE

PREMESSA

CAPITOLO 1

IL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE E IL MODELLO BIOMEDICO

- 1.1 Il modello biomedico e i suoi limiti
- 1.2 Dalla crisi della psichiatria al modello biopsicosociale

CAPITOLO 2

IL SISTEMA MENTE-CORPO

- 2.1 L'individuo secondo Alfred Adler
- 2.2 Il dolore
- 2.3 Neurofisiologia, meccanismi psicologici e biochimica del dolore
- 2.4 Breton, il dolore come dualismo tra corpo e psichismo

CAPITOLO 3

LE ARTITERAPIE IN AMBITO CLINICO: IL RUOLO DELLA MUSICOTERAPIA

- 3.1 Definizione di musicoterapia e ambiti di applicazione
- 3.2 L'arrivo delle artiterapie in ambito clinico
- 3.3 Evidenze scientifiche sull'utilizzo della musicoterapia in oncologia
- 3.4 Il lavoro individuale con la musicoterapia attiva e la musicoterapia recettiva analitica
- 3.5 L'integrazione delle artiterapie nel lavoro con i pazienti
- 3.6 La musica come terapia e la musica in terapia: Bruscia
- 3.7 L'anamnesi sonoro-musicale e l'importanza dell'ISO – Benenzon
- 3.8 Il setting: da quello classi a quello ospedaliero, la trasformazione dell'immagine dell'ambulatorio medico

CAPITOLO 4

ONCOLOGIA, MUSICA E NEUROSCIENZE

- 4.1 Il tumore: che cos'è

- 4.2 le conseguenze sul corpo
- 4.3 Le conseguenze psicologiche della malattia
- 4.4 La musica come facilitatore nel rilascio di endorfine
- 4.5 La risposta della circolazione all'ascolto della musica
- 4.6 I neuroni specchio
- 4.7 La plasticità neuronale
- 4.8 Il day hospital oncologia
- 4.9 Amos e il progetto di musicoterapia

CAPITOLO 5

IL PERCORSO IN SEDUTA INDIVIDUALE

Premessa

- 5.1 Il contesto biopsicosociale della paziente
- 5.2 Dall'anamnesi sonoro-musicale alla prima scaletta esplorativa
- 5.3 Uno degli strumenti del terapeuta: l'ascolto
- 5.4 Dai parametri sonori alle tematiche emerse
- 5.5 La scaletta proposta dalla paziente: le tematiche emerse
- 5.6 Il concetto di compensazione
- 5.7 Il concetto di tempo: il tempo fisico, il tempo psichico, il tempo come parametro sonoro
- 5.8 Il suono e il silenzio come momento di espressione delle emozioni
- 5.9 Il mio respiro...al mio ritmo
- 5.10 La carezza nel corpo dopo la chemioterapia
- 5.11 L'esperienza mamma-figlia
- 5.12 Le stoffe: oggetto intermediario
- 5.13 La scaletta a metà percorso: come cambiano i temi
- 5.14 La seduta pre-operatoria
- 5.15 Chiusura del percorso di Musicoterapia con la recettiva
- 5.16 Il paziente fuori dalla seduta
- 5.17 La musica continua....
- 5.18 Conclusioni rispetto al percorso in seduta individuale

CAPITOLO 6

MUSICOTERAPIA RECETTIVA IN FILODIFFUSIONE

6.1 Lo spazio del day hospital: la musica già presente e l'idea di un nuovo progetto

6.2 Cosa pensa il paziente: l'intervista

6.3 Le playlist e i rimandi

CONCLUSIONE SUL PROGETTO E IL CONVEGNO "I COLORI DELLA CURA- NUOVE SFUMATURE DELL'ONCOLOGIA

RINGRAZIAMENTI

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Premessa

Portare le arti terapie in ambito clinico è una sfida. Il percorso di questa tesi nasce dalla convinzione che l'uomo è un insieme di tante sfere tra loro interconnesse. La psiche non può prescindere dal corpo, così come la sfera sociale non è indipendente da corpo e mente. Il percorso passa attraverso le teorie biopsicosociali, indispensabili per farci comprendere come il vissuto anche doloroso del paziente oncologico, non sia solo un fattore sensoriale neurologico, ma anche la risultante di dinamiche emozionali. Non solo, ma si cercherà di indagare come il paziente non sia solo corpo "malato", ma sia un'unica entità corpo-mente, in continua interconnessione. Si citeranno autori che hanno fatto riflessioni sul concetto di dolore e si farà un excursus sulla parte della fisiologia del dolore alla base delle conseguenze del cambiamento del corpo della persona. Esplicitare il dolore, abbassare la soglia del dolore, regolare il tono muscolare regolando il tono emotivo. Arriva, in aiuto della medicina, la musicoterapia: contenitore della parte psicologica, strumento non verbale in soccorso della difficoltà di verbalizzazione, momento creativo di per sé gratificante che risalta le parti sane della persona.

La musica, i colori, il corpo in movimento, i suoni, nella cornice contenitiva di uno spazio dedicato non al paziente, in quanto organo malato malfunzionante, ma alla persona ricca di risorse alle quali possiamo attingere con l'umanizzazione delle cure.

CAPITOLO 1

IL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE E IL MODELLO BIOMEDICO

1.1 Il modello biomedico e i suoi limiti

Il fondamento di questo modello sono la considerazione della biologia molecolare come disciplina scientifica di base e l'idea che la salute dipenda da deviazioni dalla norma riscontrabili in variabili di natura biologica misurabili (somatiche). Questo modello non considera dinamiche psicologiche, sociali o comportamentali ma presuppone la malattia come qualcosa di indipendente, dove le alterazioni comportamentali debbano trovare spiegazione in processi biochimici e neurofisiologici disordinati¹.

Tutto appare riconducibile quindi solo alla chimica e alla fisica che bastano da sole per dare spiegazione dei fenomeni. Il pensiero riduzionistico tende a ridurre i concetti in una disciplina che, secondo la gerarchia delle scienze, è ritenuta fondamentale. Per comprendere meglio, se consideriamo il pensiero scientifico, i fenomeni fisici e chimici vengono ricondotti alle leggi della meccanica, mentre quelli biologici alle proprietà delle molecole, o ancora i fenomeni psicologici sono considerati come espressione di processi biochimici e neurologici².

Una visione così esclusiva, nei confronti del dato organico, porta a porsi delle domande sui limiti di questo modello. Partiamo comunque dal presupposto che è accettata da tutte le posizioni l'importanza di tale metodologia, la quale parte dal riconoscimento dei sintomi di una malattia, di cui sono conosciuti eziologia e patogenesi e in cui il trattamento è stato studiato in modo razionale e specifico³. Tuttavia la terapia risulta in questo modo spesso standardizzata rispetto alla patologia. Accade quindi che a disfunzioni simili vengano applicati trattamenti simili, che non considerano il contesto presente.

Ci si interroga su quanto la disfunzionalità d'organo possa influire sull'ambiente circostante e viceversa. In riferimento al progetto di questa tesi, è possibile osservare un paziente oncologico in un'ottica solo medica? È possibile utilizzare le artiterapie partendo da una visione solo biomedica? Quando un paziente entra

¹CLASSIC ARTICLE The Need for a New Medical Model, <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>

² <https://www.treccani.it/vocabolario/riduzionismo/>

³ CLASSIC ARTICLE The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine

in ospedale la prima cosa che gli viene fatta è l'anamnesi, quindi la raccolta di tutti i dati che lo identificano. Questo già ci fornisce la risposta alle domande precedenti. Il fatto che il medico per primo si informi su lavoro, contesto familiare e abitudini ci indica che il contesto psicosociale è parimenti importante nella gestione del paziente. La malattia potrebbe aver avuto ripercussioni sullo stile di vita, o al contrario uno stile di vita poco equilibrato (alimentazione, ambiente lavorativo poco sano, stress...) potrebbe aver influito sulla condizione patologica.

Superiamo quindi la visione biomedica, per aprirci alla visione biopsicosociale.

1.2 Dalla crisi della psichiatria al modello biopsicosociale

Prima di parlare della nascita del modello biopsicosociale, vale la pena considerare quale sia stato il fattore di crisi che ha portato al superamento dell'idea puramente riduzionista.

Questo fattore consiste nel bisogno che parte dagli psichiatri di "tornare alla medicina". La sensazione è che la psichiatria abbia perso la solidità e la sicurezza della medicina, che poggia su fondamenta solide, per mescolarsi invece a teorie filosofiche e opinioni di carattere non scientifico⁴.

"Psychiatry has become a hodgepodge of unscientific opinions, assorted philosophies and 'schools of thought,' mixed metaphors, role diffusion, propaganda, and politicking for 'mental health' and other esoteric goals".

La psichiatria mostra il desiderio di avere regole scientifiche per il trattamento della malattia. In realtà ad essere in crisi sembrerebbe tutta la medicina e non solo la psichiatria. Il modello non è più adeguato a rispondere ai compiti scientifici e alle responsabilità sociali⁵. Nel 1977 Engel per la prima volta pubblica su Science la necessità di un nuovo modello. Al contrario del modello biomedico, ora viene messa al centro la persona, in una visione globale con un approccio multifattoriale. Tenuta pur sempre importante la componente biologica, si inizia a pensare che essa, da sola, non giustifichi le quantità di manifestazioni cliniche. La persona è, secondo questo modello, parte attiva del suo percorso riabilitativo, che diventa personalizzato e unico, dove l'attenzione viene spostata dal sintomo all'individuo. Fondamentale risulta l'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali che concorrono allo sviluppo della malattia. Questo pensiero è opposto

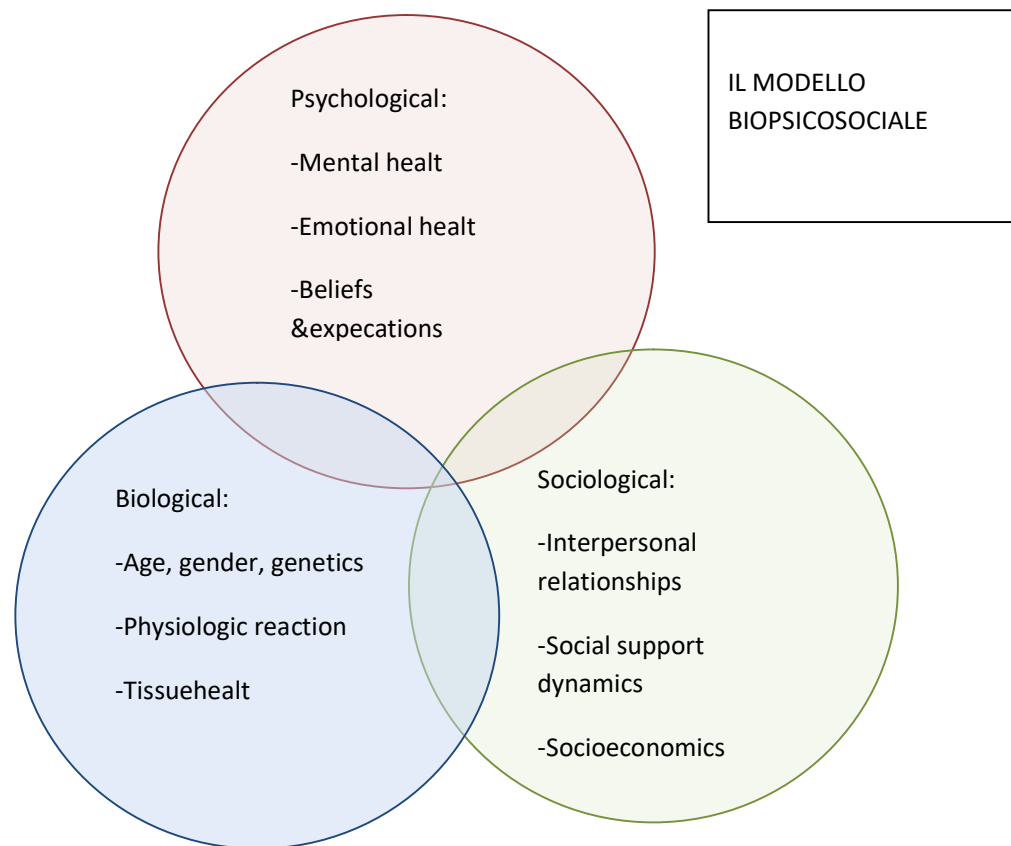
⁴ A. M. Ludwig, J. Am. Med. Assoc. 234, 603 (1975)

⁵ CLASSIC ARTICLE The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, pag. 377

quindi alla visione biomedica, che considera il paziente come un cliente-utente piuttosto che considerare *l'altro* come *persona* nella sua totalità⁶.

Il pensiero sistemico non scompone, anzi considera gli essere viventi come totalità integrate, dove ogni parte ha senso solo nei processi di relazione con le altre⁷.

Il progetto di musicoterapia proposto considera il paziente in un'ottica bio-psico-sociale, secondo il modello delineato da Engel. Per capire la scelta di tale visione consideriamo la definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dà di salute: "La salute è lo stato totale di benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità". Appare chiaro, già da questa definizione, che il paziente viene visto nella sua totalità, dove sono diversi i fattori che concorrono a delineare lo stato di benessere.



⁶ P. Cerlati, F. Crivelli, *Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative, prendersi cura dell'altro con uno sguardo sistemico-complesso*, Franco Angeli, 2015, pag. 27-28

⁷ Bertalanffy, Wiener, Bateson, citati in *Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative*, Cerlati – Crivelli, p.25

Come si vede dallo schema proposto da Engel l'area psicologica, biologica e sociale non sono distinte ma interconnesse e l'equilibrio degli elementi di una incide sull'equilibrio degli elementi delle altre. La salute fisica non può prescindere da quella mentale, che a sua volta è influenzata dalla sfera sociale. Le sfere compongono l'individuo, in un sistema di interconnessione complesso. Per tale motivo lavorare con i pazienti significa vedere la "persona" e non solo la malattia o i sintomi organici che presenta. Ogni storia clinica è differente nell'evoluzione e nelle risposte alle terapie, condizione che può essere aiutata o messa in difficoltà dal tono psicologico e dalla rete sociale circostante.

CAPITOLO 2

IL SISTEMA MENTE- CORPO

2.1 L'INDIVIDUO SECONDO ALFRED ADLER

“La **psicologia individuale**, o **psicologia individuale comparata**, di Alfred Adler prende in esame l'individuo nella sua unica e irripetibile dinamica di processi consci e inconsci: l'uomo è una unità mente/corpo indivisibile, originale e coerente nelle sue manifestazioni.”

L'immagine che ci restituisce Adler dell'individuo è quella di un insieme indivisibile di mente e corpo, di sistemi differenti che concorrono a formare lo stile di vita, e che non possono essere considerati in modo separato.

Partiamo dal concetto di inferiorità d'organo. Secondo Adler si presuppone l'esistenza di forze in interazione che si manifesta in diversi aspetti quali: tra organismo e ambiente fisico, tra organismo e ambiente sociale, tra diversi organi separati e tutti gli altri organi e tra corpo e mente. Ma che cosa si intende per inferiorità d'organo? È una condizione oggettiva di mancanza, che viene percepita come qualcosa da superare in modo equilibrato attraverso una compensazione. L'organo in questione ha uno sviluppo ritardato o ha un'alterazione parziale o totale nella crescita⁸. A portare alla volontà di superare l'inferiorità d'organo è il sentimento di inferiorità, condizione ontologica che origina nell'infanzia e che, in risposta agli stimoli ambientali, attraverso il sentimento sociale e il sé creativo porta ad una condizione di plus.

“...da un punto di vista strettamente connesso alla natura, l'uomo è un essere inferiore. Questa inferiorità, che egli porta con sé fin dalla nascita e che avverte come limitazione e come fattore di insicurezza, rappresenta un vero e proprio continuo stimolo, che lo spinge a cercare una via d'uscita per garantirsi un adattamento alla vita e in cui trova un incitamento per creare e perfezionare una situazione atta a compensare gli svantaggi della sua posizione nella natura”.

Il sé creativo non è altro che il nucleo della personalità, nel quale troviamo ancora una volta insieme psiche e corpo, nonché le loro potenzialità di sviluppo. Dunque un uomo inteso a livello globale, per Adler descritto rispetto ai compiti vitali: amore, lavoro, amicizia. L'equilibrio è condizionato dal buon adempimento

⁸ Heinz. L. e Rowena R. Ansbacher, La Psicologia Individuale di Alfred Adler, ed. Psycho –G. Martinelli, Firenze 1997, pp.185-215 , pag.9

a tutti e tre i compiti, dove la mancanza o il disequilibrio di uno di questi causa la non piena realizzazione dell'individuo.

Ricordiamo inoltre come, seguendo l'ottica biomedica, la medicina tenda a dividere la mente dal corpo, mentre la psicologia individuale⁹ considera le dinamiche psicosomatiche e somatopsichiche in modo unitario. La mente è un concetto difficile da comprendere per l'uomo, in quanto difficilmente oggettivabile, sfuggente e per questa natura causa del vissuto di inferiorità. Corpo e mente, in rapporto come coscienza e inconscio, dove il primo è un concetto delineabile e la cui esistenza è esplicita. Diverso è per l'inconscio che per definizione "inconsapevole" rischia di minare il bisogno di sicurezza¹⁰.

L'interesse della relazione corpo-mente è presente anche in altre teorizzazioni, a dimostrazione che nonostante le differenze delle teorie psicologiche e psicoanalitiche, si è intuita l'importanza di tale legame al quale si cerca di dare una spiegazione.

Per Freud sono stati gli *Studi sull'isteria (1895)* a far emergere che i disturbi psichici erano associati a sintomi somatici. In questo caso viene messa in risalto la centralità del corpo, che svolge la funzione dell'io nella definizione del senso di identità

«L'io è innanzitutto un'entità corporea»¹¹ e aggiunge «L'io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venire considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo».

Successivamente anche Winnicott (1949-1950) rafforza l'idea di questo legame, dove il corpo è punto di partenza per lo sviluppo dell'io, asserendo che esiste un solo nucleo mente-soma. Il vero Sé per Winnicott si sviluppa solo quando la mente è legata al corpo.

Per Bion (1950) invece sono gli organi di senso fondamentali per la percezione della realtà, dove il pensiero è evoluzione dei livelli sensoriali. Dal corpo parte il pensiero, a sua volta inseparabile dalle emozioni.

Appurato quindi questo legame, da molti sostenuto, e avendo come fine l'utilità del progetto di questa tesi, possiamo considerare che il luogo in cui avvengono i processi creativi è la mente, che fa posto ad attività scientifiche e artistiche. In questo luogo troviamo l'agito di intelligenza logico-razionale e intelligenza emotiva, cioè la ragione e l'intuizione artistica. Esse, pur basandosi su substrati neuropsicologici differenti, sono strumenti a disposizione del terapeuta, che contribuiscono nell'aiutare il paziente a modificare ciò che lo fa stare male. Ciò a

⁹Heinz. L. e Rowena R. Ansbacher, *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, ed. Psycho –G. Martinelli, Firenze 1997, pp.185-215

¹⁰ N. Cattich, G. Saglio, *L'OLTRE E L'ALTRO*, arte come terapia, Priuli e Verlucca, 2010, pag.126-127

¹¹ S. Freud, 1928: 488

testimonianza che l'individuo è fatto di conscio e inconscio, di razionalità e affettività, di scienza e arte¹².

Fatte tali considerazioni, è comprensibile il perché all'interno dell'ambito clinico la "persona" venga presa in esame nel suo essere globale, dove mente e corpo contengono la storia, l'ambiente circostante, il suo essere "qui e ora". Concetto questo alla base delle artiterapie.

*"Va ricordata a tale proposito la distinzione tra individuo, in possesso di un'identità precisa, capace di costruire la propria storia e di partecipare con altri individui alla storia generale, e persona, capace di operare identificazioni molteplici all'interno di una teatralità globale. L'individuo ha una funzione razionale, la persona riveste ruoli emozionali"*¹³

Appare chiaro che il paziente porta con sé non solo la malattia, ma anche il suo personale bagaglio di idee che insieme al corpo diventano malate, le dinamiche sociali e famigliari che a seguito della diagnosi hanno avuto delle modifiche, e tutto quanto fa parte della sua rete quotidiana di stile di vita.

La malattia assume, come per altro già accadeva nelle società primitive, un significato sociale, acquisendo valore simbolico nel processo di guarigione¹⁴. Partendo dall'idea che avevano i primitivi della concezione di malato è possibile comprendere ancora di più l'idea biopsicosociale. La malattia non era un momento che la persona viveva individualmente, ma faceva parte di uno spazio più ampio in cui era presente e prendeva parte tutto il gruppo, questo perché la malattia non era una lesione organica, ma uno squilibrio che si ripercuoteva sulle dinamiche di scambio sociale (Galimberti, 1983).

L'inserimento delle artiterapie in contesto ospedaliero contribuirebbe a superare la visione del malato come persona ospedalizzata identificata con la sua malattia, cioè con il suo corpo malato, per aprire ad una visione di più ampio respiro capace di includere tutti gli aspetti che influiscono sullo stato di salute fatto di mente e corpo.

¹² Si rimanda a nota 10

¹³ Maffessoli M. (1996), *Eloge de la raisonnable*, Le Livre de Poche, Paris (trad. it.: *Elogio della ragione sensibile*, Seam, Fornello, 2000), pag.158

¹⁴ Galimberti U. (1983), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, pag.55

2.2 IL DOLORE

Se si effettua una ricerca sulla definizione di dolore, ci si accorge che da questo termine escono più significati:

- **dolóre** s. m. [lat. *dolor -ōris*, der. di *dolere* «sentir dolore»]. –
1. Qualunque sensazione soggettiva di sofferenza provocata da un male fisico. **2.** Patimento dell’animo, strazio, sofferenza morale¹⁵.

- **1.** Sensazione penosa, diffusa o localizzata, susseguente alla stimolazione di particolari ricettori sensitivi da parte di agenti di varia natura e intensità. **2.** Stato o motivo di sofferenza spirituale, se provocata da una realtà ineluttabile che colpisce o condiziona duramente il corso della vita (Definizione Oxford Languages).

Esiste nella concezione del dolore dunque una componente sia fisica che psicologica, a sostegno ancora una volta del concetto di relazione mente-corpo e di persona nel suo essere considerata in modo biopsicosociale. La stessa IASP- Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore, in accordo con l’OMS, rivede la definizione del dolore inquadrandola come “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a (o simile a quella associata a) un danno tissutale, in atto o potenziale”¹⁶. A ciò IASP aggiunge sei note che meglio possono far comprendere i diversi contesti di utilizzo del termine *dolore*. In primo piano vengono menzionati i fattori biologici, psicologici e sociali che concorrono a influenzare l’esperienza personale del dolore, che viene compreso attraverso la personale esperienza di vita. Non solo, non basta il processo di nocicezione, cioè della sensorialità che trasmette i segnali, in quanto il dolore non può essere solo desunto a livello neuronale (IASP). Ecco tornare di nuovo il rapporto mente e corpo, essenziale per comprendere qualunque esperienza, anche quella del dolore. Sempre secondo IASP, subentra il rispetto per qualsiasi persona che comunichi di provare dolore. Questo ci porterà poi all’interno di questo elaborato a comprendere il concetto di umanizzazione delle cure, entrato nel panorama dell’ambiente ospedaliero. Bisogna tenere inoltre presente che non sempre si è in grado di comunicare il dolore, il quale a sua volta può diventare adattivo in modo negativo. Vedremo più avanti l’importanza dei canali artistici nel fornire “voce” alle esperienze emotive, anche dolorose difficili da verbalizzare.

¹⁵ <https://www.treccani.it/vocabolario/dolore/>

¹⁶ iasp-pain.org

Arrivare quindi ad uno stato di analgesia, di assenza di dolore, è un percorso globale che avviene all'interno della persona, che non si ferma alla visione biomedica del danno organico.

2.3 Neurofisiologia, meccanismi psicologici e biochimica del dolore

Si è detto fino ad ora dell'importanza di tutti i fattori che coinvolgono l'esperienza individuale del paziente. Appare comunque doveroso parlare di cosa succede a livello fisiologico quando si prova dolore, quali sono i centri coinvolti e cosa cambia all'interno del corpo, per poi comprendere nei capitoli successivi il perché degli interventi artistici, come essi agiscono su mente e corpo contemporaneamente per lavorare anche sulla parte esperienziale del dolore, dove la percezione di esso è in connessione con la parte psicologica.

Il dolore ha una funzione primaria fondamentale: mettere in allarme l'organismo da un possibile danno o pericolo. Dall'altra parte un dolore può diventare patologico cronicizzandosi e diventando quindi dannoso. Il sistema nervoso è in grado di discriminare i diversi tipi di stimoli attraverso un'estesa rete di recettori sparsi su tutto il corpo, a livello cutaneo, muscolare, articolare e viscerale. I nocicettori, terminazioni neuronali sensoriali, reagiscono a stimoli esterni di tipo meccanico, termico, chimico consentendoci di percepire un reale o un potenziale danno tissutale.

Il dolore svolge un ruolo protettivo nel senso di consentirci di adattare i nostri comportamenti all'ambiente circostante evitando pericoli, ma quando diventa cronico perde questa peculiarità, il sistema percettivo diventa ipereccitabile e il sistema di controllo perde di regolarità. Da qui ne derivano possibili disordini anche di tipo metabolico, funzionale e non da ultimo comportamentale¹⁷.

“Quando un soggetto è costretto a sopportare un dolore ininterrotto per giorni, settimane, mesi, talvolta anni, anche la mente più solida e stabile può vacillare”(C. David Tallison. *La gestione del dolore cronico, guida per il paziente, Cittadella Editrice, pag.23*)

La persona che soffre di dolore cronico potrebbe sviluppare attenzione più sul dolore che sull'ambiente e le relazioni circostanti, tendendo ad atteggiamenti di chiusura e manifestando depressione. La causa dei cambiamenti di personalità indotti dal dolore cronico ha origine nei collegamenti anatomici tra i centri di ricezione del dolore, che si trovano nel talamo con i lobi frontali degli emisferi cerebrali. Le strutture dei lobi frontali si occupano di pianificare le attività quotidiane, ricevendo le informazioni dall'ambiente esterno dal sistema nervoso

¹⁷ https://www.treccani.it/enciclopedia/dolore_%28Dizionario-di-Medicina%29/

sensoriale. A questo punto le informazioni sono inviate nelle zone del cervello dove sono memorizzate informazioni di esperienze precedenti per pianificare l'obiettivo. Ma quando le informazioni sensoriali sono di tipo doloroso, il lobo frontale viene dominato da questo tipo di stimolo e tutta l'attenzione viene spostata su questa sensazione sgradevole. Ecco perché il dolore interferisce con il nostro pensiero, spostando la concentrazione dalle attività quotidiane.

Come vedremo nel capitolo 4 assume importanza, per gli interventi di musicoterapia, il ruolo di alcune sostanze prodotte dal cervello, in grado di modificare la soglia del dolore. Le neurochine, immagazzinate nel nostro organismo, se rilasciate in grande quantità abbassano la soglia del dolore aumentandone la sensazione. Ciò che invece ci aiuta ad alzare la soglia del dolore sono le endorfine (di cui si parlerà anche nel capitolo 4), che hanno la capacità di bloccare i siti importanti di trasmissione del sistema nervoso. Come vedremo più avanti sarà il rilascio di endorfine, a seguito di esperienze gratificanti a rendere la musicoterapia strumento valido di supporto nell'oncologia¹⁸

2.4 BRETON, IL DOLORE COME DUALISMO TRA CORPO E PSICHISMO

David Le Breton, sociologo e antropologo francese, si sofferma sul valore culturale del corpo e sul significato sociale del dolore e della fatica. Ancora una volta per confermare che mente e corpo non sono divisibili e che il contesto complesso, nel quale l'individuo vive, svolge un'azione reciproca nel determinare il suo stato di salute, nel qui e ora.

Quale che sia la causa, danno organico o sensazione spiacevole simile associata al danno tissutale, secondo Breton¹⁹ il dolore è in grado di distruggere l'unità del vissuto dell'uomo, mostrandogli la fragilità delle sue convinzioni. La forza delle sue risorse e ciò che aveva pianificato per la sua vita trovano ostacolo nel dolore che fa vacillare le certezze. L'uomo è colpito nella sua dimensione psicologica e risulterebbe fallimentare una medicina che rimanesse nella dicotomia mente-corpo per la ricerca delle cause del dolore. Il sapere solo incentrato sul corpo mostra i limiti di cui abbiamo già parlato, limiti che possono essere superati passando da un sapere del corpo ad un sapere dell'uomo e del suo rapporto con il mondo. Il singolo uomo soffre e percepisce, usando le parole di Breton, *"Il suo*

¹⁸C. David Tallison. *La gestione del dolore cronico, guida per il paziente*, Cittadella Editrice

¹⁹DAVID LE BRETON, *Antropologia del dolore*, 1995, trad. it. di R. Capovin, Meltemi, Sesto San Giovanni, 2016.

corpo altro da lui”, realtà di cui dovrebbe poter parlare e alla quale noi, arteterapeuti potremmo fornire uno spazio protetto contenitivo.

*“[...] Il dolore non si lascia imprigionare nella carne, implica un uomo che soffre. Ricorda che le modalità fisiche della relazione dell’uomo con il mondo si esplicano entro il legame sociale, cioè nelle cure della dimensione simbolica.”*²⁰

Per attenuare la forza del dolore e abbassare il livello di angoscia l’uomo ha la necessità di dovergli dare un significato. L’uomo si mette alla ricerca della causa del dolore, che una volta trovata lo rende comprensibile. Il paziente si difende fin dall’inizio trovando un significato, che possa rendere il dolore tollerabile. Rimane quella del dolore un’esperienza soggettiva, che coinvolge l’inconscio più profondo il quale si relaziona alla storia, al contesto e alle dinamiche sociali personali.

Le riflessioni di Breton ci descrivono che cosa prova un paziente quando riceve una diagnosi. La ricerca di una ragione plausibile permette di dare significato all’arrivo del dolore nella propria vita, permettendo all’uomo di inserirsi in un universo *“concreto e prevedibile”*²¹.

L’esperienza personale del dolore si iscrive all’interno della società di appartenenza, nella quale gli individui hanno assegnato un significato simile a un determinato tipo di dolore. Ne deriva che tra lo stimolo e la percezione del dolore si inseriscono le variabili culturali e sociali che ne determinano il vissuto. Popolazioni diverse hanno reazioni diverse rispetto a sintomi uguali e ciò è determinato dalle esperienze di vita differenti. Alcuni esempi riportati da Breton ci indicano come popolazioni contadine siano più propense a sopportare il dolore del mal di schiena, considerando anche infatti che un tempo la medicina non era così a portata di mano nella vita quotidiana. A lungo andare si è osservato anche che le classi meno abbienti erano diventate più tolleranti verso il dolore fisico rispetto alle classi medie e privilegiate²².

*“Ogni dolore, anche il più modesto, induce una metamorfosi, proietta in una dimensione inedita dell’esistenza, apre nell’uomo una metafisica che capovolge l’ordinario della sua relazione con gli altri e con il mondo. [...] Immagine esemplare dell’irruzione dell’Es, il dolore depersonalizza”*²³.

²⁰ David Le Breton, op. cit., pag. 54

²¹ David Le Breton, op. cit., pag. 105

²² DAVID LE BRETON, *Esperienze del dolore. Fra distruzione e rinascita*, 2010, trad. it. di M. Gregorio, Raffaello Cortina, Milano, 2014

²³ David Le Breton, *Antropologia del dolore* (1995), op. cit. pag.23.

CAPITOLO 3

LE ARTITERAPIE IN AMBITO CLINICO: IL RUOLO DELLA MUSICOTERAPIA

3.1 Definizione di musicoterapia e ambiti di applicazione

In questo lavoro verrà considerato il contributo delle artiterapie all'interno dell'ambito clinico dell'oncologia. Nello specifico il linguaggio utilizzato nelle sedute è quello della musicoterapia. Ma come per la persona si parla di integrazione di corpo, psiche e dinamiche sociali e delle loro relazioni, anche per le discipline artistiche si parla di integrazione di linguaggi. Motivo per il quale, come vedremo nei capitoli successivi, insieme alla musicoterapia verranno integrati altri strumenti delle artiterapie, per fornire al paziente la più ottimale modalità espressiva, che tenga conto delle sue esigenze e delle sue risorse.

Linguaggio principale però è quello sonoro, quindi per comprendere di cosa stiamo parlando, partiamo dalla definizione e dalle finalità della musicoterapia.

Per R. Benenzon (1983) si utilizzano le espressioni corporeo-sonoro-musicali per aprire i canali di comunicazione e sviluppare la relazione tra il musicoterapeuta e il paziente, che necessita di sostegno per il processo di socializzazione. Secondo Lecourt (1988) si definisce questa disciplina come approccio sensoriale, dove la finalità è di tipo terapeutico per i disagi psicologici e psicopatologici. Ancora possiamo citare Guaraldi (1983)²⁴ per il quale la musica, espressione non verbale, ha finalità preventive e terapeutico riabilitative, per lo sviluppo di funzioni affettive, motorie o di linguaggio.

Per raccogliere meglio tutte queste interpretazioni possiamo citare la definizione di musicoterapia secondo la World Federation of Music Therapy del 1996, che ci offre una visione dei possibili contesti di applicazione:

“La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni

²⁴ Cit. Di Benenzon, Lecourt e Guaraldi in “Musica e cervello”, Montinaro, Mito e Scienza, Zecchini editore, 2017

potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che questi possa meglio realizzare l'integrazione intra- e interpersonale e consequenzialmente possa migliorare la qualità della vita grazie a un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico."

Gli ambiti di intervento della musicoterapia, così come delle artiterapie in generale, sono molteplici in rapporto agli obiettivi che possono essere terapeutici, riabilitativi o preventivi. I contesti dove perseguiamo obiettivi terapeutici sono quelli della crescita personale, mentre è in ambito riabilitativo-terapeutico che aiutiamo il paziente a riattivare funzioni o operazioni parzialmente deteriorate.

In questa seconda ipotesi ci troviamo a portare le artiterapie in situazioni di ritardo mentale, ADHD, disabilità motorie con danno cerebrale, stati di coma, pazienti oncologici, disturbi psicotici e nelle forme di demenza.

Il Progetto di musicoterapia presentato in questa tesi si rivolge al paziente oncologico, avendo come fine il benessere globale della persona.

Dalle ricerche condotte i risultati *"sembrano confermare l'ipotesi che la musicoterapia possa incrementare il benessere fisico, psicologico e spirituale di questi pazienti."*²⁵

3.2 L'arrivo delle artiterapie in ambito clinico

L'utilizzo delle artiterapie come aiuto per la salute dell'uomo ha in realtà origine molto antiche. Bisogna fare un salto indietro nella storia fino all'epoca primitiva, quando i guaritori utilizzavano la musica per allontanare il male. Anche in Egitto si credeva nel potere curativo della musica. Erofilo (Calcedonia, 335 a.c. circa – Alessandria d'Egitto, 280 a.c. circa) medico greco e considerato il primo anatomista della storia, utilizzava le scale musicali per regolare la pulsazione arteriosa, identificando la diversità dei polsi nelle diverse età, a cui aveva applicato canoni dei tempi musicali dividendo il tempo in battute. In Grecia la musica aveva una forte valenza curativa: il canto in particolare aveva una funzione nei processi di guarigione dalle malattie. Secondo Aristotele (Teoria di Ethos) la musica poteva influire sulla personalità degli uomini, tanto da poter far tornare in uno stato di normalità le persone incapaci di controllare le emozioni. Per Platone "la musica è la palestra dell'anima" e i suoi effetti sono permanenti.

²⁵ Cit. di Perdichizzi in <https://musicaterapia.s3-external-3.amazonaws.com/26-Musica-e-terapia.pdf>

Stesse credenze sul potere della musica le troviamo a Roma, dove era utilizzata a scopo curativo per malattie mentali e insonnia.²⁶

La vera pratica della musicoterapia all'interno degli ospedali la troviamo dopo la fine della Prima e della Seconda Guerra Mondiale, periodo in cui musicisti delle comunità americane, sia professionisti che non, si recavano in ospedali e ospizi, offrendo la loro musica ai veterani sofferenti a causa di traumi fisici e psichici conseguenti alle guerre. Le notevoli risposte fisiche ed emotive hanno portato i medici a richiedere l'assunzione di musicisti da parte degli ospedali, con la conseguente esigenza di aprire corsi universitari per la formazione di queste figure professionali.

Negli stessi anni in Gran Bretagna nel 1942, faceva ingresso in ospedale anche l'arteterapia utilizzata in gruppo. Inizialmente si parlava di scuola dell'arte, in seguito con Adrian Hill il termine arteterapia si diffonde con una forte tradizione psicoanalitica e psichiatrica in Gran Bretagna, Francia, Germania e Stati Uniti. Nel 1954 R. Volmat porta il primo atelier nell'ospedale Sainte-Anne di Parigi affermando che *"L'arte rappresenta uno stato intermedio tra la realtà e il sogno, tra l'introversione e l'estroversione, tra la sensibilità ed il pensiero, tra la materia e lo spirito"*²⁷.

In Italia dobbiamo aspettare gli anni '70, quando con la Legge 180 del 1978 l'utilizzo delle arti viene riconosciuto clinicamente come strumento terapeutico. Il pensiero di fondo è l'umanizzazione dell'ospedale, inteso come luogo più umano, all'interno del quale con l'arte si cerca di restituire all'individuo la sua storia, il suo ambiente, le sue relazioni e, aspetto che verrà trattato nei capitoli successivi, il suo tempo nel suo vivere armonico.

3.3 Evidenze scientifiche sull'utilizzo della musicoterapia in oncologia

La domanda che ci si pone, e che pone Perdichizzi nell'Editoriale 26 citato sopra è: *"la musicoterapia può contribuire a migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da tumore?"*.

Sono diverse le esperienze, per lo più fatte all'estero, dell'uso della musicoterapia in ambito oncologico, mentre l'esperienza italiana risulta ancora un po' indietro.

A titolo esemplificativo è utile osservare comunque i progetti già messi in atto, per rispondere alla domanda iniziale. Poter dare una risposta ci consente infatti

²⁶ [coffee.net/2018/11/21/musicoterapia-storia-viaggio/#:~:text=Nel XIX secolo la musica viene utilizzata come,a fare i primi studi ufficiali sulla musicoterapia.](http://coffee.net/2018/11/21/musicoterapia-storia-viaggio/#:~:text=Nel%20XIX%20secolo%20la%20musica%20viene%20utilizzata%20come,a%20fare%20i%20primi%20studi%20ufficiali%20sulla%20musicoterapia.)

²⁷ R. Volmat, L'artPhychopatologique, Presses Universitaires De France

di iniziare a dare una valenza scientifica al lavoro svolto dalla musicoterapia. Ciò che si può iniziare a dire è che viene confermato il beneficio fisico e psicologico dei pazienti.

Il dolore, come abbiamo visto, non coinvolge solo il paziente in quanto corpo, ma si ripercuote sulla sua realtà quotidiana investendo anche la sua fragilità psicologica. Per questo non ripercuotendosi solo sulla sfera somatica, si ha la necessità di un approccio multidimensionale.

In due centri ospedalieri di Kaoshiung City a sud di Taiwan, con i collaboratori della Case Western Reserve University di Cleveland, Ohio, sono state effettuate ricerche sull'efficacia sedativa dell'ascolto musicale sul dolore provocato dal cancro, attraverso uno studio randomizzato controllato²⁸. Il campione osservato era composto da 126 pazienti di lingua cinese o taiwanese (età compresa tra 18 e 85 anni), di cui 62 randomizzati al gruppo sperimentale e 64 al gruppo di controllo. Ai pazienti del gruppo sperimentale è stata somministrata musica rilassante, con una spiccata componente melodica, con bpm da adagio ma non troppo ad andante e con volume e intonazione controllati. Delle quattro audiocassette, due contenevano musica buddhista e folk taiwanese, mentre le altre due musica americana per arpa e pianoforte. È stato chiesto ai pazienti di scegliere il tipo di musica che avrebbe potuto rilassarli o distrarli: il 71% ha scelto musica orientale, il 29% musica occidentale.

L'esperienza è avvenuta con l'utilizzo di auricolari per facilitare la concentrazione. Sono stati misurati vari parametri, come intensità del dolore provocato dal cancro, analgesici somministrati, tipologia di risposta alla musica e variabili demografiche. Per quanto riguarda il grado di dolore è stato monitorato con scale VAS, tenendo conto delle due componenti "percepito" e "angoscia".

Ai pazienti appartenenti al gruppo sperimentale è stata somministrata un'intervista sull'efficacia della musicoterapia in psiconcologia. Le domande vertevano sull'utilizzo della musica per alleviare il dolore, in termini di distrazione e rilassamento, al gradimento della musica proposta e all'eventualità che avesse portato ad addormentamento. Dopo l'analisi dei risultati ottenuti, attraverso la misurazione di diverse scale (per una visione completa si rimanda alla lettura di "*Musica et terapia*, numero 26²⁹, Direttore editoriale Gerardo Manarolo), lo studio ha portato ad affermare che dopo mezz'ora di ascolto il 65% dei pazienti del gruppo sperimentale dichiara di aver utilizzato la musica per rilassarsi e per distrarsi dal dolore provocato dal cancro. Il 43% del gruppo considera la musica da moderatamente a molto utile per alleviare il dolore e si addormenta, e il 92%

²⁸ Cit. di Perdichizzi in <https://musicaterapia.s3-external-3.amazonaws.com/26-Musica-e-terapia.pdf>

²⁹ <https://musicaterapia.s3-external-3.amazonaws.com/26-Musica-e-terapia.pdf>

ritiene soddisfacenti le scelte musicali proposte. Inoltre è risultata vincente la possibilità di poter far scegliere musica familiare e culturale appropriata.

In Italia non sono state effettuate molte ricerche, ma un esempio può essere il lavoro svolto dall'associazione R.aVi, associazione a sostegno delle donne colpite da cancro al seno, che ha pubblicato gli atti del convegno di musicoterapia del 29 ottobre 2010 presso l'ospedale Molinette. Il laboratorio – *Il femminile attraverso corpo, sogno e creatività* – è stato descritto dalla musicoterapista Silvia Genestreti, che afferma di aver utilizzato l'elemento sonoro-musicale integrato con l'arte, l'ascolto del corpo, l'utilizzo del mito e i sogni.

Per quanto concerne il lavoro musicoterapico durante questo laboratorio hanno utilizzato momenti di ascolto, proposto sia come sottofondo per attività di danza e arte, sia come sequenze scelte dalla musicoterapista, dove alcuni criteri musicali potevano sovrapporsi agli stati d'animo, ma anche come momento in cui ogni paziente poteva portare una musica preferita da condividere con il gruppo.

Oltre all'ascolto, un altro momento proposto è stato quello dell'improvvisazione strumentale e vocale. Questo è lo spazio in cui le pazienti possono sentirsi libere di utilizzare modalità diverse di condivisione, sapendo di trovarsi in una condizione non giudicante, nella quale si possono attivare i processi catartici e di rilassamento. Da questo lavoro Genestreti afferma che: *"l'espressione della dimensione creativa ha come finalità generale quella di sviluppare, nella persona, una maggiore consapevolezza della parte sana e di liberarla dalla limitazione di un concetto di malattia completamente racchiuso in una situazione di sofferenza ed emarginazione"*

3.4 Il lavoro individuale con la musicoterapia attiva e la musicoterapia recettiva analitica

L'applicazione della musicoterapia, in qualunque ambito, prevede una prima macrodistinzione sulle tecniche di intervento: si può fare un lavoro attraverso la musicoterapia attiva, e uno attraverso la musicoterapia recettiva. La scelta non deve per forza essere esclusiva, anzi come si vedrà nel capitolo dedicato all'esperienza all'interno del day hospital del San Matteo di Pavia, le due tecniche possono essere utilizzate entrambe in diverse fasi del percorso.

Spieghiamo brevemente in cosa consistono queste due metodologie.

La musicoterapia attiva si basa sull'improvvisazione musicale da parte del paziente e del musicoterapista. Durante l'esperienza di dialogo sonoro-musicale

il terapeuta si sintonizza con il paziente, aiutandolo a sentirsi compreso e restituendo, attraverso la relazione terapeutica, un'immagine di sé che metta in luce le parti sane. Attraverso l'utilizzo di strumenti musicali e della voce il paziente è coinvolto in modo attivo. Non vengono richieste abilità musicali, perché il fine non è l'esibizione o la produzione di un brano musicale perfetto, ma in un contesto non verbale viene data la possibilità di esprimere emozioni difficili da verbalizzare, che verranno accolte e sostenute dal musicoterapeuta. Si può scegliere tra diversi modelli di improvvisazione proposti da autori differenti come ben ci spiega Bruscia nel testo "Modelli di improvvisazione musicale"³⁰. Per improvvisazione intendiamo creare qualcosa mentre si svolge un'attività, oppure secondo Webster "fare, organizzare, inventare in modo estemporaneo". Musicalmente è l'arte di creare qualcosa in modo spontaneo, invece che seguire una partitura.

In musicoterapia non ci si aspettano forme complicate di improvvisazione, ma il paziente può dar luogo con la sua spontaneità a forme sonore anche molto semplici, perché non è il risultato estetico quello che interessa al terapeuta.

L'improvvisazione può essere utilizzata in contesti e con pazienti differenti. La possiamo usare in ambito scolastico, in condizioni di ritardo cognitivo, negli ospedali psichiatrici, in presenza di danni neurologici, in condizioni di svantaggio sociale, nelle dipendenze e nelle malattie neurodegenerative. I modelli tra cui scegliere sono molteplici, e si differenziano rispetto agli obiettivi che vogliamo raggiungere e rispetto alle risorse del paziente che abbiamo davanti e delle abilità minime necessarie rispetto all'improvvisazione proposta. Come spiegato nel testo di Bruscia gli obiettivi generalmente sono la consapevolezza di sé, consapevolezza dell'ambiente fisico, la consapevolezza degli altri, l'attenzione a sé agli altri e all'ambiente, la percezione delle aree senso-motorie, la comprensione profonda di sé e l'espressione di sé.

La musicoterapia recettiva si basa sull'ascolto di brani musicali. L'esperienza non afferrisce al semplice ascolto che si può fare individualmente, ma come per la musicoterapia attiva si presuppone la condivisione dell'esperienza con il terapeuta. Attraverso l'esperienza di ascolto è possibile condividere la propria affettività. Il brano musicale ha caratteristiche proprie che lo rendono terapeutico, o può diventare uno strumento "per far giungere al paziente un messaggio strutturato dal terapeuta"³¹. All'interno di un'esperienza recettiva l'ascolto può diventare di per sé terapeutico.

³⁰ Kenneth E. Bruscia, Modelli di improvvisazione in musicoterapia, Ismez, Gli Architetti, 2001

³¹ N. Cattich, G. Saglio, *L'oltre e l'altro. Arte come terapia*, Priuli e Verlucca, 2010. All'interno del libro troviamo anche sezioni dedicate a diverse forme di arti terapie.

Esistono diversi modelli di musicoterapia recettiva, che hanno alla base il principio della limitazione della motricità e dell'attivazione corporea, per permettere di stimolare la rappresentazione di simboli e ricordi infantili.

Tra i vari modelli, quello utilizzato nell'esperienza in day hospital oncologia è quello della Musicoterapia Recettiva Analitica ideato dal Dott. Niccolò Cattich.

La musicoterapia recettiva analitica si basa sull'ascolto di quattro brani la cui durata non superi i trenta minuti. Alla fine di ogni brano viene chiesto di verbalizzare il proprio vissuto rispetto al brano. Si dà modo alla persona di esprimere la propria affettività condividendola più facilmente, perché il brano proposto dal terapeuta non è diretto portatore della propria intimità.

Attraverso i brani l'espressione dei vissuti e i criteri che si utilizzano per esprimerli fanno riferimento ai parametri sonoro-musicali, tra cui timbro, intensità, altezza e durata. Si sono osservate alcuni tipi di associazioni, come modo minore e malinconia, intensità e aggressività.

È importante nella scelta dei brani offrire l'ascolto di generi diversi, prestando attenzione al fatto che come terapisti non dobbiamo portare solo le nostre preferenze musicali, per non rischiare di esprimerci affettivamente.

Inoltre è necessario scegliere i brani valutando la combinazione di parametri sonori in grado di supportare le tematiche emerse, per offrire un'esperienza significativa al paziente.

La musicoterapia recettiva analitica si è rivelata uno strumento di supporto in oncologia, perché permette di fare una conoscenza iniziale del paziente attraverso i brani che fungono da presentazione, successivamente rimane uno strumento di monitoraggio rispetto alle emozioni e al vissuto provato. Come si può evincere è un metodo articolato.

3.5 L'integrazione delle artiterapie nel lavoro con i pazienti

Esattamente come succede di utilizzare durante il percorso con i pazienti musicoterapia attiva alternata alla recettiva, accade anche di intrecciare altri linguaggi artistici. Alcune attività prevedono infatti l'utilizzo della danza o dell'arte integrate alla musica. I linguaggi artistici si richiamano l'uno con l'altro continuamente: questo può dare la possibilità al terapeuta di fornire la migliore combinazione di strumenti al paziente per esprimere il proprio vissuto. Tutto questo evidentemente legato a quel concetto, filo conduttore della tesi, che ci dice che mente e corpo non sono separabili. Ciò che altera l'identità psichica provoca una modifica nella percezione somatica³². L'individuo è un organismo

³² Cattich, L'oltre e l'altro, pag.326

indivisibile e la sua vita può essere compresa nella totalità e integrazione delle parti che lo compongono e all'interno delle esperienze arteterapeutiche si richiama a questo continuum mente-soma.

Per esempio nel caso dell'arte al termine di un'attività musicale può essere necessario per il paziente poter fissare con un disegno le emozioni e i vissuti, oppure poterle rappresentare attraverso l'utilizzo di stoffe colorate. Questo ci aiuta quando verbalizzare diventa difficoltoso, oppure quando ci troviamo di fronte a persone che hanno difficoltà cognitive nell'uso del linguaggio. Demandiamo allora questo ruolo a oggetti intermediari che aiutano a portar fuori vissuti, emozioni, pensieri. Il movimento corporeo a sua volta aiuta nel rievocare ricordi, nel trovare armonia, nell'esprimere attraverso il movimento del non verbale lo stato psichico.

Infatti anche la danzamovimentoterapia ha come specificità quella di aiutare l'integrazione tra corpo e psiche. La danza e l'espressione attraverso il movimento fanno parte dell'individuo da sempre, necessità più facilmente osservabile nei bambini. Come ci ricorda Maria Fux "quando siamo bambini abbiamo bisogno di muoverci, perché muovendoci esprimiamo la nostra voglia di ridere, di piangere o di giocare" (M. Fux 1996). Recuperare la danza e il movimento può aiutare l'espressione delle emozioni, le quali prendono forma attraverso i gesti e il movimento³³. Per questo motivo musica e danza hanno un continuo richiamo e i due strumenti combinati si sono rivelati un valido aiuto all'interno delle sedute in oncologia. Non sono necessari sempre grandi movimenti, talvolta basta l'attenzione riportata su una singola mano, per far riprendere il contatto con il proprio corpo, riscoprendo il giusto ritmo personale.

3.6 La musica come terapia e la musica in terapia: Bruscia

Gli interventi di musicoterapia possono diventare canale privilegiato all'interno della relazione terapeutica, fornendo la base per il raggiungimento degli obiettivi. A seconda degli scopi che ci si è prefissati Bruscia distingue due diversi modi di applicazione della musica: *in terapia* e *come terapia*. Avremo quindi la musica come stimolo primario, quando parliamo di musica **come** terapia, per aiutare il paziente al cambiamento terapeutico. Ciò che accade è un coinvolgimento diretto del paziente che si mette in relazione con la musica, dove quest'ultima agisce su corpo, sentimenti e comportamenti. La figura del terapeuta in questo caso è di guida nel facilitare questo processo. Quando parliamo invece

³³ R. Federico, Dalla danza alla danza terapia – introduzione alla DMT, Associazione Rocco Federico Onlus, 2017

di musica *in* terapia, intendiamo l'utilizzo della musica integrato in un altro trattamento. In questo caso è la musica che funge da guida per facilitare la relazione del paziente con se stesso, o le relazioni interpersonali con gli altri³⁴.

3.7 L'anamnesi sonoro-musicale e l'importanza dell'ISO – Benenzon

Un concetto fondamentale della musicoterapia, importante sia per capire come nasce e si sviluppa la relazione terapeutica, sia per l'importanza di determinati suoni nello scatenare alcune dinamiche, è quello di ISO. Secondo Rolando Benenzon con ISO intendiamo l'identità sonora, costituita dall'accumulo di energie in continuo movimento che caratterizzano l'essere umano e lo differenziano dagli altri. Queste energie sono composte da suoni, movimenti ma anche da silenzi³⁵. Secondo il principio dell'ISO *“per aprire i canali di comunicazione tra il paziente e il musicoterapeuta è necessario riconoscere gli ISO del paziente ed equippararli con gli ISO del musicoterapeuta”*(R. Benenzon, pag.33, 2007). L'ISO lo troviamo presente già all'interno della forma di comunicazione primitiva mamma-bambino, nella quale sono visibili le prime tappe di comunicazione: eco e imitazione. All'interno dello psichismo fetale Freud ci parla di atemporalità, intendendo un tempo presente dove non esiste passato e futuro. Benenzon a sua volta, riconosce in questo psichismo due dinamiche energetiche differenti: ISO universale e ISO gestaltico. Il primo è il vero archetipo corporo-sonoro-musicale, ereditato ontologicamente e filogeneticamente. È l'ISO che caratterizza tutti gli esseri umani ed è formato da archetipi come il battito cardiaco (nel suo ritmo binario), suoni dell'acqua, suoni del respiro, il vento, il ritmo della marcia, le danze tribali, il sistema di comunicazione degli animali, silenzi e pause, suoni di sonagli e canzoni per bambini con le stesse caratteristiche (es. uso istintivo dell'intervallo di seconda e terza minore nella ninna nanna, uso di pentatoniche). L'ISO gestaltico invece, si forma a partire da quello universale ma caratterizza l'individuo nella sua particolarità. Le energie corporo-sonoro-musicali continuano a formarsi con altri ISO quali: interattivo, ambientale, familiare, gruppale, complementare, culturale. Gli elementi musicali fanno quindi già parte dell'inconscio della persona e già prima della sua nascita entrano a far parte dell'individuo suoni e ritmi, in grado di condizionare psiche e corpo. Si pensi in questo caso ad esempio al ritmo del battito cardiaco capace di tranquillizzare.

³⁴ Kenneth E. Bruscia, Modelli di improvvisazione in musicoterapia, Ismez, Gli Architeti, 2001

³⁵ R. Benenzon, *La parte dimenticata della personalità*, Borla, 2007

Tutta la teoria dell'ISO ci è utile per capire quanto è importante conoscere il paziente da questo punto di vista. Ci saranno esperienze sonore che lo conterranno, altre che lo attiveranno o lo destabilizzeranno. Il musicoterapista deve essere sempre pronto a riconoscere ciò che passa nel non verbale, ma è anche utile per lui poter fare quella che si chiama *anamnesi sonoro musicale*, per conoscere prima dell'inizio del percorso la storia musicale del paziente.

Si tratta di una semplice intervista, nella quale si cerca di conoscere i suoni che hanno caratterizzato la vita del paziente, sia in modo positivo, ma anche in modo negativo, ovvero riconoscendo quelli che potrebbero averlo traumatizzato.

Di seguito si riporta l'esempio di scheda di anamnesi sonoro-musicale utilizzata nell'esperienza di tirocinio in oncologia di cui si parlerà in seguito.

AMBITO DI INTERVENTO	Oncologia						
DATI ANAGRAFICI							
Nome			Cognome				
Età			Nazionalità				
Indirizzo			CAP			Città	
Recapito							
Professione			Titolo di studio				
STORIA CLINICA DEL PAZIENTE							
Diagnosi							
Terapia							
Note							
ANAMNESI SONORO-MUSICALE							
CONOSCENZE MUSICALI					SI	NO	
SE SI SPECIFICARE							
ASCOLTA VOLENTIERI MUSICA				SI	NO		
SE SI INDICARE I GENERI PREFERITI				- Classica	- Rock		
				- Pop	- Folk		
				- Cantanti italiani	- Etno		
				- Cantanti stranieri	- New Age		
				- Liturgica	- Metal		
Altro:							

Generi musicali non graditi:				
LE PIACE CANTARE	- Molto	- Abbastanza	- Poco	- No
Se si quali brani o i brani di quali autori?				
Le piace cantare	- Da solo	- In gruppo (amici,altro)	-In un coro	-Altro:

QUALI STRUMENTI MUSICALI NON LE PIACCIONO:
EVENTUALI SUONI CHE RIFIUTA:

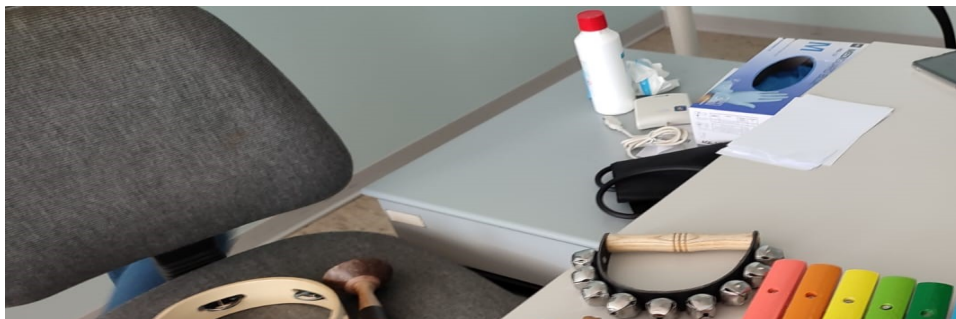
STORIA SONORO-MUSICALE PAZIENTE
PERIODO PRE-NATALE -La mamma ascoltava/suonava musica in gravidanza?
INFANZIA suoni ambiente casalingo, voci famigliari, della casa, scuola, amici, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli
ADOLESCENZA: ambiente sonoro casalingo, posto di studio, amici, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli
ETA' ADULTA: ambiente sonoro casalingo, lavoro, amici, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli
MOMENTO ATTUALE (prima e dopo l'intervento): ambiente casalingo, lavoro, amici, ambienti ospedalieri, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli

3.8 Il setting: da quello classico a quello ospedaliero, la trasformazione dell'immagine dell'ambulatorio medico

Il setting è il luogo nel quale si svolge la seduta di musicoterapia. Benenzon sostiene che il setting abbia la stessa importanza di una sala chirurgica. È il luogo dove si stabilisce e si sviluppa la relazione terapeutica e le sue caratteristiche influiscono sul lavoro che si fa con il paziente. La stanza deve essere sufficientemente grande, sgombra da ostacoli che possano limitare il movimento. È importante che il paziente si senta libero e tutelato, per questo non deve esserci passaggio di persone e bisogna poter garantire la privacy. In un setting ideale il pavimento è in legno, fatto quindi di un materiale primordiale, che inoltre permette il passaggio di vibrazioni. All'interno del setting sono presenti i corpi del terapeuta e del paziente e gli strumenti che si è deciso di utilizzare. Gli strumenti trovano una collocazione ben precisa, pensata dal musicoterapista in funzione dell'obiettivo che si vuole perseguire nella seduta.

Quando si entra in ambito clinico l'idea di setting non sempre corrisponde alla realtà nella quale ci si trova a dover lavorare. Molto spesso ci si trova a dover far fronte a situazioni logistiche di struttura, che non sono modificabili e all'interno delle quali la seduta di musicoterapia deve trovare accoglienza. Se questo inizialmente può sembrare uno svantaggio, potrà diventare invece qualcosa su cui lavorare, in modo da rendere l'ambulatorio agli occhi del paziente, non più solo la stanza delle visite e della discussione degli esami, ma un luogo anche di esperienze creative gratificanti. Portare la musicoterapia nel day hospital dell'oncologia significa saper cogliere il qui e ora del paziente con le caratteristiche di quel setting. In quei corridoi e in quegli ambulatori i pazienti sperimentano la sofferenza, ed è proprio dall'impatto di quell'immagine che si iscrive il lavoro della seduta. All'interno del reparto del day hospital mi è capitato di lavorare in ambulatori grandi e luminosi, o in altri piccoli con ingombro di arredi, come scrivania e lettino che entrano a far parte del setting. Il lettino del medico può avere un valore simbolico importante: nell'immaginario comune è il posto dove avvengono le visite, dove il paziente può provare ansia, disagio, dove immagina l'esito della diagnosi. È il luogo delle risonanze e delle terapie possibili fonti di emozioni negative. Come si trasforma nel setting di musicoterapia? Prima di tutto è luogo di sostegno. Essendo un ambiente ospedaliero non si può pensare di utilizzare il pavimento per vivere le esperienze. Il lettino sostiene il paziente durante il rilassamento e l'ascolto, ma sostiene anche gli strumenti musicali. Il paziente ascolta, si rilassa, suona e crea facendo memoria di questo luogo con occhi e vissuti positivi. Diventa in questo modo

luogo di esperienze creative gratificanti, le quali si possono richiamare in momenti successivi.



CAPITOLO 4

ONCOLOGIA, MUSICA E NEUROSCIENZE

4.1 Il tumore: che cos'è

Durante tutto il periodo della vita l'organismo mantiene un equilibrio fra cellule che proliferano e cellule che muoiono, le quali devono essere sostituite.

Il nostro corpo è formato da complessi sistemi, che stabiliscono il momento in cui una cellula ha esaurito le proprie funzioni e quindi debba morire, verificandosi così l'apoptosi (Pag. 63, P. Cerlati, F. Crivelli, Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative, 2015).

Tuttavia può accadere che questo processo non segua un percorso regolare, e per diverse cause succede che le cellule possano proliferare in modo disordinato o non andare incontro ad apoptosi, determinando le condizioni di una crescita tumorale. Può succedere inoltre che le cellule anomale si allontanino dall'origine per andare ad annidarsi in altri organi dando origine alle metastasi.

I tumori che si formano possono essere benigni o maligni, caratterizzati da comportamenti diversi a seconda delle cellule che li hanno originati.

Le cause del tumore sono diverse. Solo nel 5-10% dei casi abbiamo cause di tipo genetico, mentre la causa più incisiva (90-95%) è legata ai fattori ambientali e agli stili di vita. La diagnosi tumorale viene eseguita con biopsia, con la quale si stabiliscono le caratteristiche biologiche e alla quale viene fatta seguire la stadiazione attraverso un sistema internazionale di classificazione.

4.2 Le conseguenze sul corpo

Dopo che viene diagnosticato un tumore vengono messi in atto una serie di interventi, che a seconda dei casi vengono integrati o usati singolarmente. Il paziente va incontro a effetti collaterali negativi di diversa natura. Se il trattamento è di tipo chemioterapico adiuvante (su pazienti ad alto rischio di recidiva) o neoadiuvante (effettuato prima del trattamento chirurgico per ridurre il trattamento loco-regionale) gli effetti collaterali raramente portano all'interruzione del trattamento e ciò che vengono colpiti sono i tessuti a più alta proliferazione. Tra le conseguenze troviamo nausea, mucosite, vomito, alopecia, diarrea, effetti su cute e unghie, tossicità midollare e neurotossicità.

La radioterapia può essere usata come unico strumento (radioterapia esclusiva) o integrata con la chemioterapia. Per quanto riguarda le conseguenze sul corpo della radioterapia ricordiamo che le cellule che ne risentono sono quelle ad alta proliferazione come bulbi piliferi, derma, mucose e midollo osseo.

4.3 Le conseguenze psicologiche della malattia

Oltre alle conseguenze fisiche, una diagnosi di tumore può avere conseguenze psicologiche. I pazienti possono manifestare stress, che può compromettere le relazioni sociali e le normali attività della vita quotidiana.

Assumono importanza anche eventuali altri disturbi di cui il paziente è affetto, quindi bisogna considerare le commorbidità che determinerà il tipo di terapia per il paziente.

I pazienti manifestano stress, secondo uno studio pubblicato su *Psycho-Oncology* nel 30% dei casi, ma solo il 10% intraprende un percorso di aiuto nel fronteggiare questa situazione. Inoltre per ogni malattia aggiuntiva in più, oltre al tumore, aumenta la possibilità di sviluppare distress, termine con cui i medici definiscono lo stress psicologico.

La qualità di vita dei pazienti è influenzata da ansia, depressione e stress, che si possono manifestare in diverse fasi della malattia: dallo screening alla diagnosi, in fase di trattamento e anche dopo la guarigione con il timore che possa manifestarsi nuovamente un tumore³⁶.

La rete di aiuto che si instaura intorno al paziente è formata dall'oncologo, dallo psiconcologo e da tutte quelle attività collaterali, come ad esempio le artiterapie, che possono lavorare per il suo benessere.

E' importante infatti che la persona mantenga la propria routine, anche lavorativa ove è possibile, senza cadere nell'isolamento.

L'obiettivo è il benessere psicologico del paziente, fondamentale per affrontare con positività le terapie mediche.

³⁶<https://www.airc.it/news/stress-psicologico-legato-al-tumore-da-cosa-dipende-e-come-affrontarlo-2103>

4.4 La musica come facilitatore nel rilascio di endorfine

“Ogni malattia ha una soluzione musicale. Maggiore è il talento musicale del medico, tanto più breve e completa è la soluzione”

Novalis, 1791

Le endorfine sono neurotrasmettitori rilasciati dalle cellule nervose, che interagiscono con i recettori oppioidi regolando il sistema che ha un ruolo nel controllo del dolore, nella sua percezione e nella modulazione dell'umore.

Inoltre il sistema oppioide è fondamentale nella risposta allo stress, nel controllo della respirazione e per molte funzioni endocrine e immunologiche.

Da studi effettuati risulta che la musica agisce sul funzionamento del nostro corpo, favorendo il rilascio di endorfine e dopamina (studio condotto da ValorieSalimpoor della McGillUniversity di Montreal, poi pubblicato sulla rivista Nature Neuroscience). Gli effetti che si sono osservati riguardano la modifica del ritmo del respiro, del battito cardiaco e la riduzione della percezione del dolore nel decorso post operatorio³⁷.

Un altro studio³⁸ sempre eseguito dal Dipartimento di psicologia della MC Gill University in Canada, ha dimostrato che ascoltare musica al risveglio può avere effetti benefici sul sistema immunitario, contribuendo all'aumento di ossitocina e serotonina.

Ascoltare una musica che faccia vivere un'esperienza piacevole, oltre a stimolare il cervello alla produzione di endorfine, aiuta a diminuire la presenza di cortisolo. Le frequenze musicali incidono sulla frequenza cardiaca, sul respiro e sugli stati psicofisici, per questo possono essere un valido aiuto per l'agevolazione di stati emotivi positivi.

4.5 La risposta della circolazione all'ascolto della musica

Cosa succede quando ascoltiamo? Anche se non ce ne accorgiamo ogni volta che compiamo l'azione di ascoltare, contemporaneamente, si ha una percezione elementare dello stimolo uditivo, l'analisi strutturale della musica elementare (altezza, intensità, ritmo, durata, timbro) e elaborata (frasi, tempi, temi) e l'identificazione dell'opera che si ascolta.

All'interno del nostro cervello, per ognuna di queste funzioni, è deputato un centro corticale diverso.

³⁷ Wisesociety.it

³⁸ Sanità24.ilsole24ore.com

La musica modifica in molti modi il funzionamento del nostro corpo. Tra questi c'è la circolazione sanguigna. Un'evidenza sull'efficacia dell'utilizzo della musica, come supporto a esercizi di respirazione mirati a regolare l'ipertensione arteriosa, arriva da uno studio realizzato presso la Clinica Universitaria di Firenze, eseguito dal Proff. P: A. Modesti (in "Musica e Cervello", Montinaro). Altri studi hanno dimostrato come la musica può avere effetti sull'onda pressoria arteriosa, per la riduzione del rilascio di adrenalina. Anche i livelli di cortisolo nel sangue subiscono conseguenze in seguito all'ascolto musicale, abbassandosi in modo da permettere la riduzione della somministrazione di benzodiazepine. A seguito di un intervento di chirurgia cardiaca con l'ascolto della musica è possibile ridurre il rilascio di cortisolo del 33%. E' lo stress a far aumentare i livelli di cortisolo, che a sua volta influisce negativamente su glicemia, difese immunitarie, aumento della massa lipidica e la possibilità di eventi trombotici. Dagli studi emerge che la musica può essere un valido aiuto per ridurre la condizione di stress e quindi la secrezione di cortisolo, con la diminuzione di tutti gli effetti negativi che ne conseguirebbero³⁹.

4.6 I neuroni specchio

Giacomo Rizzolatti, neuroscienziato italiano, ha scoperto nel 1992 i neuroni specchio, oggi studiati in tutto il mondo perché considerati alla base dell'empatia.

Nel nostro cervello i gruppi neuronali si attivano ogni qual volta viene compiuta un'azione.⁴⁰ Ciò che accade è un'intensa attività elettrica in aree specifiche deputate a quella particolare attività (leggere, correre, memorizzare....). La scoperta di Rizzolatti riguarda le aree motorie, dove la rete di neuroni piramidali, o neuroni specchio, ha sede nella circonvoluzione frontale inferiore e nella corteccia parietale inferiore. Questo tipo di struttura non la troviamo solo negli uomini ma anche in scimmie e altri animali come i cani o i gatti. E' stato osservato che questi gruppi di neuroni si attivano sia nel compiere un'azione, sia nell'osservare un'altra persona compiere quella determinata azione. Dunque a livello cerebrale è come se comprendessimo le azioni degli altri.

Rizzolatti ha scoperto inoltre che queste aree si attivano in relazione ad atti motori finalizzati, dove non è il semplice gesto a determinarne l'attivazione ma

³⁹<https://www.fondazioneric.org/terapie-complementari-cardiologia/>

⁴⁰ <https://it.gariwo.net/editoriali/giacomo-rizzolatti-i-neuroni-specchio-e-l-empatia-18939.html>

l'intenzionalità. E' come se i neuroni fossero in grado di identificare l'informazione sensoriale, riconoscendola in base alla possibilità che una determinata azione possa essere messa in atto. Attraverso l'osservazione di movimenti i neuroni codificano lo scopo e il significato. Sono stati definiti "specchio" proprio per la risposta speculare che si attiva nel sistema neuronale di chi sta osservando.⁴¹

La loro caratteristica gioca un ruolo fondamentale nel concetto di empatia. Attraverso i neuroni specchio siamo in grado di comprendere i gesti degli altri e la loro intenzione. Questa rete neuronale invia segnali al luogo deputato alle emozioni: il sistema limbico. Vengono così considerati i neuroni responsabili dell'empatia. Il concetto di empatia si aggancia alla musicoterapia, in quanto è sulla relazione terapeutica che si fonda tutto il percorso, consentendo al terapeuta di potersi mettere nei panni dell'altro per comprendere.

“Guarda con gli occhi di un altro, ascolta con le orecchie di un altro e senti con il cuore di un altro”

Alfred Adler

“L'unico modo di capire le persone è sentirle dentro di te”

John Steinbeck

4.7 La plasticità neuronale

La neuroplasticità è la capacità delle connessioni del sistema nervoso di modificarsi in seguito all'esperienza, in termini di espansione ma anche di retrazione.

Durante il corso della vita il cervello va incontro a modificazioni rispetto all'efficienza delle trasmissioni e i circuiti cerebrali si modificano in funzione dell'esperienza. E' nello sviluppo del bambino il periodo in cui questo fenomeno si manifesta ai più alti livelli, determinando l'acquisizione e il perfezionamento di determinate funzioni in rapporto all'esperienza, che modifica la struttura e le

⁴¹A. Montinaro, Musica e Cervello, Mito e Scienza, Zecchini Editore 2017, pag. 20-21

funzioni dei circuiti nervosi. Il cervello risponde agli stimoli con comportamenti adattivi. Questa capacità non è propria solo del bambino, ma si è scoperto appartenere anche all'età adulta, dove la neurogenesi è ancora possibile, seppur con minore ritmo. La plasticità neuronale è una funzione molto importante non solo quindi nello sviluppo cerebrale, ma diviene anche un concetto fondamentale quando il cervello subisce cambiamenti fisiologici (come l'invecchiamento delle cellule), quando subisce danni causati da tumori cerebrali o quando subentrano patologie come le demenze. Possiamo parlare in questo caso di *plasticità adattiva*⁴².

Nel caso dei tumori cerebrali potremmo trovarci nella condizione in cui una parte del cervello vada in necrosi, determinando come conseguenze, ad esempio, la difficoltà a coordinare i movimenti e a mantenere l'equilibrio. Il lavoro riabilitativo rispetto a questa condizione viene fatto basandosi proprio sul principio della neuroplasticità e sulla sostituzione della funzione, al fine di creare delle nuove connessioni che permettano al paziente di adattarsi alla nuova condizione.

La musicoterapia lavora sui deficit motori causati da trauma o patologie al sistema nervoso, utilizzando le caratteristiche dei parametri sonoro-musicali per favorire la plasticità neuronale. Ricerche scientifiche hanno dimostrato che in seguito ad attività con l'utilizzo della musica, si è potuto osservare un ingrandimento di aree cerebrali⁴³. Per tale ragione la neuroplasticità unita alla musicoterapia può essere uno strumento funzionale alla riabilitazione. La musica per sua natura è in grado di stimolare simultaneamente i sistemi uditivi, visivi, sensitivi, motori e adattivi, aiutando la persona a compensare una funzione persa o a massimizzare una funzione compromessa.

4.8 Il day hospital oncologia

Il day hospital è la struttura che si occupa della gestione del paziente rispetto alle cure e alle terapie necessarie. All'interno del reparto quotidianamente i pazienti si recano per effettuare esami del sangue preliminari alla chemioterapia, visite con gli oncologi, psiconcologi e nutrizionisti. Inoltre è il luogo nel quale vengono somministrate le chemioterapie. I pazienti che transitano si diversificano per età e tipologia di tumore, alcuni permangono lì solo il tempo della visita, altri molte ore.

⁴² <https://www.stateofmind.it/2022/03/plasticita-cerebrale-adulti/>

⁴³ Lopez -Incontro fra neuroscienze e musica, quaderni acp 2007, <https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/07/Lopez-Incontro-fra-neuroscienze-e-musica-Quacp-2007-144-190-2.pdf>

E' il punto di accoglienza dei pazienti e il luogo dove vengono accompagnati lungo tutto il difficile percorso. Appare chiaro come il compito di tutti gli operatori sia delicato, in quanto rappresentano le persone nelle quali i pazienti ripongono tutta la loro fiducia.

Il DH oncologia del San Matteo è un luogo pensato per umanizzare le cure e per mettere il paziente al centro. Entrando nel reparto del San Matteo si viene accolti da un ambiente che già denota questa volontà: pareti colorate abbellite con quadri fatti da pazienti e medici, decorazioni sul soffitto fatte di farfalle colorate, musica di sottofondo e angoli dedicati al comfort. La parola oncologia spesso genera paura, determinando nell'immaginario collettivo l'idea di ospedale come posto sgradevole e cupo. Nell'oncologia del San Matteo si sta lavorando sull'abbattimento di questa idea, cominciando dall'aspetto fisico della struttura e dalle modalità di accoglimento dei pazienti. Ecco perché al suo interno è presente un'associazione che opera in questo senso: Amos – amici dell'oncologia del San Matteo.

4.9 Amos e il progetto di musicoterapia

Amos è l'associazione che si occupa di promuovere tutte quelle attività che possono essere di supporto al benessere del paziente. L'associazione si propone di fornire sostegno fisico, psicologico e sociale ai pazienti dell'oncologia del San Matteo di Pavia proponendo esperienze come la lana terapia, lezioni di trucco, parrucche gratuite e ginnastica. Oltre a questo fornisce un aiuto anche per spiegare la malattia ai figli dei pazienti, con l'ausilio di strumenti come la Barbie Ella in collaborazione con Mattel, la cui caratteristica è non avere i capelli ma una serie di parrucche. E' stato scritto anche un libro, in cui con personaggi fantastici si tenta di raccontare la malattia. L'attenzione è anche ai momenti di attesa nei corridoi, nei quali sono presenti un angolo tisane e merende e un sottofondo musicale.

Per questi motivi Amos e la Direzione dell'oncologia hanno accolto il progetto di musicoterapia, considerandolo un altro valido strumento al supporto dei pazienti.

Inizialmente pensato per una paziente oncologica in seduta individuale, è stato esteso all'intero reparto con un lavoro di ricerca e strutturazione di una filodiffusione mirata al supporto dei bisogni dei pazienti.

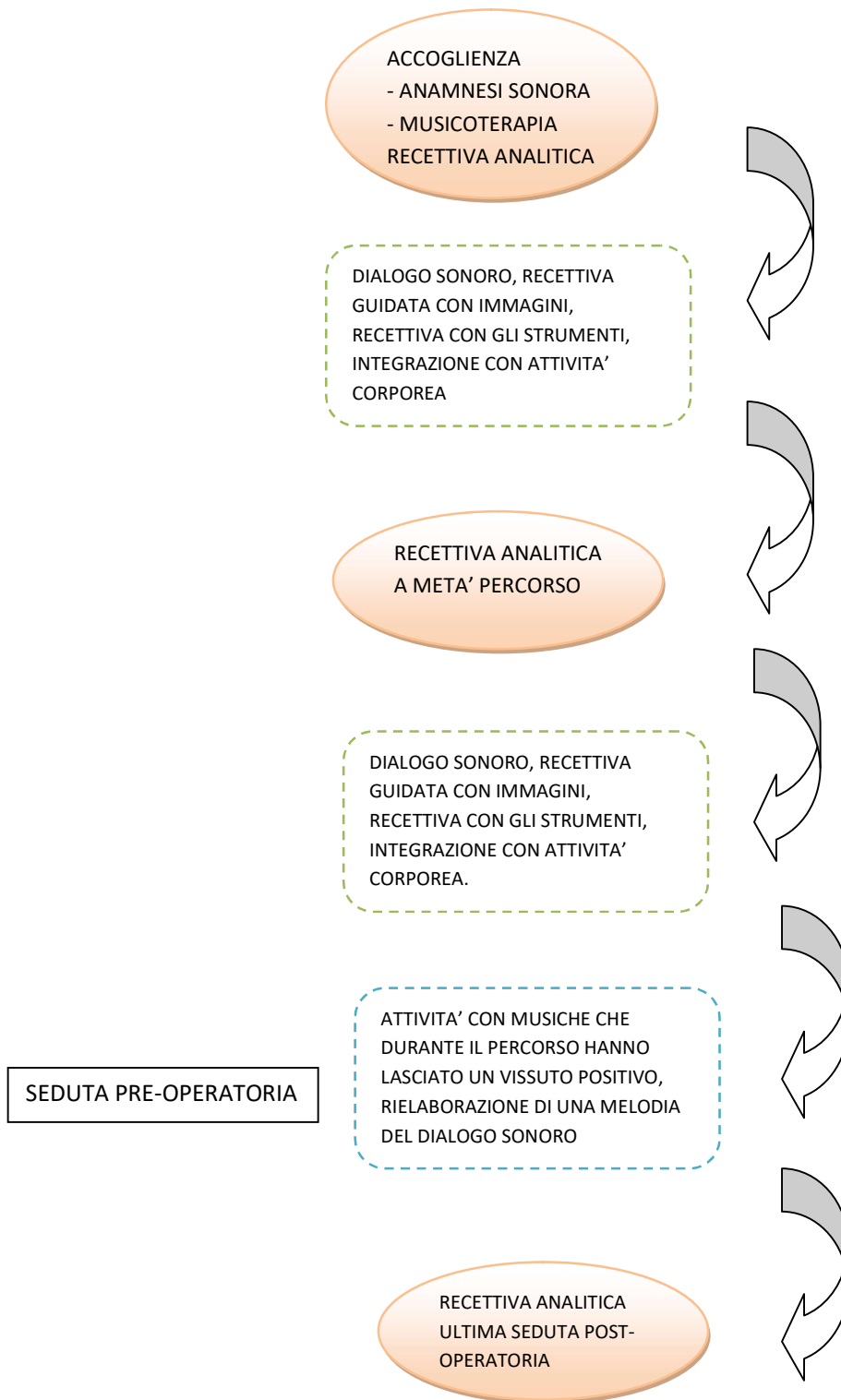
Il progetto di seguito descritto ha riscontrato un risultato positivo. Per tali motivi adesso è implementato e prosegue all'interno della struttura con altri pazienti.

CAPITOLO 5

IL PERCORSO IN SEDUTA INDIVIDUALE

PREMESSA

Ogni persona che accogliamo all'inizio di un percorso di musicoterapia deve meritare il giusto ascolto e accudimento. Nel caso dei pazienti oncologici siamo di fronte a casi delicati, dove la malattia, come già detto, investe la persona nella sua globalità. Nelle sedute di musicoterapia è importante la relazione che si stabilisce tra utente e terapeuta. Al fine di accogliere nel modo più delicato possibile la paziente oncologica e per tenere monitorato il suo percorso, si è pensato di iniziare, dopo l'anamnesi sonoro-musicale, dalla musicoterapia recettiva analitica. Questo ha consentito alla paziente di prendere confidenza, sondare il suo stato emotivo e iniziare a pensare alle sedute successive fatte di esperienze di improvvisazione e di recettiva integrata al movimento. Il percorso si è così strutturato in 10 incontri che hanno visto: incontro iniziale di musicoterapia recettiva analitica, con una scaletta esplorativa da parte del terapeuta e una di presentazione della paziente; attività di improvvisazione e movimento corporeo con l'ausilio di materiali quali stoffe, per esplorare le tematiche emerse durante la recettiva, attività di rilassamento e centratura; a metà percorso una seduta di musicoterapia recettiva analitica per verificare quanto è cambiato nelle tematiche emerse; di nuovo esperienze di musicoterapia attiva integrata al movimento; seduta pre-operatoria con rimandi di musiche che durante il percorso hanno dato un vissuto positivo corporeo; seduta conclusiva post operatoria con scaletta portata dalla paziente descrittiva del percorso fatto.



5.1 Il contesto biopsicosociale della paziente

E. è una donna sposata di 45 anni, ha una figlia di 7. Di professione genetista all'interno dello stesso ospedale nel quale è in cura, ha accettato di partecipare non solo alle sedute di musicoterapia, ma anche a tutte quelle attività dentro e fuori Amos che si sono rivelate di supporto nel suo percorso. Incontro E. all'inizio di aprile già in fase di chemioterapia mentre continua il suo lavoro e le sue attività in modo molto dinamico. All'interno del day hospital è anche molto collaborativa rispetto alle iniziative proposte. Durante il percorso di musicoterapia, deciderà di coinvolgere sua figlia in uno degli incontri.

Essendo persona di scienza, conosce molto bene le cause e i risvolti della malattia, per questo per lei la diagnosi arriva inaspettata.

Nel 2021 le viene diagnosticato un carcinoma mammario triplo negativo, che viene trattato con cicli di chemioterapia neoadiuvante della durata di sei mesi e successivamente viene effettuata l'operazione chirurgica. La risposta alla terapia è stata ottima, con nessun residuo di malattia. Si decide successivamente di procedere con la radioterapia.

5.2 Dall'anamnesi sonoro-musicale alla prima scaletta esplorativa

Il primo incontro avviene, come già accennato, mentre E. è in fase di chemioterapia e gli effetti collaterali sul fisico sono visibili. Questo momento viene dedicato all'anamnesi sonoro-musicale. Dopo una breve parte conoscitiva, nella quale la paziente racconta la sua storia biografica e clinica, si passa a conoscere la storia musicale, composta da tutti quei suoni, rumori, musiche che sono rimasti nella sua memoria musicale e che possono avere effetti positivi o di disturbo sull'umore e sulla psiche. Di seguito è riportato il modello utilizzato:

Progetto "Note rosa": Associazione Amici dell'oncologia del San Matteo

AMBITO DI INTERVENTO	Oncologia						
DATI ANAGRAFICI							
Nome			Cognome				
Età			Nazionalità				
Indirizzo			CAP			Città	
Recapito							
Professione			Titolo di studio				

STORIA CLINICA DEL PAZIENTE	
Diagnosi	
Terapia	
Note	

ANAMNESI SONORO-MUSICALE			
CONOSCENZE MUSICALI	SI	NO	
SE SI SPECIFICARE			
ASCOLTA VOLENTIERI MUSICA	SI	NO	
SE SI INDICARE I GENERI PREFERITI	- Classica - Pop - Cantanti italiani - Cantanti stranieri - Liturgica	- Rock - Folk - Etno - New Age - Metal	
Altro: Generi musicali non graditi:			
LE PIACE CANTARE	- Molto	- Abbastanza	- Poco - No
Se si quali brani o i brani di quali autori?			

Le piace cantare - Da solo - In gruppo (amici,altro) -In un coro -Altro:
--

QUALI STRUMENTI MUSICALI NON LE PIACCIONO:
EVENTUALI SUONI CHE RIFIUTA:

STORIA SONORO-MUSICALE PAZIENTE
PERIODO PRE-NATALE -La mamma ascoltava/suonava musica in gravidanza?
INFANZIA suoni ambiente casalingo, voci famigliari, della casa, scuola, amici, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli
ADOLESCENZA: ambiente sonoro casalingo, posto di studio, amici, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli
ETA' ADULTA: ambiente sonoro casalingo, lavoro, amici, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli
MOMENTO ATTUALE (prima e dopo l'intervento): ambiente casalingo, lavoro, amici, ambienti ospedalieri, eventuali suoni o rumori associati a eventi sgradevoli

Dalle risposte di E. sappiamo che ascolta volentieri musica e le piace cantare da sola. Non ha conoscenze musicali, le piacciono cantanti italiani, ma anche la musica inglese attuale. Tra ciò che preferisce c'è la musica italiana degli anni '80, Venditti, Elisa. Le piace anche il genere di Einaudi, Allevi, Frank Sinatra e la musica classica (genere preferito dal marito). Il suono del clarinetto le ricorda il nonno e tra i ricordi d'infanzia cita la lirica (suo fratello è un tenore), Callas, Villa, Battisti, Whitney Houston, Salvi (ricordo legato al nonno). Al momento ascolta di tutto.

E. si dimostra molto aperta nel raccontare il suo vissuto, sia biografico che musicale, e sembra essere molto ben disposta all'attività.

Propongo alla paziente per la prossima seduta l'ascolto di 4 brani con l'utilizzo della recettiva analitica. Si può chiedere al paziente di portare una scaletta per presentarsi, in questo caso E. chiede a me di portare delle musiche da ascoltare. La scelta di iniziare con la recettiva analitica è utile per cominciare a sondare lo stato emotivo della paziente. Il ruolo di raccontarsi è demandato alle musiche che fungono da intermediarie. Il paziente può esprimere verbalmente qualcosa rispetto a quello che ha ascoltato, in termini di vissuti o immagini sopravvenute, ma senza il peso di dover raccontare verbalmente se stesso, compito che viene simbolicamente assolto dai parametri musicali. La paziente ascolta i brani scegliendo di sdraiarsi per potersi rilassare, iniziando a fare un'esperienza del lettino dell'ospedale diversa, non più legata ad una visita, ma facente parte di un'esperienza creativa.

5.3 Uno degli strumenti del terapeuta: l'ascolto

Durante il primo colloquio e durante tutto il percorso è importante che il terapeuta si metta in ascolto del paziente. Tutto quello che verbalizzerà, ma anche e soprattutto tutto quello che passerà dal suo linguaggio non verbale e dai silenzi, saranno indicazioni preziose che aiuteranno il terapeuta nell'orientare il proprio lavoro. Per aiutarsi a tenere traccia di ciò che accade durante la seduta viene utilizzato lo strumento del *protocollo*. I fattori che possono influenzare l'andamento della relazione terapeutica e ciò che emerge durante una seduta sono molteplici, per questo motivo è fondamentale poter tracciare in modo scritto le manifestazioni significative. Di seguito un esempio di protocollo:

PROTOCOLLO SEDUTA

NOME

SEDUTA N°

DATA

DATI RIFERITI AL MUSICOTERAPISTA (PRIMA DELLA SEDUTA)

ORA ARRIVO:

TEMPO ATMOSFERICO:

COME STA IL CORPO:

IN CHE PARTE:

STATO D'ANIMO:

ALTRE ASSOCIAZIONI, IDEE SUONI, CANZONI, SILENZIO

SETTING

CARATTERISTICHE PARTICOLARI STUDIO:

GOS (NUMERO STRUMENTI:)

QUALI:

DISPOSIZIONE SPAZIALE

E' STATO AGGIUNTO UN NUOVO STRUMENTO, SUONO, CANZONE?

PERCHE'

E' STATO INSERITO UN ALTRO ELEMENTO?

PERCHE'

SONO STATE USATE MUSICHE REGISTRATE?

PERCHE'?

TIPO DI CONSEGNE

USO DELLO SPAZIO

USO DEL CORPO

USO DELLO SGUARDO

USO DEGLI STRUMENTI

ASSOCIAZIONI CORPORO-SONORO-MUSICALI

CONCLUSIONE DELLA SEDUTA

DATI RIFERITI AL MUSICOTERAPISTA (FINE SEDUTA)

STRATEGIA PER LA PROSSIMA SEDUTA

5.4 Dai parametri sonori alle tematiche emerse

Il primo brano che viene proposto è *“Guitarebambou” di René Aubry*: dalla verbalizzazione emerge il vissuto personale legato alla precedente esperienza di clown terapia condotta attivamente da lei, al mare e al suonare con sua figlia. Appare una dimensione di gioco, anche se l'intenzione di leggerezza viene contrastata dalle pause del brano, come a ricordare la difficoltà della situazione presente, con i pensieri di preoccupazione per la chemioterapia che arrivano alla mente e che lei stessa cerca di respingere.

Nel secondo brano di Mendelssohn *“Sonata per clarinetto e pianoforte, allegro moderato”* si passa ai ricordi legati all'infanzia nella dimensione familiare nella quale c'era un vissuto positivo. Anche da questo brano traspare comunque una dimensione di preoccupazione, legata ai pensieri di perdita. Inoltre Mozart viene associato ad una città e di conseguenza ad un suo ricordo spiacevole.

Il terzo brano *“Milpasos” di Soha*, attraverso il minore contribuisce nel far scendere giù la paziente, alla quale arrivano immagini legate ad una persona affetta da Alzheimer, dove ritorna il tema della perdita. Inoltre la paziente fa un'associazione tra la sua malattia e Audrey Hepburn, per lei icona di bellezza e affetta da cancro.

Il quarto brano proposto è stato *“La vie en rose” nella versione di Pablo Alboran*. I parametri di velocità andante e modo maggiore aprono ad una dimensione di rilassamento, dove la paziente esprime la necessità di ritrovare il bello nonostante le difficoltà. Il genere rimanda a vissuti piacevoli nella città parigina. Nell'inciso del pezzo racconta la sua possibilità di non pensare, nonostante i tanti pensieri venuti alla mente durante tutto l'ascolto della scaletta, che ha avuto la necessità di raccontare. Questo brano è stato associato alla sua foto in primo piano, appesa nel day hospital.



In generale traspare dalla paziente un momento di preoccupazione legato alla malattia, dove il tema della perdita riaffiora anche nei brani dove oggettivamente non dovrebbe emergere. Durante l'ascolto fluiscono molte immagini e pensieri, che lei racconta facendo associazioni continue.

Interessante osservare che l'ultimo brano le ricorda il Pianista sull'oceano, composizione che inserirà lei stessa a mesi di distanza nell'ultima seduta conclusiva.

Anche per la musicoterapia recettiva è utile utilizzare un modello di raccolta delle informazioni, che riguardano i parametri sonoro-musicali di ogni brano e la verbalizzazione che il paziente farà, per poter successivamente dare un rimando in relazione a quanto emerso.

5.5 La scaletta proposta dalla paziente: le tematiche emerse

Prima di iniziare le attività di musicoterapia attiva integrate al movimento corporeo, chiedo a E. di portarmi una scaletta di quattro brani che possa raccontarla. Mi propone una sequenza che parte dal primo brano ("Ciccio" Goggi. L.) che colloca nella sua infanzia, dove affiorano i ricordi legati a suo fratello e ai mangianastri, per poi passare al secondo brano ("I wanna dance with somebody" W. Houston) che utilizza per rappresentare la sua adolescenza. Alla fine del secondo ascolto manifesta commozione, descrivendo allo stesso tempo immagini di leggerezza, nostalgia ma il fatto di trovarsi nel presente. Il suo desiderio è poter tornare indietro.

Il terzo ("A sky full of stars" Coldplay) è il quarto ("Russians" Sting) brano descrivono la paziente dalla nascita della figlia fino a oggi. Ritornano le tematiche di paura rispetto alla malattia.

E. racconta la sua volontà di voler fare oggi tante esperienze nonostante la paura di pianificare. Sta facendo esperienza di molte cose e molte altre sono in programma. E' molto attiva e le sue giornate molto piene: la sua velocità di pensiero è molto elevata.

Da queste due sedute di recettiva emerge quindi per lei significativo il parametro della velocità, che sarà il tema sulla quale nel percorso lavoreremo. Stare con la velocità del pensiero nella velocità del corpo trovando la giusta armonia.

5.6 Il concetto di compensazione

Sicuramente quello che assume una grande importanza, una volta ricevuta la diagnosi di tumore, è il fattore tempo e la sua velocità, il suo ritmo. La notizia di essere affetto da tumore ha conseguenze su tutto ciò che riguarda la sfera della persona. Non è solo un grave problema fisico, verso il quale inizia la corsa alla terapia, ma anche la dimensione psicologica, sociale, familiare e lavorativa ne subiscono le conseguenze. Ogni persona è diversa, così come sono differenti diagnosi e contesti.

Come spiegato dalla Fondazione Veronesi⁴⁴ in generale si può assistere ad un tipo di risposta che, da una fase iniziale di shock, porta al momento della rabbia e alla conseguente ricerca delle informazioni che riguardano la malattia e le possibili cure. La persona è ora nella condizione di dover elaborare questo nuovo scenario in cui si colloca, con la probabilità di dover affrontare ansia, depressione e tristezza durante tutto il percorso.

Quando si reagisce in modo molto dinamico, iniziando a fare esperienza di molte attività, riempiendo la giornata di molti impegni, ci troviamo di fronte ad un tipo di psichismo che ha una reazione opposta alla depressione e che mette in atto delle difese per contrastarla.

Adler parlerebbe di processo di compensazione: *“Se nell’interazione organismo-ambiente l’equilibrio si altera a sfavore dell’organismo, questo reagisce mediante meccanismi di compensazione. Attraverso il Sistema Nervoso Centrale, la psiche, come parte dell’intero organismo, giocherà il suo ruolo nel processo di compensazione o di mantenimento dell’equilibrio”*(La psicologia individuale di Alfred Adler, pag.7).

Una volta osservata questa condizione si possono mettere in atto, attraverso la musicoterapia, una serie di esperienze che possono far sperimentare al paziente diversi tipi di velocità, sia di pensiero che fisica, per aiutarlo ad armonizzarsi e a far trovare il giusto spazio a ogni cosa. Nella corsa frenetica quotidiana, il paziente potrebbe “dimenticarsi” di essere “persona” e potrebbe perdere la cognizione del vero spazio di cui necessita e del giusto ritmo di cui ha bisogno, per vivere nel miglior equilibrio possibile la sua nuova realtà.

⁴⁴www.fondazioneveronesi.it

5.7 Il concetto di tempo: il tempo fisico, il tempo psichico, il tempo come parametro sonoro

Il concetto di tempo, la sua velocità e la percezione del suo scorrere appartengono alla soggettività della persona. Il nostro modo di vivere il tempo infatti viene influenzato dagli eventi quotidiani che accadono. A volte è percepito come molto lento, come qualcosa che non passa, altre volte sembra fuggire via.

Non sempre il nostro tempo psichico corre alla stessa velocità del nostro corpo. Può succedere che in momenti di angoscia, come quelli in cui ci si trova in una condizione di malattia, il tempo mentale cominci a correre, inondato da una grande quantità di pensieri, che oltrepassano il qui e ora dell'attività in cui ci troviamo. Lo spazio mentale si riempie e il fluire del tempo cronologico non corrisponde più a quello emotivo. Anche il tempo del nostro corpo ne risente. Non sempre l'organismo ha le risorse necessarie per correre dietro al tempo mentale.

Come spiegato nel testo "L'ascolto musicale come terapia" del Dott. Niccolò Cattich⁴⁵, il parametro sonoro della velocità viene associato al concetto di tempo. Nel tempo ritroviamo il susseguirsi degli eventi intervallati da pause nello spazio della battuta. Per analogia il tempo musicale viene associato alla velocità dello psichismo dell'ascoltatore. Come afferma Cattich *"il tono dell'umore è il principale responsabile della velocità psichica individuale"*.

Durante le sedute è stato interessante il poter far esperienza corporea del tempo. Attraverso dei brani che variavano per velocità e intensità la paziente ha fatto esperienza del "poter stare" con il proprio corpo nel tempo che cambiava. La musica evoca un fluire che cambia, simile al fluire dei pensieri che arrivano: la paziente ha vissuto l'idea del "Io sono il filo, io posso" e con l'attività corporea ha sperimentato il diverso fluire del tempo che arrivava per provare ad armonizzarsi. Nell'attività è stato fisicamente utilizzato un filo morbido come oggetto intermediario, capace di aiutare la paziente a visualizzare il tema trattato. Il filo viene fatto danzare, attorcigliare e sciogliere adeguandosi agli scenari musicali proposti, più o meno veloci, più o meno intensi, esattamente come mutano i pensieri della mente.

⁴⁵ Cattich N., L'ascolto musicale come terapia, Manuale di musicoterapia recettiva analitica, Blucarminio-Kiwi, 2022

5.8 Il suono e il silenzio come momento di espressioni delle emozioni

Durante le sedute è stata utilizzata come chiusura degli incontri l'improvvisazione musicale. Il dialogo sonoro avviene tra terapeuta e paziente attraverso l'utilizzo degli strumenti musicali, della voce, delle pause e dei silenzi. È un momento molto importante durante il quale la paziente si è sentita libera di esprimersi, non attraverso la parola, ma utilizzando dei suoni che ne facessero le veci. In ambulatorio medico il clima pensato per le visite, si trasforma in momento creativo e spazio individuale protetto:



Secondo l'esperienza fatta dalla paziente, l'improvvisazione appare utile per esternare delle emozioni senza il peso delle parole, senza "portare a casa quello che si dice".

Il tema del fluire sperimentato attraverso il tempo, si accentua di più durante il primo dialogo sonoro attraverso la scelta di due strumenti musicali: ocean drum e bastone della pioggia. Il suono della pioggia viene percepito come rilassante.

Non solo i suoni, ma anche i silenzi fanno parte di questo processo, visti più come pause, momenti per dirla come Benenzon senza i quali non potrebbe aver luogo neanche la musica: "L'arte di combinare i silenzi per realizzare i suoni" (Benenzon).

Durante le pause il musicoterapista lascia spazio al paziente, all'ascolto e alla sintonizzazione. Quello del silenzio è un momento importante e delicato, anche per il musicoterapista, che deve cercare di gestirlo per permettere alla persona di

ascoltarsi ed esprimersi, perché anche nella pausa c'è passaggio di comunicazione. Non esiste comunicazione senza silenzio (Benenzon, 2007).

5.9 Il mio respiro...al mio ritmo

Cercare di concentrarsi sul proprio ritmo fisiologico, accordarsi al ritmo del proprio respiro e ascoltare il battito del proprio cuore non è sempre facile.

Succede che il bisogno per i pazienti all'inizio sia questo: trovare il tempo, ascoltare il proprio tempo.

Durante tutto il percorso, all'inizio di ogni seduta si è rivelato fondamentale per E. fermarsi a prendere il suo spazio. Il lettino è stato un luogo simbolico di questo momento, sul quale poteva sdraiarsi ad ascoltare una musica, guidata anche dalle immagini rimandate dalla musicoterapista. In questa occasione aveva modo di provare a riarmonizzarsi per entrare più facilmente nelle attività successive del "qui ed ora" della seduta.

Anche il respiro è stato idealmente guidato, come elemento trasportatore della musica in tutto il corpo. L'esperienza ad occhi chiusi fatta con un tempo lento ha permesso alla paziente di concentrarsi sul proprio corpo.

In altri momenti insieme alla musica registrata, è stato utilizzato il bastone della pioggia vicino al corpo. Alcune frasi dette dalla paziente dopo le esperienze sono sembrate significative: "la musica lava via il veleno della chemio", "ho mangiato la musica".

Nella seduta pre-operatoria l'esperienza è stata fatta con l'utilizzo della campana tibetana. Lo strumento ha aiutato la paziente a rilassarsi, a respirare meglio ed è stata percepita come una carezza sonora.



5.10 La carezza nel corpo dopo la chemioterapia

Come abbiamo già visto precedentemente, il corpo subisce modificazioni interne a causa della presenza del tumore e degli effetti della chemioterapia, quest'ultima anche causa di modificazioni esteriori (come ad esempio l'alopecia, problemi alle unghie...). E' un corpo al quale dare il giusto sostegno e accudimento.

Partendo dall'attività citata nel paragrafo precedente, la paziente ha fatto esperienza della carezza interna del proprio corpo attraverso il respiro, come in una sorta di auto-accudimento. Conseguentemente è stato fatto passare un grande telo leggero su tutte le parti del corpo affinché ne avesse la percezione. Anche questa attività ha contribuito, a detta della paziente, ad aiutare il rilassamento.

La sensazione di carezza e cura è stata data anche utilizzando strumenti musicali vicino al corpo, come la campana tibetana o il bastone della pioggia, che sono stati percepiti attraverso le vibrazioni.

5.11 L'esperienza mamma-figlia

Un aspetto importante su cui la malattia ha delle ripercussioni è la vita familiare. Se elaborare la nuova situazione in cui si trova la persona è già difficile per la rete sociale di adulti che ha intorno, il tutto diventa ancor più delicato per i bambini.

Seppur piccoli, i figli dei pazienti devono avere la possibilità di comprendere che cosa sta accadendo, oltre a poter avere la possibilità di esprimere le proprie emozioni.

Su richiesta di E. abbiamo dedicato una seduta a delle esperienze da poter fare con sua figlia.

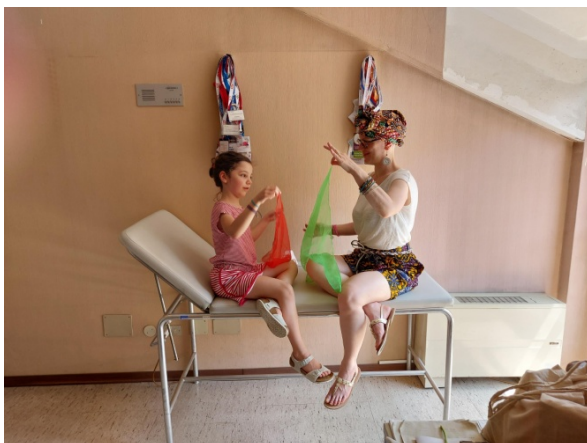
La prima attività è stata il riscaldamento corporeo:



Successivamente è stato dedicato un momento particolare tra mamma e figlia attraverso l'attività dello specchio con l'ascolto di una musica.

Inizialmente la bambina si è specchiata nella mamma proponendo gesti con l'ausilio del telo e successivamente i ruoli si sono invertiti. L'attività è proseguita senza i teli usando le mani. Le azioni proposte dalla mamma hanno riguardato attività quotidiane e gesti legati alla cura della persona (truccarsi, accarezzarsi, bere un caffè...) e giochi con la mimica facciale che ricordano l'attività di clown terapia dove la stessa paziente è stata conduttrice in passato.

La musica di sottofondo suggeriva questa dimensione di gioco, semplicità e leggerezza ("Nyandolo", AfricanLullaby- Ogaba). Le sonorità sono quelle del continente africano con timbriche dati da strumenti come mbira, kora, chitarre, flauti di bamboo e tamburi tipici. Già nella canzone c'è il richiamo alla famiglia, alla vita del villaggio, quindi alla quotidianità, da dove probabilmente ne sono derivati i gesti fatti da mamma e bambina. L'intento era proprio quello di dedicare loro uno spazio che riportasse ad una dimensione serena e di normalità.



Alla fine di questa attività mamma e figlia si sono dedicate all'improvvisazione musicale, per raccontare con i suoni il loro vissuto dell'attività precedente:



La seduta si è conclusa con una piccola esperienza di movimento, sempre con l'ausilio delle stoffe, per ridare leggerezza e gioco. La musica utilizzata è stata attivante.

5.12 Le stoffe: oggetto intermediario

Per oggetto intermediario si intende un elemento in grado di agevolare lo scambio di energie corpo-sonoro-musicali. La funzione di questo oggetto è favorire la comunicazione. Genericamente viene chiamato intermediario, ma assume significati e terminologie diverse a seconda della funzione con cui viene utilizzato diventando: oggetto difensivo, sperimentale, incistato, catartico o integratore.⁴⁶

Oltre agli strumenti musicali, all'interno delle sedute di questa esperienza di musicoterapia, troviamo spesso la presenza di altri elementi come le stoffe colorate. Le stoffe sono di diverso spessore e grandezza, dai teli più piccoli e trasparenti a quelli più grandi e spessi in raso. La scelta di utilizzare le stoffe inizialmente è nata dal pensiero che un paziente oncologico potesse essere particolarmente sensibile verso il proprio corpo. In generale durante le attività di movimento corporeo si tiene sempre conto della bolla personale della persona che si ha di fronte, tenendo sempre presente che non tutti tollerano la vicinanza, e che questa condizione possa essere amplificata in persone affette da una malattia fisica che aggredisce il corpo.

La stoffa sembra il giusto compromesso per poter svolgere attività legate al movimento, dove la comunicazione tra terapeuta e paziente è demandata a questo oggetto.

Inizialmente, prima delle stoffe, è stato utilizzato un filo morbido. Simbolicamente il filo si può accorciare arrotolandolo o allungare. Il filo, uno per il musicoterapeuta e uno per la paziente, è stato fatto "danzare" consentendo di sperimentare le giuste distanze. Nel momento in cui la paziente si è sentita a suo agio, si è stabilita una comunicazione più vicina, dove paziente e terapeuta tenevano l'estremità di uno stesso filo.

Questo oggetto è stato il primo contatto carico di significato, tanto che la paziente ha voluto tenerlo per farne un braccialetto.

Una volta stabilita una prima relazione di fiducia, si è passati all'utilizzo delle stoffe, che presentano una superficie più ampia del filo, consentendo così un contatto maggiore. Le stoffe sono state utilizzate non solo nelle attività di movimento e riscaldamento corporeo, ma anche come oggetto intermediario che fungesse da carezza per il corpo.

Soprattutto in questo caso hanno svolto una funzione fondamentale: attraversare tutto il corpo, passando anche sulle parti malate. La verbalizzazione della paziente è stata positiva, l'attività ha favorito il rilassamento.

⁴⁶ R. Benenzon, *La parte dimenticata della personalità*, Borla, 2007

Le stoffe sono state utilizzate anche in alcuni momenti di musicoterapia recettiva. Dopo l'ascolto è stato chiesto alla paziente di esprimere attraverso l'uso grafico delle stoffe il proprio vissuto rispetto all'esperienza di ascolto. Questo ha permesso di facilitare la verbalizzazione successiva:



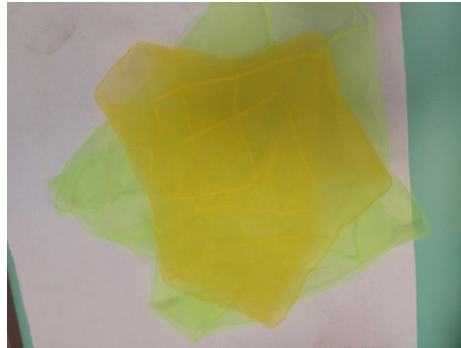
5.13 La scaletta a metà percorso: come cambiano i temi

Come ideato all'inizio delle sedute, dopo metà percorso, è stata dedicata una seduta alla musicoterapia recettiva analitica, chiedendo alla paziente di portare una scaletta che la potesse rappresentare in quel momento.

L'obiettivo era verificare se ci fossero state modifiche nelle tematiche portate all'inizio dalla paziente. Ricordiamo che inizialmente l'attenzione era focalizzata sulla paura della malattia e sulle eventuali tragiche conseguenze.

I brani portati hanno rimandato a temi che riguardano la voglia di semplicità, di freschezza e di possibilità di presentarsi per come si è. La difficoltà che si riscontra riguarda la società e la complessità dei rapporti sociali. Il bisogno che traspare è quello di non puntare sull'apparenza, vedendo nelle persone l'uso continuo di una maschera. Questo tema è affine alla condizione di chi vede il proprio corpo modificarsi esteriormente, dalla quale nasce sovente la difficoltà di esporsi al giudizio delle persone, le quali manifestano in alcune situazioni paura e disagio. Dalla condizione personale, di presa di coscienza che ciò che conta è l'essenzialità e non l'esteriorità, il pensiero si allarga ai meccanismi sociali in cui viviamo. Nonostante ciò dall'elaborazione fatta con le stoffe, compare un diamante. Questo sarà un momento significativo per la paziente, rispetto al

rimando “il diamante non si scalfisce mai”, essendo il materiale più resistente al mondo. E. fa sua questa immagine, che porterà dentro e verbalizzerà nei mesi a seguire, come a ricordare la sua forza interna nonostante le difficoltà incontrate. L'utilizzo delle stoffe in questa situazione è servito ad aiutare la verbalizzazione, dove le parole hanno lasciato posto ad un altro materiale artistico.



Rispetto alla scaletta proposta inizialmente dalla paziente, in questo caso abbiamo un cambiamento sulle tematiche emerse. Sembra esserci una sorta di rasserenamento, dove le paure per le conseguenze più tragiche non sono emerse. Quello che ne esce è un bisogno di freschezza e semplicità, togliendo tutte le sovrastrutture. E' chiara la situazione in cui la paziente si trova, ma l'ottica è quella della “crescita personale”, anche intesa in senso universale.

5.14 La seduta pre-operatoria

I giorni che precedono l'operazione diventano momenti carichi di tensione. La preoccupazione per ciò che succederà e l'incertezza dei risultati invadono i pensieri della persona. Si ripensa a tutto il percorso, costellato di difficoltà anche rispetto alle terapie effettuate. Per questo motivo anche la seduta di musicoterapia che precede questo momento assume un'importanza fondamentale. Bisogna aiutare la paziente a mantenere il tono dell'umore alto, facendo in modo che da quest'ultima seduta ne esca motivata, senza che nessun pensiero affiorato continui a turbarla fuori dal setting. Questa è comunque una regola generale della musicoterapia: è importante che uscendo dal setting la persona non sia turbata da eventuali pensieri emersi. Nel caso di pazienti

oncologici questa condizione è ancora più importante, soprattutto se precede il momento cruciale dell'operazione.

La teoria per questa seduta è stata quella di far riascoltare alla paziente quelle musiche che, durante il percorso di musicoterapia, le hanno dato beneficio.

Nasce così l'idea di riprendere una registrazione di dialogo sonoro, nello specifico quello fatto con sua figlia, la cui melodia risuona come una ninna nanna e di riarrangiarlo per renderlo fruibile alla paziente anche fuori dal setting. Il brano contiene la voce della terapeuta con la melodia di quel dialogo, contornata dall'uso di quegli strumenti musicali che per la paziente sono sembrati significativi: nello specifico un ruolo importante lo ha avuto il bastone della pioggia.

Il brano composto è stato il primo fatto ascoltare durante la seduta alla paziente. La musica fa rivivere l'esperienza fatta da E. consentendole di poter dire "l'ho affrontata bene, con forza". Tutti i vissuti corporei sono richiamati alla mente da questo brano, che viene visto come un regalo, come qualcosa di personale da poter portare via.

Il brano, intitolato "Water", è stato riascoltato più volte nei giorni successivi, ed è servito da sostegno e contenimento anche appena prima dell'operazione.

Le esperienze successive in questa seduta, hanno avuto l'obiettivo di contenere, offrire carezza interna ed esterna e caricare il copro, con l'immagine di essere pronto.

Una musica lenta ha fatto concentrare la paziente sul suo respiro, accompagnandolo in flussi di carezza interna, regolarizzando il ritmo ("Montania" Calma Interiore"). La parte strumentale degli archi di fondo sostiene e contiene. Alla fine del brano è stata utilizzata la campana tibetana vicino al corpo per far beneficiare delle vibrazioni. Il brano seguente più attivante, per riportarla alla presenza del qui e ora, è stato utilizzato insieme al telo. La terapeuta ha amplificato la sensazione di carezza sul corpo della paziente ("Simple and graceful").

Per concludere la seduta in modo attivante, facendo convogliare in modo positivo la commozione suscitata in precedenza e cercando di mantenere lo stato di benessere, abbiamo utilizzato una musica che desse carica, per prendere consapevolezza della presenza del proprio corpo nel qui e ora.

Il brano conclusivo "A tetebarrée" (Bruno Coulais) è un brano che ha un'intensità che cresce. Il ritmo dei tamburi preparano qualcosa e l'intensità che si apre è sottolineata anche dalla voce solista, che non usa parole ma una sorta di urlo liberatorio. Nella verbalizzazione infatti arrivano immagini di guerrieri pronti alla battaglia. Simbolicamente la battaglia che la paziente si prepara ad affrontare.

Anche in questo caso è stato dato uno stimolo corporeo con il telo.

L'esperienza è stata definita nel complesso piacevole, con un rimando allo scenario orientale, in questo caso gradito alla paziente.

5.15 Chiusura del percorso di Musicoterapia con la recettiva

L'ultima seduta della paziente è stata dedicata alla musicoterapia recettiva analitica. E' stato chiesto a E. di portare 4 brani che descrivessero il suo percorso dall'inizio delle sedute fino a dopo l'operazione.

Il primo brano presentato è "Experience" di Einaudi. L'idea di questo brano ha rimandato alle montagne russe, nella corsa delle quali incastrare i pensieri legati alla malattia. Il susseguirsi di ottavi e sedicesimi contribuiscono all'idea di questa dinamicità che sale e scende.

Il secondo brano è "La leggenda del pianista sull'oceano" di Morricone, inizialmente anche menzionato in una verbalizzazione nelle prima recettiva.

Il brano partendo lentamente con un bordone di archi si apre piano con l'inserimento di soli brevi di pianoforte e clarinetto. Si apre ancora centralmente con violini e trombe con maestosità. E' stato definito potente, associato al momento della terapia e al "devo farcela".

Il terzo brano proposto è stato "Haveyouseen the stars tonight" (Jefferson), e contiene già nel titolo un tema che appartiene alla paziente: la passione per le stelle. Il brano è caratterizzato dal timbro del pianoforte e della chitarra. Le voci maschili risultano non invasive. La struttura è semplice e prevedibile. I temi associati sono stati l'apertura verso le stelle e la freschezza. Il momento in cui simbolicamente si colloca questa canzone è durante l'esame istologico, in cui si scopre di essersi "guadagnata la vita" potendo continuare "ad ammirare le stelle".

L'ultimo brano proposto "The crisis" di Morricone chiude il percorso che rappresenta la paziente secondo quello che sente. E' il momento attuale, del qui e ora, caratterizzato da una leggerezza data dai risultati positivi rispetto alla terapia e all'operazione, ma dall'altra parte una preoccupazione per il distacco dai percorsi e dall'attività di musicoterapia che fino a questo momento sono stati di sostegno. Inoltre c'è la presa di coscienza di non sentirsi come prima, in rapporto ad una realtà esterna degli altri che non è cambiata. E' la nota dissonante presente in tutto il pezzo che rappresenta il senso di questo brano per la paziente. All'interno della melodia c'è qualcosa di imperfetto che accompagna, ma che assume un significato importante. Da problema iniziale, diventerà occasione di crescita personale, così come nel brano la nota viene in

qualche modo ammorbidita dall'ingresso degli altri strumenti, rendendo la melodia unica.

“Non sei fregato veramente finché hai da parte una buona storia, e qualcuno a cui raccontarla.” (A. Baricco, Novecento)

In questo caso la seduta non si è conclusa solo con i brani di recettiva portati dalla paziente, ma il bisogno è stato di ricevere un brano conclusivo da parte della terapeuta. La scelta è caduta su “Trasformation” (The Cinematic Orchestra). Il tema della crescita personale e della trasformazione, emerso durante la seduta e riassuntivo del percorso, è racchiuso non solo nel titolo del brano ma anche nell'andamento, nella dinamicità degli strumenti e nella crescita della musica: “Namasté” è stata la verbalizzazione accompagnata da commozione.

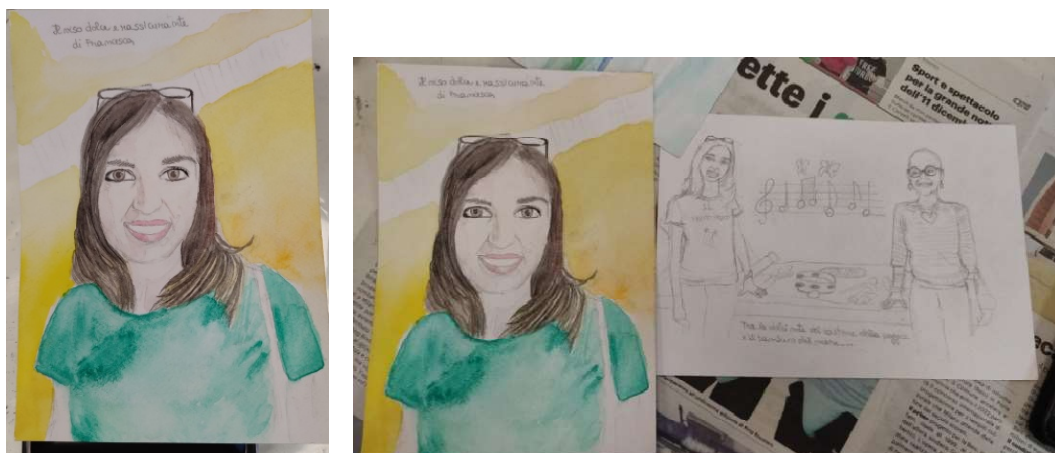
5.16 Il paziente fuori dalla seduta

Anche durante i giorni tra una seduta e l'altra la paziente ha sentito il bisogno di inviare foto di attività in cui la vedevano impegnata, come un ulteriore rimando al vissuto in seduta. Dai dipinti con gli acquarelli e le poesie, ai corsi di trucco, passando per le esperienze nella natura a lei care, fino agli audio dei suoni della pioggia e del canto degli uccellini.





Inoltre E. ha dipinto con acquarello un momento con la terapeuta e un ritratto di quest'ultima



Ciò che è arrivato fuori dal setting è stato ripresentato in seduta con i suoni di alcuni strumenti, come il bastone della pioggia e l'oceandrum. Anche alcuni brani fatti ascoltare rimandavano a quella dimensione di natura rilassante. Con il passare del tempo anche esperienze fatte all'interno della seduta sono state un rimando esterno rappresentato da foto o audio.

La persona talvolta necessita di contenimento anche fuori, come a non voler spezzare quel filo che lega terapeuta e paziente.

5.17 La musica continua...



Cosa è rimasto dell'esperienza fatta? Nonostante il percorso di musicoterapia fosse finito, E. ha trovato contenimento e supporto negli strumenti che l'hanno accompagnata durante le sedute. Nella foto si vede E. all'interno della radioterapia, durante l'ultimo ciclo. In mano uno degli strumenti utilizzati: la campana tibetana. Lo stesso strumento la accompagnerà durante altre esperienze all'interno della natura che per piacere personale farà, riprendendosi la bellezza del tempo.

Lo strumento musicale ha avuto un po' la funzione ad uso "farmaco", venendo in aiuto emotivo ad E., che attraverso il suono di qualcosa di piacevole, di già sperimentato, la accompagna nei momenti per lei importanti.

La stessa funzione l'aveva avuta "Water", il brano composto per lei, di cui si è trattato in precedenza, anch'esso nato all'interno di un'improvvisazione musicale. Cullante e rasserenante per E., lo ha ascoltato fuori dalle sedute nei momenti ad alto carico emotivo, per trovare la giusta serenità ma anche la giusta carica. Lo ha ascoltato prima dell'operazione e prima di un evento che ha visto il suo percorso protagonista all'interno di un convegno.

L'obiettivo del percorso musicoterapico vuole essere anche questo: riscoprire la propria sonorità, vivere esperienze piacevoli che possano essere fruite anche al di fuori delle sedute e alla fine del percorso, per ritrovare equilibrio e benessere.

5.18 Conclusioni rispetto al percorso in seduta individuale

Il percorso di E. ha avuto una durata di 10 sedute. La struttura ideale pensata si è rivelata ottimale per la gestione di questa paziente e può essere tenuta in considerazione per l'utilizzo con tutti i pazienti, adattandolo alle varie esigenze. Un approccio delicato con l'aiuto dell'anamnesi sonoro-musicale e l'inizio discreto attraverso la recettiva analitica, hanno permesso di far entrare piano piano la paziente nell'ottica di uno spazio terapeutico diverso da quello medico, ma presente nella stessa struttura ambulatoriale. Inoltre ha consentito di stabilire l'inizio di quel legame di fiducia con la musicoterapista, fondamentale per tutto il percorso.

Dalla recettiva sono arrivati i primi temi, bisogni e paure della paziente, affrontati successivamente con la musicoterapia attiva integrata anche al movimento corporeo. Il lavoro sul tempo, sul ritmo e sullo spazio personale, fisico e psichico, è stato affrontato con gradualità, accompagnando la paziente nel rilassamento corporeo e nell'innalzamento del tono dell'umore, che le attività artistiche possono aiutare a raggiungere attingendo dalle risorse interne e lavorando sulle parti sane.

L'utilizzo degli strumenti ha permesso di dare espressione sonora ad alcuni bisogni, come quello di "lavare via la chemioterapia" e "far scorrere", che con il timbro del bastone della pioggia si è riusciti a dar voce. Questi suoni sono rimasti nel vissuto quotidiano di E., dai quali ha saputo ritrovare contenimento, ad esempio osservando la pioggia fuori dalla finestra, ritrovando quel senso di vissuto rasserenante avuto durante le sedute.

La musicoterapia recettiva analitica inoltre, utilizzata anche a metà percorso e alla fine, ha permesso di monitorare, trasformare e fissare le tematiche e le emozioni emerse.

Trasformare è stato un passaggio chiave: la paziente ha verbalizzato di essere riuscita a "normalizzare la malattia", che non vuol dire dimenticarsene, ma riuscire ad integrarla all'interno del quotidiano, potendo destinare le sue energie, non solo più ad un pensiero drammatico, ma alle attività che fanno parte della sua vita.

Le emozioni che la paziente ha sperimentato sono state tante, tra queste un importante vissuto:

"Sembra strano a dirsi, ma mi sono divertita in oncologia" cit. E.

"Mi dimentico di essere malata" cit. E.

CAPITOLO 6

MUSICOTERAPIA RECETTIVA IN FILODIFFUSIONE

6.1 Lo spazio del day hospital: la musica già presente e l'idea di un nuovo progetto

All'interno degli ambienti del DH è già presente l'idea di trasmettere la musica ai pazienti che attendono di essere visitati o che sono in fase di somministrazione del farmaco. Nello specifico la struttura è dotata di un sistema di filodiffusione, attraverso il quale vengono trasmesse le canzoni che passano in radio.

Dopo aver iniziato le sedute individuali con la paziente e fatto esperienza della musicoterapia recettiva, è nata l'idea di strutturare delle playlist composte da musiche caratterizzate da parametri sonori scelti, che potessero essere trasmesse in filodiffusione ai pazienti al fine di rendere l'esperienza di ascolto di per sé terapeutica. L'obiettivo è aiutare il paziente a far allontanare la tensione e i pensieri legati al momento della visita e della chemioterapia, utilizzando la musica come strumento di distrazione.

6.2 Cosa pensa il paziente: l'intervista

Per comprendere l'utilità o meno dell'utilizzo della musica all'interno del day hospital, è stato chiesto ai pazienti di rispondere ad una breve intervista.

<i>PROGETTO MUSICA IN DAY HOSPITAL PER AMOS - AMICI DELL'ONCOLOGIA DEL SAN MATTEO</i>	
GENTILE PAZIENTE AIUTACI SE HAI VOGLIA A SCEGLIERE LA MUSICA MIGLIORE DA ASCOLTARE IN DAY HOSPITAL COMPILANDO CON PICCOLE INFORMAZIONI! GRAZIE!	
ETA':	SESSO: F M
IL TITOLO DI DUE BRANI CHE TI PIACEREBBE ASCOLTARE IN DAY HOSPITAL DURANTE L'ATTESA	1 - 2 -

Le fa piacere ascoltare musica in day hospital?	
---	--

Dalle risposte ricevute, sappiamo che in generale fa piacere ascoltare musica, anche durante la terapia. Per alcuni pazienti è un modo per alleviare la tensione e trovare la tranquillità.

Per quel che riguarda le preferenze rispetto al genere, possiamo osservare una grande varietà di risposte. Il fattore che sembra influenzare questo parametro sembra essere l'età, la provenienza geografica e alle volte il proprio rapporto personale con la musica, sia in termini di fruizione che come materia conosciuta. L'età dei pazienti intervistati va dai 41 agli 84 anni.

La ricerca non vuole essere chiaramente esaustiva, ma è un primo approccio per avere un'idea generale dell'opinione che hanno i pazienti sulla presenza della musica in ospedale.

Ciò che rimane importante è l'idea data dai pazienti sull'importanza di avere come sottofondo uno strumento che possa aiutare a contenere e sostenere.

L'intervista è avvenuta nella zona di ingresso che funge da filtro, dove il paziente si presenta al personale per poi essere indirizzato negli ambulatori. Già la sola possibilità di partecipare ad un'intervista che riguardava qualcosa di creativo, ha per un attimo fatto cambiare l'espressione dei pazienti, distogliendo l'attenzione da quello che stavano andando ad affrontare. In qualche occasione è capitato che dei pazienti tornassero dopo l'intervista proponendo ulteriori idee e commenti, come se la proposta li avesse coinvolti attivamente e avesse offerto qualcosa di alternativo a cui pensare.

6.3 Le playlist e i rimandi

La prima playlist proposta è stata l'occasione per sondare la percezione dei pazienti e per capire che una stessa musica, ascoltata da persone che si trovano ad affrontare il cancro, è percepita in modo molto diverso da chi non si trova in questa condizione.

La playlist 1 è composta da 16 brani, nessuno in lingua italiana, per una durata complessiva di 57 minuti.

Ogni 3 brani in cui è presente la voce, sono state inserite 2 o 3 musiche solo strumentali. L'idea dell'inserimento di brani strumentali è stata pensata per non

appesantire troppo con la presenza della voce, intervallando con qualcosa di più tranquillo.

Brani Playlist 1:

Sunrise – Nora Jones

Put your records on –Corinne Bailey Rae

Breathe – Midge Ure

Sweet child o’mine – The Piano Guys

Over the rainbow/ Simple Gift – The Piano Guys

Misread – King of Convenience

Rome wasn’t built in a day – Morcheeba

Budapest – George Ezra

Everything – Michael Bublé

Salento – René Aubry

Jazz Piano – Gangi, Dado

Little things – Berenguer

Gloria –The Lumineers

It’s a beautiful day – Bublé

Feeling better – Ayane

Vibrations – MaeJi-Yoon

Dai pazienti, nonostante la presenza di brani attivanti, è arrivata la percezione di una scaletta pesante, che porta in una dimensione di rilassamento e di riflessione, in cui non volevano stare, al contrario il loro bisogno era di sostegno e attivazione.

La seconda playlist ha come obiettivo proprio questo: non essere troppo rilassante, attivare e al tempo stesso non risultare psicologicamente invasiva. Teniamo sempre presente infatti che ci troviamo di fronte a persone in sofferenza fisica e che la condizione dell’organismo può variare. Quello che vuole essere uno strumento di distrazione come la musica, non deve diventare di disturbo.

La playlist 2 è composta da 13 canzoni italiane e straniere, della durata complessiva di 49 minuti. I brani sono tutti cantati e l’ordine prevede dopo canzoni molto attivanti la presenza di un brano con parametri sonori più tranquilli.

Playlist 2:

Patapata – Mono Version

Ikolko – J. Wellington – S. Jam

Let's twist again – Checker
 I'myours – J Mraz
 Ragazzo fortunate – Jovanotti
 Jerusalema – Master KG, Nomcebo
 All night long – L. Richie
 We are family – Sister Sledge
 Viva la mamma – Bennato
 Hey, soul sister – Train
 Summer nights – Travolta, Newton-John
 Bella – Jovanotti
 Raindrops keep fallin' on my head – B.J. Thom

Contestualmente all'ascolto di questa scaletta, è stato chiesto ad alcuni pazienti di rispondere ad un breve questionario:

GENTILE UTENTE SE LE FA PIACERE CI PIACEREBBE UN SUO PARERE SULL'UTILIZZO DELLA MUSICA IN SALA D'ASPETTO O DURANTE LA TERAPIA.										
DI SEGUITO TROVA UN BREVE QUESTIONARIO DOVE POTER ESPRIMERE IL PROPRIO PARERE.										
IN FONDO TROVA ANCHE UNO SPAZIO LIBERO QUALORA VOLESSE ESPRIMERE LIBERAMENTE CIO' CHE LE E' VENUTO IN MENTE (IMMAGINI, SENSAZIONI...)										
GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE!										
<u>PER OGNI ITEM ESPRIMI UN PUNTEGGIO DA 1 A 10</u>										
<u>VISSUTO DEL PAZIENTE</u>										
PIACEVOLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FASTIDIOSO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIOSO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SOLLEVATO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
INDIFFERENTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>COME STA IL CORPO</u>										
RILASSATO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TESO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>SE TESO IN QUALE PARTE</u>										
<u>SPAZIO LIBERO PER EVENTUALE IMMAGINE/PAROLA VENUTA IN MENTE O CONSIDERAZIONI</u>										

Per quanto riguarda il vissuto il punteggio dato alla voce piacevole è tra 7 e 10, in un solo caso 6. Nessuno ha avuto un vissuto fastidioso, ansioso o indifferente.

Per quanto riguarda il corpo nessuno lo ha sentito teso. Solo un paziente ha dato punteggio 6 in rilassato.

Alcuni pazienti hanno lasciato dei commenti nello spazio libero:

“La musica con volume adeguato serve alla mente e al corpo, anche per soprassedere a pensieri negativi legati alla patologia e alla terapia”

“Utilizzo della musica: relax, può solo che sollevare e tranquillizzare nelle attese nel reparto”

“Compagnia”

Anche questa esperienza non vuole essere esaustiva, ma solo una piccola indagine fatta con i pazienti del DH. Non a tutti gli utenti è stato somministrato il questionario. La scelta è stata fatta contestualmente osservando la disponibilità in termini di condizioni fisiche. Qualcuno si è presentato all’ingresso visibilmente affaticato, per questo si è deciso di non voler essere invasivi.

Alla fine dell’esperienza ciò che ne deduciamo è la difficoltà di selezionare le musiche, in quanto risulta difficile mettersi nella situazione dei pazienti soprattutto rispetto alla loro condizione fisica.

Nonostante ciò l’esperienza è stata molto positiva, suggerendo che ci sono i presupposti per poter potenziare l’idea di questo progetto. In un ottica futura sarebbe interessante predisporre una postazione con playlist studiate e dalle quali i pazienti possano anche selezionare singoli brani.

Nel frattempo è già un risultato osservare i pazienti tamburellare con le dita o tenere il tempo con il piede in sala d’aspetto.

CONCLUSIONI SUL PROGETTO E IL CONVEGNO “I COLORI DELLA CURA –NUOVE SFUMATURE DELL’ONCOLOGIA

Entrambe le esperienze, individuale e in filodiffusione, sono state positive. Entrare in ambito clinico vuol dire confrontarsi con la scienza, per questo motivo le metodologie utilizzate e i presupposti scientifici sono fondamentali per un buon esito del percorso musicoterapico.

Questo è stato un primo inizio dell’utilizzo della musicoterapia all’interno del DH Oncologia del San Matteo di Pavia, che ha avuto un seguito anche dopo l’esperienza di tirocinio. Grazie alla collaborazione di Amos – Amici dell’oncologia del San Matteo e del Tempo Magico, mi è stata data la possibilità di proseguire con altri pazienti.

Il DH oncologia del San Matteo crede in queste iniziative di aiuto alle cure mediche, per accogliere il paziente in tutti i suoi aspetti. Tanto è vero che questo progetto, insieme ad altre attività promosse da Amos, è stato presentato durante il convegno tenutosi nell’aula dell’Università degli studi di Pavia, intitolato “I colori della cura – Nuove sfumature dell’oncologia”.

Oncologi, psiconcologi, nutrizionisti, chinesologa, musicoterapista e chef stellato. Professionisti e attività diverse accumulate da un unico obiettivo: il benessere del paziente, la centralità della persona, tema chiave di questa tesi riassumibile nel termine di biopsicosociale.

Siamo sempre più consapevoli che oltre alle cure mediche ci sia la necessità di altri spazi che possano aiutare il paziente nella dieta, quando la chemio causa mucosite, rivedendo il tutto in chiave creativa con l’aiuto di uno chef. L’aspetto fisico, estetico in termini di bellezza e salutare in termini di movimento, anche qui con attività creative che non affaticano. L’esperienza della socialità, con attività di lana terapia e angoli relax. Il supporto psicologico rivolto anche ai bambini attraverso strumenti di gioco. Non ultima, la musicoterapia per dare distrazione, spazio, contenimento ed espressione alle emozioni, un luogo del tempo ritrovato.

Un altro elemento comune a tutte le figure professionali e su cui si è lavorato in questo progetto è il tempo. Il tempo corre dopo questa diagnosi e il tempo delle diverse sfere che compongono l’individuo è diverso, per questo si cerca di lavorare in sinergia tra paziente e professionista, e tra professionisti dei vari ambiti, per cercare di armonizzarlo.

La speranza è che queste esperienze siano sempre più accessibili a tutti, non solo nel campo dell’oncologia.

RINGRAZIAMENTI

Tutto questo percorso è stato possibile grazie ad una serie di persone che hanno supportato l'attività. L'associazione Amos nella persona di Beatrice e la Dott.ssa Teresa Monaco, sono state le prime ad aprire le porte alla musicoterapia, organizzando gli spazi del dh affinché si potessero effettuare le sedute. Con loro l'equipe medica, gli oncologi e il Direttore dell'oncologia Dott. Pedrazzoli, che costantemente appoggiano nuove iniziative.

Il Tempo Magico e il Centro Studi Artile, per la formazione teorica, clinica, psicologica, nonché il supporto durante il percorso.

Dopo l'accoglienza da parte del dh, le porte della musicoterapia iniziano ad aprirsi anche ad altre realtà..nuove esperienze avranno inizio!



Bibliografia

- P. Cerlati, F. Crivelli, Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative, prendersi cura dell'altro con uno sguardo sistemico- complesso, FRANCOANGELI/Sanità, 2015
- Heinz. L. e Rowena R. Ansbacher, La Psicologia Individuale di Alfred Adler, ed. Psycho –G. Martinelli, Firenze 1997
- N. Cattich, G. Saglio, L'OLTRE E L'ALTRO, arte come terapia, Priuli e Verlucca, 2010
- Maffessoli M. (1996), Eloge de la raisonsensible, Le Livre de Poche, Paris (trad. it.: Elogio della ragione sensibile, Seam, Fornello, 2000), pag.158
- Galimberti U. (1983), Il corpo, Feltrinelli, Milano, pag.55
- C. David Tallison. La gestione del dolore cronico, guida per il paziente, Cittadella Editrice
- DAVID LE BRETON, Antropologia del dolore(1995), trad. it. di R. Capovin, Meltemi, Sesto San Giovanni, 2016.
- DAVID LE BRETON, Esperienze del dolore. Fra distruzione e rinascita, (2010), trad. it. di M. Gregorio, Raffaello Cortina, Milano, 2014
- Montinaro A., "Musica e cervello", Mito e Scienza , Zecchini editore, 2017
- R. Volmat, L'artPhychopatologique, Presses Universitaires De France
- R. Federico, Dalla danza alla danza terapia – introduzione alla DMT, Associazione Rocco Federico Onlus, 2017
- R. Benenzon, La parte dimenticata della personalità, Borla, 2007
- Kenneth E. Bruscia, Modelli di improvvisazione in musicoterapia, Ismez, Gli Architetti, 2001

Sitografia

<https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>

<https://www.treccani.it/vocabolario/riduzionismo/>

S. Freud, 1928:488, citato in spiweb.it

<https://www.treccani.it/vocabolario/dolore/>

lasp-pain.org

https://www.treccani.it/enciclopedia/dolore_%28Dizionario-di-Medicina%29/

<https://musicaterapia.s3-external-3.amazonaws.com/26-Musica-e-terapia.pdf>

[coffee.net/2018/11/21/musicoterapia-storia-viaggio/#:~:text=Nel XIX secolo la musica viene utilizzata come,a fare i primi studi ufficiali sulla musicoterapia.](https://coffee.net/2018/11/21/musicoterapia-storia-viaggio/#:~:text=Nel%20XIX%20secolo%20la%20musica%20viene%20utilizzata%20come%20a%20fare%20i%20primi%20studi%20ufficiali%20sulla%20musicoterapia.)

<https://www.airc.it/news/stress-psicologico-legato-al-tumore-da-cosa-dipende-e-come-affrontarlo-2103>

Wisesociety.it

Sanità24.ilsole24ore.com

<https://www.fondazioneric.org/terapie-complementari-cardiologia/>

<https://it.gariwo.net/editoriali/giacomo-rizzolatti-i-neuroni-specchio-e-l-empatia-18939.html>

www.fondazioneveronesi.it

csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/07/Lopez-Incontro-fra-neuroscienze-e-musica-Quacp-2007-144-190-2.pdf

<https://www.stateofmind.it/2022/03/plasticita-cerebrale-adulti/>