



musica&terapia

numero

26

direttore editoriale

Gerardo Manarolo

comitato di redazione

Claudio Bonanomi
Massimo Borghesi
Ferruccio Demaestri
Bruno Foti
Alfredo Raglio
Andrea Ricciotti

segreteria di redazione

Ferruccio Demaestri

comitato scientifico

Rolando O. Benenzon
Università San Salvador, Buenos Aires, Argentina

Michele Biasutti
Università di Padova

Leslie Bunt
Università di Bristol, Gran Bretagna

Giovanni Del Puente
Sezione di Musicoterapia, Università di Genova

Franco Giberti
Psichiatra, Psicoanalista, Università di Genova

Edith Lecourt
Università Parigi V, Sorbonne, Francia

Luisa Lopez
Fondazione Mariani, Milano

Giandomenico Montinari
Psichiatra, Psicoterapeuta, Genova

Pier Luigi Postacchini
*Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile,
Psicoterapeuta, Bologna*

Oskar Schindler
Ordinario di Foniatria, Università di Torino

Frauke Schwaiblmair
*Istituto di Pediatria Sociale e Medicina Infantile,
Università di Monaco, Germania*

segreteria di redazione

Ferruccio Demaestri
Corso Don Orione 7
15052 Casalnoceto (AL)
tel. 347 8423620

indice

numero 26

Cosmopolis s.n.c.

Corso Peschiera 320
10139 Torino
011 710209

L'abbonamento a
Musica&Terapia è di
Euro 20,00 (2 numeri).
L'importo può essere
versato sul c.c.p. 47371257
intestato a
Cosmopolis s.n.c.,
specificando la causale
di versamento e
l'anno di riferimento

grafica ed impaginazione
Alessia Massari - Genova

Editoriale	1
Introduzione al tema: la musicoterapia in oncologia <i>Andrea Perdichizzi</i>	2
Musicoterapia in oncologia: studio quanti-qualitativo in ambito ospedaliero <i>Alberto Malfatti, Davide Ferrari, Giovanna Ferrandes</i>	12
Musicoterapia in oncologia un caso clinico <i>Andrea Perdichizzi</i>	24
Efficacia del trattamento musicoterapico in pazienti con esiti di intervento per neoplasia mammaria <i>Concetta Laurentaci, Wanda Cifarelli</i>	32
Musica per diminuire il distress e per rafforzare le strategie di coping <i>Guido Antoniotti</i>	38
Musicoterapia in hospice per il malato e i familiari <i>Mariagrazia Baroni</i>	46
Recensioni	54
Notiziario	57
Articoli pubblicati sui numeri precedenti	58

editoriale

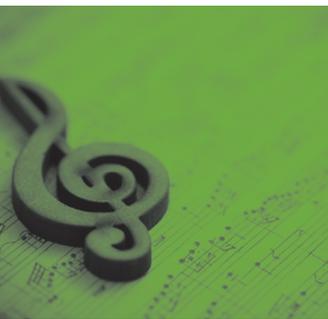
Il n. 26 di Musica et Terapia è interamente dedicato alle applicazioni in ambito oncologico. In esso sono contenute gran parte delle relazioni presentate nel corso del Convegno Musicoterapia in Oncologia tenutosi a Biella il 22/09/12, organizzato dalla Fondazione Edo e Elvo Tempia con il Coordinamento Scientifico di Paolo Cerlati.

Il primo articolo, a firma di Andrea Perdichizzi, offre una panoramica internazionale ed italiana sullo stato dell'arte. A seguire Alberto Malfatti, Davide Ferrari e Giovanna Ferrandes presentano un'indagine quali-quantitativa, condotta presso l'U.O.C. di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'A.O.U. "S. Martino" di Genova, finalizzata ad evidenziare le possibili modificazioni dei livelli di Alessitimia, ansia e depressione in pazienti oncologici partecipanti ad un trattamento musicoterapico. Nel contributo successivo Andrea Perdichizzi presenta un caso clinico, seguito presso il laboratorio di musicoterapia della Fondazione Edo e Elvo Tempia, con

l'obiettivo di analizzare gli effetti a breve e a lungo termine sulla qualità di vita. Il gruppo di lavoro dell'U.O. Fisiatria P.O. di Matera (Laurentaci, Cifarelli) descrive uno studio che ha cercato di valutare i positivi effetti della musicoterapia (in particolare sull'ansia) su un gruppo di pazienti sottoposte a trattamento chirurgico per neoplasia mammaria.

Nell'articolo che segue Guido Antoniotti, musicoterapista presso la Fondazione Edo e Elvo Tempia, presenta una ricerca volta a valutare le ricadute delle sedute di musicoterapia su un gruppo di pazienti, monitorando i seguenti parametri: tensione/agitazione; tono dell'umore; dolore fisico. A concludere Mariagrazia Baroni descrive la propria esperienza nell'ambito delle cure palliative, presso l'hospice di Reggio Emilia e di Fidenza, sottolineando l'importante ruolo che l'approccio musicoterapico può rivestire in tali contesti.

Gerardo Manarolo



INTRODUZIONE AL TEMA: LA MUSICOTERAPIA IN ONCOLOGIA

Andrea Perdichizzi

Psicologo, musicoterapista, musicista, Novara

Is Music Therapy capable of improving the quality of life of patients with cancer? Medical Literature is trying to answer this question, in order to give a scientific foundation to Music Therapy in Oncology. Italy lags behind the other countries, however the result of research from abroad is likely to confirm the hypothesis that Music Therapy can increase the physical, psychological and spiritual well-being of those patients. In the following introduction the topic will be the role played by Music Therapy in affecting and decreasing the amount of perceived pain suffered by cancer patients. Finally we will analyse the situation of the scientific research in Italy by illustrating the work of Mariagrazia Baroni, Laura Gamba, Mariangela Macorigli, Piera Bagnus and Silvia Genestreti.

La musicoterapia può contribuire a migliorare la qualità della vita di pazienti affetti da un tumore? La letteratura sta tentando di rispondere a questa domanda per dare un fondamento scientifico alla disciplina musicoterapica in ambito oncologico. Da questo punto di vista il nostro Paese è ancora indietro, ma i risultati delle ricerche provenienti dall'estero sembrano confermare l'ipotesi che la musicoterapia possa incrementare il benessere fisico, psicologico e spirituale di questi pazienti. Gli articoli presenti in questo numero della rivista si inseriscono di fatto all'interno di una disciplina terapeutica che racchiude tutti quegli interventi di tipo psicologico e psicoterapeutico oggi impiegati con il paziente neoplastico, la psiconcologia. Con questo termine si fa riferimento all'insieme delle competenze cliniche e di ricerca aventi come area principale di interesse la dimensione psicologica del cancro, in una prospettiva psicosociale (che ha sviluppato linee di ricerca sulle risposte psicologiche alla malattia e alle terapie da parte del paziente, dei familiari e dell'équipe curante) e in una prospettiva psicobiologica (che ha studiato l'influenza dei fattori psicologici e comportamentali sul rischio di malattia e sulla sopravvivenza dei pazienti) (Dolbeault et al., 1999; Holland, 1992). La psiconcologia si pone dunque come interfaccia tra le discipline oncologiche e quelle psicologico-psichiatriche, per focalizzarsi su quattro settori specifici d'intervento sul paziente (Grassi et al., 1999), ovvero: la prevenzione e la diagnosi precoce, la valutazione della morbilità psicosociale in oncologia e la sua prevenzione, gli interventi

Si rende necessario un approccio multidimensionale, che tenga conto anche dei bisogni psicologici, spirituali e sociali

psiconcologici, la formazione. In una review effettuata da Marta Gianotti e Paola Bonomini, riportata in un capitolo (La musicoterapia in ambito oncologico e nelle cure palliative Parte III) di "Musicoterapia e Scientificità" (Raglio, 2008), le autrici compiono una selezione scientifica accurata dei più significativi interventi psiconcologici di tipo musicoterapico svolti in ambito oncologico, negli Stati Uniti e in Canada fra il 2001 e il 2004. Prima di addentrarmi nei dettagli della recente ricerca del 2010 che vorrei presentare in questa introduzione per dimostrare come la musicoterapia stia riscuotendo ampio successo clinico in ambito oncologico, rimando quindi il lettore interessato ad approfondire i dettagli e la storia della ricerca scientifica della musicoterapia in oncologia al capitolo sopra citato.

Quando il dolore si manifesta come una condizione imposta dalla malattia alla realtà della vita quotidiana di un essere umano, esso è aggravato dallo stato di fragilità psicologica del paziente e coinvolge tutte le dimensioni della persona, non soltanto quella somatica. In queste condizioni si parla di dolore totale e "appare chiaro che esso non possa essere affrontato con la sola terapia farmacologica" (Lora Aprile et al., 2010). Si rende necessario un approccio multidimensionale, che tenga conto anche dei bisogni psicologici, spirituali e sociali, che devono essere considerati con attenzione e affrontati contemporaneamente alla cura del dolore fisico. A questo proposito, per verificare l'efficacia sedativa dell'ascolto musicale sul dolore provocato dal cancro è stato effettuato

uno studio randomizzato controllato (RCT) in due grandi centri ospedalieri di Kaoshiung City, nel sud di Taiwan in collaborazione con i ricercatori della Case Western Reserve University di Cleveland, Ohio (Huang, Good, Zauszniewski, 2010). Dallo screening di 482 pazienti ricoverati nei reparti di oncologia, cure palliative, unità per il recupero respiratorio e gastrointestinale, sono stati selezionati maschi o femmine (maggioresi) con una diagnosi di cancro che riportassero un livello di dolore percepito maggiore o uguale a 3 su una scala da 1 a 10, di lingua cinese o taiwanese, capaci di dare il proprio consenso riguardo la partecipazione alla ricerca. Coloro che nel mese precedente avessero dovuto affrontare un intervento chirurgico sono stati esclusi dall'indagine. Del campione di 187 pazienti ricavato in questo modo, 129 ha dato il proprio consenso alla ricerca, portando ad un campione finale composto da 126 pazienti oncologici, di cui 62 randomizzati al gruppo sperimentale (sottoposto alla musicoterapia recettiva) e 64 al gruppo di controllo¹. L'età del campione è compresa fra 18 e 85 anni, ma in particolar modo si concentra nell'intervallo 54 ± 13 anni. La maggior parte dei pazienti è di sesso maschile (70%), sposata (75%) e disoccupata (83%), quasi tutti (n=116,92%) senza una formazione scolastica superiore. Nessuna particolare differenza è stata riscontrata fra i due gruppi di ricerca per quanto riguarda età, genere, altezza, peso, stato civile, religione o istruzione, solo il livello di disoccupazione era significativamente più alto nel gruppo di controllo. Quasi metà dei pazienti aveva un

cancro alla testa o al collo (41%), una quinta parte del campione un cancro gastrointestinale (20%) e in percentuale minore varie forme di cancro ematologico, genitourinario, ai polmoni o alle ossa. Più della metà dei pazienti si trovava al IV stadio del tumore (54%), mentre quasi due terzi del campione (64%) aveva un cancro metastatico.

L'utilizzo di un programma statistico di analisi della varianza a più variabili (MANOVA) ha dimostrato

che non ci sono differenze significative nei risultati prima o dopo il test sul dolore percepito dai pazienti affetti da diverse tipologie di tumore maligno. La musica rilassante utilizzata nel gruppo sperimentale (quattro audiocassette di cui due contenenti musica buddhista e folk taiwanese selezionato da una ricercatrice taiwanese, e due contenenti musica americana per arpa e pianoforte selezionata da una ricercatrice americana) era caratterizzata da una importante componente melodica, con un BPM compreso fra 60 e 80 (da adagio ma non troppo ad andante), volume ed intonazione controllati. I partecipanti hanno ascoltato la musica con gli auricolari per ottenere una maggiore concentrazione e per evitare che la musica potesse disturbare qualcuno. Prima di cominciare con la fruizione vera e propria, ogni partecipante è stato invitato ad ascoltare un breve nastro introduttivo e a scegliere il tipo di musica che pensava lo avrebbe rilassato o distratto meglio: il 71% (n=89) ha scelto musica orientale [in particolare la preferenza maggiore ha riguardato i canti popolari di Taiwan (43%) e la musica buddhista (28%)], e solo il 29% (n=37) ha scelto musica occidentale. Un nastro della musica scelta è stato utilizzato per l'intervento nel gruppo sperimentale e dato al gruppo di controllo dopo trenta minuti di riposo. Nel corso della sperimentazione sono state misurate in primo luogo le caratteristiche di intensità del dolore provocato dal cancro (minima, massima e media percepita nelle

ultime 24 ore), gli analgesici somministrati ed in circolo al momento della prova, la tipologia di risposte alla musica e le variabili

demografiche. Il grado di dolore è stato misurato utilizzando le scale VAS per le due componenti di dolore percepito (sensation) e angoscia (distress), con due linee orizzontali di 100mm che riportavano all'estremità sinistra il

Sulla base dei risultati ottenuti, gli autori hanno concluso che la musica può essere molto utile ad alleviare le sofferenze dei pazienti affetti da cancro ed è scevra da effetti collaterali

valore più basso di dolore o stress percepito e a destra quello peggiore, relativo al dolore più forte e alla situazione più angosciante che si possa immaginare. L'intervento farmacologico con analgesici oppiacei è stato monitorato per escludere eventuali interferenti con gli effetti della medicina sugli effetti della musicoterapia. A questo proposito è stato registrato il nome e la frequenza di somministrazione dei farmaci oppioidi, il dosaggio e se fossero stati assunti dal paziente in un intervallo di tempo che comprendesse anche il test musicoterapico. Per concludere è stato chiesto ad entrambi i gruppi di commentare la loro esperienza riguardo la fruizione musicale e se cantano o hanno mai cantato in un coro, se suonano o hanno mai suonato uno strumento. Esclusivamente al gruppo sperimentale, invece, è stata somministrata un'intervista sull'efficacia della musicoterapia in psiconcologia: le domande si sono riferite all'utilizzo della musica come sollievo dal dolore provocato dal cancro (come forma di rilassamento o distrazione, entrambe o nessuna), a quanto la musica possa essere utile ad alleviare il dolore (pochissimo, poco, moderatamente, molto), alla simpatia per la musica selezionata dai ricercatori (bassa, discreta, moderata, alta) e se durante la fruizione la musica ha portato il paziente ad addormentarsi (sì/no). Le varie soglie del dolore sono state misurate con una scala numerica orale (ONS) da 1 a 10 ed inserite nella seguente categorizzazione: lieve (3-4),

moderata (5-6), grave (7-10) (Serlin et al., 1995). I risultati hanno rivelato che nelle ultime 24 ore il valore medio del dolore massimo percepito era di $8,44 \pm 1,34$ e variava nel range da 5 a 10 unità sulla ONS, mentre il valore medio della soglia più bassa di dolore percepito era di $2,46 \pm 1,85$ e variava da 0 a 8 sulla stessa scala. La maggioranza dei partecipanti ($n=76$, 60%) aveva degli oppiacei in circolo durante la fruizione musicale o mentre riposava a letto, ma i t-Tests avrebbero dimostrato la non presenza di differenze significative fra i gruppi nell'intensità di dolore percepita come massima o minima, né fra coloro che avevano assunto oppiacei e coloro che non lo avevano fatto. Dopo la prova di trenta minuti, il valore medio dell'intensità più bassa di dolore percepito e dell'angoscia nel gruppo sperimentale è lieve (28-31 mm), ma nel gruppo di controllo resta moderato (49-50 mm). La correlazione è alta tra percezione del dolore pre-test e post-test ($r=0,69$, $p<.001$) e angoscia ($r=0,71$, $p<.001$), così i test preliminari sono stati utilizzati come covarianti. Sebbene nessun partecipante avesse mai avuto particolari esperienze dirette di tipo musicale nel suo passato (il 97% dichiara di non aver mai cantato in un coro o suonato uno strumento), dopo trenta minuti di ascolto musicale la maggior parte dei pazienti appartenenti al gruppo sperimentale (65%) riferisce di aver utilizzato la musica sia per rilassarsi che per distrarsi dal dolore provocato dal cancro. Quasi metà del gruppo (43%) considera la musica da moderatamente a molto utile per alleviare il dolore e si addormenta (46%), mentre quasi tutti i componenti del gruppo (92%) giudicano soddisfacente le scelte musicali dei ricercatori. T-tests esplorativi hanno evidenziato che non vi è alcuna differenza significativa di dolore post-test tra coloro che hanno ascoltato musica americana e coloro che invece hanno scelto la musica di Taiwan. La possibilità di scegliere cosa ascoltare e l'opportunità di selezionare musica familiare e culturalmente appropriata si è quindi rivelato un elemento chiave per il successo della ricerca. I benefici dell'ascolto musicale sono stati correlati con il dolore percepito ($r=-.73$, $p<.001$) e con

l'angoscia ($r=-.29$, $p=.01$), confermando la validità convergente della VAS sul dolore percepito e differenziandola dalla VAS sull'angoscia. Se l'ipotesi era quella che i pazienti appartenenti al gruppo sperimentale avessero nel post-test dei valori riferiti al dolore percepito e all'angoscia inferiori rispetto al gruppo di controllo, allora l'ipotesi è stata fortemente supportata da questa ricerca. Utilizzando il programma statistico MANCOVA si è potuto rilevare un livello di dolore percepito e di angoscia significativamente più basso nel gruppo soggetto alla musicoterapia recettiva rispetto al gruppo di controllo ($p<.001$). Per studiare le dimensioni dell'effetto musicoterapico sui pazienti sono stati utilizzati principalmente tre metodi: nel primo, si è calcolato il valore statistico della d di Cohen (Cohen, 1988) secondo la formula $d=(M_c-M_m)/SD$ che in questo caso è uguale a 0.64 per il dolore percepito e 0.70 per l'angoscia, e l'autrice ha interpretato questi risultati come indicativi del fatto che la musicoterapia può essere un efficace analgesico non invasivo e privo di controindicazioni; nel secondo, è stata confrontata fra i gruppi la riduzione percentuale delle componenti relative al dolore seguendo la formula $(M_c-M_m)/M_c$ e si è notato come il gruppo sperimentale abbia ottenuto dei punteggi in percentuale più bassi del 37% per il dolore percepito e del 44% per l'angoscia rispetto al gruppo di controllo, con una media di 1.5 unità in meno nella scala 0-10; nel terzo, il significato clinico dei risultati ottenuti è stato espresso nei termini di number needed to treat (NNT), ovvero il numero di pazienti che è necessario sottoporre al trattamento per ottenere da uno solo di essi un sollievo del 50% rispetto a quello che non avrebbero ottenuto se non si fossero sottoposti al trattamento musicoterapico, ed in questo caso il 42% del gruppo sperimentale (26/62) ha ottenuto un abbassamento della soglia di dolore $\geq 50\%$ con un valore di NNT uguale a 3, mentre nel gruppo di controllo questo è avvenuto solo nell'8% del sottocampione (5/64). Sulla base dei risultati ottenuti, gli autori hanno concluso che la musica può essere

molto utile ad alleviare le sofferenze dei pazienti affetti da cancro ed è scevra da effetti collaterali (Huang, Good, Zauszniewski, 2010). Nella stessa direzione va anche uno studio su musicoterapia e assistenza spirituale nei pazienti sottoposti a cure palliative, ritenuti strumenti importanti, con la psicoterapia, in un approccio olistico al problema della complessa sofferenza del malato oncologico terminale (Renz et al., 2005).

Per quanto riguarda il nostro Paese, attualmente la letteratura scientifica italiana non presenta molte ricerche ufficiali riguardo l'impiego della musicoterapia in ambito oncologico, tuttavia mi sembra doveroso fare una carrellata di quelle che sono state, da qualche anno a questa parte, le esperienze di diversi musicoterapisti italiani impegnati a lavorare in questo ambito clinico. A questo proposito la R.aVi, associazione a sostegno delle donne colpite da cancro al seno, nata a Torino il 19 dicembre del 2000, ha recentemente pubblicato gli atti del convegno di musicoterapia² tenutosi il 29 ottobre 2010 presso l'Ospedale Molinette, ed in particolare l'intervento in cui la musicoterapista Silvia Genestreti ha descritto l'esperienza di musicoterapia vissuta con le donne dell'associazione. Il laboratorio - Il femminile attraverso corpo, sogno e creatività - ha visto l'elemento sonoro-musicale intrecciarsi alternativamente con la pratica artistica, con l'ascolto del corpo e con il ricorso al mito e ai sogni. Il lavoro musicoterapico proposto alle donne ha alternato momenti dedicati all'ascolto musicale e alle tecniche di improvvisazione strumentale e/o vocale proposte dalla musicoterapista. L'invito all'ascolto musicale è stato offerto come sottofondo (scelto dalla conduttrice o dal gruppo, per attività di espressione corporea o danza, per accompagnare gruppi di arteterapia o proiezioni video con immagini femminili), come sequenze sonore scelte dalla musicoterapista (con criteri specifici e sovrapponibili a diversi stati d'animo), o come musica del cuore (ad ogni partecipante è stato chiesto di portare con sé

ed offrire al gruppo la propria musica preferita, legata a pensieri ed emozioni particolarmente importanti). Questo tipo di ascolto ha permesso la condivisione di una dimensione intima all'interno del gruppo, che col tempo ha acquisito una solida valenza relazionale, favorendo così la costruzione di processi d'integrazione interspichica ed intrapsichica. Per quanto riguarda invece l'improvvisazione strumentale/vocale, questa ha consentito alle partecipanti di esplorare differenti modalità di condivisione e di libera espressione delle proprie potenzialità comunicative e creative, attivando dei meccanismi catartici e rilassanti in una dimensione di non giudizio estetico o prestazionale. Secondo Silvia Genestreti "l'espressione della dimensione creativa ha come finalità generale quella di sviluppare, nella persona, una maggiore consapevolezza della propria parte sana e di liberarla dalla limitazione di un concetto di malattia completamente racchiuso in una situazione di sofferenza ed emarginazione".

Sempre in Piemonte, presso il Centro Residenziale di Cure Palliative "Hospice di Busca", nel dicembre del 1999 ha preso il via un progetto di musicoterapia recettiva individuale condotto dalla Dott.ssa Piera Bagnus, consulente musicoterapista per l'ASL 15 di Cuneo. Le sedute di musicoterapia hanno avuto cadenza bisettimanale, durata variabile compresa fra 30 e 50 minuti, in relazione alle condizioni cliniche generali del paziente e si sono articolate nei tre momenti di contatto, ascolto e verbalizzazione. Secondo Piera Bagnus (2006) "la finalità ultima di ogni intervento di musicoterapia è la promozione del benessere dell'individuo in termini di armonia ed equilibrio fra le sue varie componenti; per i pazienti dell'hospice significa perseguire obiettivi di prevenzione terziaria, attinente la stabilizzazione di complicanze della malattia già in atto e tendente al miglioramento delle condotte emotive della persona, al fine di recuperare un'accettabile qualità di vita". L'approccio musicoterapico, necessariamente individuale perché centrato sul paziente,

prende le mosse dalla valutazione dei bisogni emergenti, da un'anamnesi musicoterapica e dalla stesura di un bilancio psicomusicale, per concretizzarsi nella stesura di un progetto in cui vengono stabiliti precisi obiettivi, modalità organizzative e criteri di valutazione (Bagnus, 2006). Nell'articolo "Musicoterapia in Hospice, musicoterapia e cure palliative" pubblicato sul

Manuale di Musicoterapia di Gerardo Manarolo (Manarolo, 2006) la musicoterapista cuneese descrive le prime dieci sedute di musicoterapia recettiva con un paziente di 60 anni affetto da tumore alla prostata. Nel momento in cui la scelta di particolari strutture musicali si è rivelata congruente con l'identità sonoro-musicale del paziente, quindi adatte ad interagire con la sua struttura psicologica, il percorso insieme alla musicoterapista ha reso possibile la comunicazione di pensieri ed emozioni difficilmente verbalizzabili, come quelle collegate alla paura e alla morte. La scheda compilata prima ed al termine di ogni seduta ha mostrato il passaggio da uno stato di preoccupazione e tristezza ad una condizione di maggiore serenità e soddisfazione. Gli strumenti di valutazione impiegati hanno inoltre rilevato un miglioramento nell'espressione dei sentimenti e delle emozioni legate al nucleo familiare, la riduzione dell'ansia, il superamento della paura di morire e di molti momenti di tristezza, permettendo al paziente di orientare l'attenzione e l'interesse verso pensieri diversi dalla malattia (Bagnus, 2006). Il monitoraggio dell'ansia e della depressione ha riferito un progressivo incremento della quantità/qualità del sonno e del riposo, il verificarsi di sogni sempre meno angoscianti (ma piuttosto con un lieto fine), minore frequenza di stati di ansia/tristezza/bisogno di piangere, maggiore calma interiore e capacità di distrarsi (Bagnus, 2006). Il paziente ha infine ritenuto il percorso effettuato un fattore fondamentale nel miglioramento della sua qualità di vita e la moglie ha valutato in modo

La finalità ultima di ogni intervento di musicoterapia è la promozione del benessere

positivo gli effetti dell'intervento musicoterapico sulla famiglia (Bagnus, 2006).

Nel gennaio del 2008, sul diciassettesimo numero della rivista "Musica et Terapia", esce un articolo dal titolo "Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica", scritto da Mariangela Macorigh, musicista e musicoterapista

che nel 2006 ha proposto al reparto di oncologia pediatrica di Udine un intervento musicoterapico caratterizzato dall'impiego di modalità comunicative non verbali che, rivalutando le parti sane del bambino malato, avrebbe potuto sviluppare canali relazionali ed espressivi privilegiati. Il campione era composto da 5 bambine (dai 6 ai 13 anni) con esperienza di malattia oncologica in terapia di mantenimento dopo aver superato una fase critica, in seguito alla quale due bambine riportavano un deficit uditivo, una evidenziava un ritardo nello sviluppo psicointellettuale, mentre le altre due bambine erano in evidente sovrappeso per le cure mediche attualmente in corso; le funzioni fondamentali non erano compromesse (Macorigh, 2008). Le sedute, della durata di circa un'ora, si sono tenute a cadenza settimanale e hanno previsto: esplorazione ed improvvisazione con strumenti musicali (15 minuti), ascolto delle musiche proposte (10 minuti) dalla musicoterapista e dai bambini, sollecitazioni motorie e danze con movimenti semplici e guidati (10 minuti), canto e verbalizzazione (10/15 minuti), spunti di carattere creativo (disegni, invenzione di storie, makeup e acconciature da abbinare a costumi confezionati con la carta crespata). Durante gli incontri collettivi di musicoterapia "il desiderio di comunicare ed il movimento, assieme all'utilizzo degli strumenti musicali, diventano mezzo di contatto sensoriale (tatto, vista, udito, olfatto) ed affettivo (socializzazione, integrazione, accettazione dell'altro, rispetto delle regole); gli strumenti musicali, inoltre, (di facile manipolazione anche senza abilità

preacquisite) diventano un pretesto per sperimentare nuove sonorità, nuovi materiali e varie combinazioni timbriche” (Macorigh, 2008). Le sedute sono state condotte sempre in maniera dinamica e piena di vitalità, con ricche stimolazioni e sollecitazioni, sempre in forma ludica e mai imposta. Tutte le bambine hanno dimostrato di potersi riappropriare del proprio corpo, muovendosi in maniera disinvolta e divertendosi all’interno del gruppo, esplorando il suono di strumenti musicali nuovi e della loro voce, scoprendo di essere in possesso di abilità espressive e motorie fino a quel momento sconosciute. L’esigenza più sentita è quella del reinserimento in una rete di amicizie e di attività che, pur non centrate sul raggiungimento di obiettivi cognitivi, restituiscano al bambino fiducia in se stesso ed opportunità di divertirsi e di esprimersi liberamente. La musicoterapia si colloca quindi nell’ambito della prevenzione e produce, anche se indirettamente, beneficio alle figure genitoriali, in particolare alle mamme che generalmente portano con sé il maggiore carico organizzativo ed emotivo della situazione familiare. “L’azione della musica, quindi, proposta secondo modalità diverse (musicoterapia, animazione musicale), può costituire una parte importante dell’esperienza umana, una raffinata e potente espressione dell’interiorità e della vita, uno strumento di cura, ma soprattutto una forma di comunicazione, di scambio e di relazione” (Macorigh, 2008).

Nella primavera del 2009 “La Rivista Italiana di Cure Palliative” pubblica un articolo scritto dalla musicista e musicoterapista Mariagrazia Baroni che riporta una sintesi qualitativa degli interventi musicoterapici svolti fra il 2003 e il 2008 presso l’hospice “Casa Madonna dell’Uliveto” di Albinea, comune in provincia di Reggio Emilia. In cinque anni di attivazione del servizio i pazienti oncologici inviati alla musicoterapia sono stati complessivamente 290, di età compresa fra i 33 e i 91 anni: 218 hanno preso parte ai percorsi di musicoterapia, i rimanenti 72, dopo un incontro di conoscenza

e valutazione, non hanno proseguito causa repentino aggravamento delle condizioni cliniche, difficoltà a partecipare o disinteresse. Tra i partecipanti 99 (il 45,4 %) sono stati dimessi, 119 (il 54,6 %) sono deceduti in hospice. Il criterio principale di esclusione/ sospensione dall’attività musicoterapica ha fatto riferimento alla gravità delle condizioni cliniche del paziente in ingresso o ad un eventuale aggravarsi delle stesse durante la degenza. Anche la tendenza ad una eccessiva loquacità, unita ad una eccessiva difficoltà ad affidarsi alla comunicazione non verbale, sono condizioni che hanno comportato l’esclusione dalla partecipazione a sedute di musicoterapia. Non sono stati considerati motivi di esclusione le condizioni di confusione, lieve agitazione, il deterioramento cognitivo, né sono state previste limitazioni rispetto all’età. Le sedute si sono svolte nella camera del malato, quando non era possibile spostarsi, o nella sala della musica, dotata di un pianoforte e di strumenti musicali di differenti caratteristiche e dimensioni, oltre ad un impianto audio per l’ascolto. Gli incontri sono stati di tipo individuale con la presenza di familiari, se gradita al malato e se interessati. La durata delle sedute è variabile, da un minimo di 30 ad un massimo di 50 minuti, in base alla disponibilità e alla reale possibilità del malato a partecipare. Considerando l’evoluzione clinica dei malati oncologici in fase avanzata di malattia, che da una seduta all’altra può manifestare cambiamenti sostanziali, è necessaria flessibilità nella conduzione dell’incontro e una concezione delle sedute in sé complete, pur mantenendo aperta, quando possibile, l’opportunità di proseguire il percorso. Come afferma l’autrice di questo articolo, grazie alla musicoterapia “il tono dell’umore si modifica, il corpo si rilassa dalle tensioni, la mente si distrae dai pensieri pesanti, la persona dimentica il dolore, che coinvolge fisico e psiche, e ha accesso ad una visione di sé altra dal contesto quotidiano della malattia” (Baroni, 2009). La musicoterapia diventa così un modo per facilitare la presa di contatto con la propria situazione e i propri bisogni, anche

spirituali (Baroni, 2009). Nella progressione della malattia la musica diventa un mezzo e, allo stesso tempo, una cornice preziosa per uscire dall'isolamento, dal dolore, distrarsi da pensieri ossessivi e pesanti, scoprire e arricchirsi di nuove espressioni musicali, narrarsi in modo simbolico e esprimere, secondo quanto possibile a ciascuno, il proprio mondo interiore (Baroni, 2009). Nell'offrire ai pazienti l'opportunità di essere creativi attraverso la musica, apriamo esperienze in cui ogni persona può manifestarsi ben oltre la malattia, in uno spazio di ascolto e accudimento che diventa importante per chi soffre (Baroni, 2009). La musicoterapia offre una dimensione dilatata, in cui non sono i secondi a scandire il tempo, ma l'intensità dell'incontro con l'altro, in cui ci si sente compresi anche nelle parti più dure di sé, dalla rabbia al rifiuto, dalla chiusura all'incomunicabilità. Il cammino della malattia è spesso un cammino di privazione e perdita della propria identità: un corpo trasformato, uno stile di vita modificato, la perdita del lavoro, delle attività, degli interessi. Incontrando malati e familiari si ha l'impressione che nel tempo ultimo non ci sia posto per le passioni e neppure per la soddisfazione e il piacere che da esse derivano (Baroni, 2009). Iniziare l'intervento di musicoterapia con brani musicali e canzoni, che il malato sceglie secondo le proprie preferenze, facilita la conoscenza, aiuta a prendere confidenza con una situazione insolita e infrange le barriere culturali rispetto al non sentirsi in grado di suonare piccoli strumenti (Baroni, 2009). La possibilità di riconoscere musica nota e familiare richiama ricordi e vissuti positivi, conducendo a un senso di soddisfazione e recupero del proprio passato e della propria identità (Dileo, 2007; Hilliard, 2007). La risposta alla musica si conserva anche nelle persone in stato di confusione e perdita di memoria, la musicoterapia infatti si rivolge alle emozioni, alle facoltà cognitive, ai pensieri e ai ricordi - insomma al Sé sopravvissuto del paziente - per stimolarli e farli riemergere. Mira ad arricchire e ampliare l'esistenza, offrendo libertà, stabilità, organizzazione e concentrazione. La percezione, la sensibilità,

Bibliografia

■ Bagnus P.

(2006) Musicoterapia in Hospice, musicoterapia e cure palliative, in G. Manarolo *Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006, pagg. 484-508.

■ Baroni M.

(2009). Musicoterapia in hospice. Comunicare quando non ci sono parole. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, Numero I.

■ Benenzon R.O.

Manuale di musicoterapia, Borla, Roma, 1992.

■ Bressan L.

La terapia musicale per il paziente oncologico Atti del IX Congresso Nazionale SICP, Roma, Novembre 1999.

■ Bruscia K.E

Casi clinici di Musicoterapia - Adulti, Gli Archetti ISMEZ, Roma, 1995.

■ Bruscia K.E.

Modelli di improvvisazione in musicoterapia, Ismez editore, Roma, 2000.

■ Dileo C.

(2007). Final Moments: the use of Songs in relationship completion at the End of Life. Da: *7th European Music Therapy Congress*. Eindhoven, August 2007.

■ Dolbeault S., Szporn A., Holland J.C.

(1999). Psycho-oncology. Where have we been? Where are we going? *European Journal of Cancer*, 35, pp. 1554-1558.

segue Bibliografia

■ Foulkes S.H.

Analisi terapeutica di gruppo, Boringhieri, Torino, 1967.

■ Grassi L., Morasso G.

(1999). Psico-oncologia: lusso o necessità?, *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 1, 1, pp. 4-9

■ Hilliard R.

(2007). Communicating through Music in End-of-Life Care. Da: *7th European Music Therapy Congress*. Eindhoven, August 2007.

■ Holland J.C.

(1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-oncology*, 1,1, pp. 1-13

■ Huang S.T., Good M., Zauszniewski J.A.

(2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 1354-1362.

■ Kissane D.W., Grabach B., Clarke D.M., Christie G., Clifton D., Gold S., Hill C., Morgan A., Mcdermott F., Smith G.C.

(2004). Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies. *Psychooncology*, 213(11):755-768.

■ Lecourt E.

La Musicoterapia, Cittadella, Assisi, 1992.

l'emozione e la memoria musicali possono sopravvivere anche quando altre forme di memoria sono scomparse da molto tempo. Una musica adeguata può aiutare a orientare ancora un paziente quando ormai non è rimasto quasi nulla in grado di farlo (Sacks, 2008). Il lavoro si svolge nel rispetto della persona attraverso un'osservazione fine delle modificazioni fisiche ed emotive, anche mediante semplici domande che favoriscono la partecipazione attiva del malato nella misura in cui è disposto a lasciarsi coinvolgere in una relazione empatica senza la quale l'intervento musicoterapico perderebbe gran parte della sua efficacia. A tale proposito, in un video pubblicato recentemente su Youtube, la musicoterapista Laura Gamba ha presentato il lavoro di musicoterapia in hospice di cui si sta occupando presso l'Associazione "Samaritano" di Codogno. Le sue conclusioni sono particolarmente significative: "[...] sicuramente non possiamo considerare musicoterapia qualcosa che ci proponga un potere magico del suono. Il suono ha sicuramente un grande potere e può veramente essere di grande beneficio per l'organismo e per la mente, però tutto questo deve accadere sempre in un contesto di relazione con il musicoterapista, cioè la musicoterapia si realizza all'interno di una relazione terapeutica. Bisogna raccogliere quello che la persona vuole mettere a disposizione della relazione, saperlo valorizzare dal punto di vista sonoro e dividerlo con la persona con cui si sta lavorando. Sicuramente la musicoterapia non è una compilation di brani scelti per curare l'ansia, piuttosto che gli attacchi di panico, piuttosto che la cefalea, insomma queste cose non sono propriamente musicoterapia".

Concludendo, il corpo umano è costituito da una rete interdependente di sistemi informativi (genetico, immunologico, ormonale, psicologico, relazionale, sociale ecc.), la salute non è altro che il risultato della continua relazione e comunicazione tra questi elementi (Engel, 1985). Secondo Gadamer (1994), questa nuova cultura medica si focalizza sul concetto di salute piuttosto che su quello di malattia:

la salute è quindi intesa come un ritmo vitale, un processo incessante che tende all'equilibrio, qualcosa che non può essere prodotto in forma automatica, ma che implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé. Mentre una persona in salute non ha necessità di ricordarsi di stare bene, le condizioni di malattia grave costringono spesso il paziente a non dimenticare di essere una persona malata in una situazione di forte disagio e difficoltà. È proprio in questo modo che il paziente rischia di rimanere immobilizzato dalla propria malattia, incapace di reagire con determinazione e impotente di fronte a quella che è vista come una condanna definitiva alla propria esistenza. Ebbene la musicoterapia non vuole essere una semplice forma di distrazione dalla paura o da incalzanti pensieri di morte, le ricerche hanno dimostrato che questa arteterapia incrementa il senso di autoefficacia del paziente, ancora in grado di dare vita a dei suoni nell'improvvisazione sonoro-musicale, ancora in grado di emozionarsi ascoltando una canzone, nella consapevolezza che finché sarà in vita non sarà solo. La musicoterapia si pone quindi come uno dei possibili strumenti ad alta efficacia per la realizzazione di un complesso processo di "prendersi cura" in una forma di presa in carico che può protrarsi fino all'ultimo istante di vita, in un'ottica che rivaluta la dignità del paziente finché il suo cuore batte.

Note

¹ Anche nel gruppo di controllo i pazienti hanno avuto modo di ascoltare la loro musica preferita, ma solo dopo un periodo di 30 minuti di riposo, prima e dopo il quale sono state somministrate le scale. Quindi obiettivo della ricerca è stato quello di studiare l'efficacia della musicoterapia recettiva attraverso il confronto fra ascolto di musica e riposo.

² <http://www.associazioneravi.it>

segue Bibliografia

■ **Lora Aprile G., Raffaelli W., Scaccabarozzi G., Zagonel V., Zaninetta G.**

(2010). Il dolore nel paziente oncologico, in *Il dolore cronico in Medicina Generale*, documento pubblicato dal Ministero della Salute, alla pagina web www.salute.gov.it. Value Relations S.r.l. - Roma.

■ **Macorigli M.**

(2008). Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica. In *Musica&Terapia* 17, Cosmopolis, Torino, 2008.

■ **Mandel S.E.**

Music Therapy in the hospice: Musicalive, *Palliative Medicine* 5, 1991.

■ **Manusardi T., Totis A., De Conno F.**

Musica e arti figurative nelle cure palliative, *RICP*, n° 1, 1996.

■ **Munro S., Mount B.**

Music Therapy in Palliative Care, *Canadian Medical Association Journal*, November 4, 1978.

■ **Raglio A.**

Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca, FrancoAngeli, Milano. 2008.

■ **Sacks O.**

Musicofilia, Adelphi, Milano, 2008.



MUSICOTERAPIA IN ONCOLOGIA: STUDIO QUANTI-QUALITATIVO IN AMBITO OSPEDALIERO❖

Alberto Malfatti

U.O.C. di Psicologia Clinica e Psicoterapia-A.O.U. "S. Martino" di Genova

Davide Ferrari

Associazione EchoArt

Giovanna Ferrandes

U.O.C. di Psicologia Clinica e Psicoterapia-A.O.U. "S. Martino" di Genova

The goal of this study is to implement interventions to support oncologic patients, in order to improve their quality of life during the therapeutic process. A project directed at using music therapy for complementary care in psycho-oncology – and particularly in the hospital context – was thus realized. The methodology used in each session integrates different European and extra-European music therapy techniques, together with expressive disciplines from other cultures. Research analyses on oncologic patients have reported that the use of music therapy can determine the reduction in the levels of anxiety and stress, a better control of pain, greater compliance with treatments, better familiar relationships and it can provide support in different phases of the therapy. On the basis of these insights, the study investigates alexithymia, state of anxiety and secondary depression. Results about music therapy' effectiveness leads us to consider it as a proper therapeutic possibility, within the broader framework of the psycho-oncologic intervention; it can be offered and proposed to oncologic patients, in order to face the psychological unease connected to the disease.

Premessa: la musicoterapia in ambito emato-oncologico

Lo studio descritto si inserisce in un progetto più ampio di utilizzo della musicoterapia nella presa in carico dei pazienti con malattie oncologiche, presso l'U.O. di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'A.O.U. San Martino di Genova. L'obiettivo è quello di implementare interventi di supporto rivolti ai pazienti oncologici, al fine di migliorare la qualità della vita durante il processo terapeutico. Si è voluto realizzare pertanto un progetto teso ad utilizzare la musicoterapia nell'ambito delle cosiddette cure complementari in psiconcologia ed in particolare nel contesto ospedaliero, di per sé contesto istituzionale, rigido e spesso scarsamente ricettivo rispetto a forme di terapia non tradizionali.

Come punto di riferimento utilizziamo la definizione ufficiale data dalla "World Federation of Music Therapy", in occasione del VII Congresso Mondiale di Musicoterapia (Amburgo, 1996): "La musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito, per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione e altri obiettivi terapeutici degni di rilievo, nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, mentali, emotivi, sociali e

Nella musicoterapia come pratica di supporto al paziente emato-oncologico la centralità è data dall'attenzione posta non sulla malattia ma sull'individuo nella sua totalità

cognitivi. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo, in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione o la terapia". In termini generali, la musicoterapia è una disciplina che si pone l'obiettivo di instaurare una relazione terapeutica stabile tra musicoterapista e paziente attraverso il canale non-verbale e l'uso del canale corporeo-sonoro-musicale. Questo favorisce l'acquisizione da parte del paziente di nuove possibilità comunicative con se stesso e con gli altri. La sua particolarità risiede nel fatto di rivolgersi a più dimensioni dell'essere umano: quella cognitiva (riguardante cioè la struttura e l'organizzazione dei processi mentali e del pensiero), quella motoria (riguardante i gesti, i movimenti) e quella pulsionale (concernente gli stati emozionali ed affettivi). Secondo Alvin (1986), la musica e gli strumenti musicali facilitano il processo terapeutico, mediando la relazione paziente/terapista, e sostengono il peso del transfert. In questo modo, invece di proiettare emozioni e affetti conflittuali sul terapeuta, il paziente usa gli strumenti e i suoni che questi emettono per elaborare i sentimenti rivolti a se stesso e alle persone più significative della propria vita.

Nella musicoterapia come pratica di supporto al paziente emato-oncologico la centralità è data dall'attenzione posta non sulla malattia ma sull'individuo nella sua totalità, mediante l'attivazione di un approccio umanistico che si rivolge, identificandole e sviluppandole, alle risorse interne del paziente, sottoposte ad un processo di isolamento causato "dall'invadenza" della patologia emato-oncologica. Attraverso la creatività e la relazione, valorizzate all'interno di un evento strutturato con connotazione rituale, è possibile agire in modalità extra-ordinaria; questa consente al paziente di sperimentarsi, di mostrarsi, di esprimersi in termini assolutamente esclusivi, spostando l'attenzione sullo stato di benessere, non condizionato dalla patologia, cercando di amplificarne le risonanze. Grazie all'azione preventiva, riabilitativa e terapeutica propria della musicoterapia, si permette all'interessato una migliore qualità della vita, in termini di socializzazione, riduzione dell'ansia, dello stress, della percezione del dolore.

La nostra esperienza e la musicoterapia integrata

Nella nostra esperienza, il percorso prevede l'invio del paziente da parte dell'équipe psico-oncologica, un colloquio preliminare con compilazione di un'anamnesi sonoro/musicale contenente una rilevazione sul rapporto con

il suono, con la musica ed eventuali pratiche strumentali. L'indagine abbraccia un arco di tempo che parte dall'infanzia fino ad arrivare al presente. Rilevante per gli operatori è quanto emerge in seguito alla domanda sulle aspettative dei pazienti relative ad un possibile trattamento di musicoterapia: una richiesta prevalente di rilassamento, che, nella fase del trattamento, avrà un ruolo centrale nell'organizzazione del setting e sulla metodologia utilizzata.

Nella maggior parte dei pazienti risulta non esserci esperienza di pratica sullo strumento, anche se in taluni casi è raccontata la partecipazione amatoriale a pratiche corali. È invece sempre presente un preciso repertorio a cui i pazienti fanno riferimento nella vita privata, sia individualmente che in gruppo. Segue una valutazione e, in caso positivo, la proposta di inserimento nel progetto terapeutico, con obiettivi definiti con lo psicologo di riferimento ed altri che si delineano nel corso degli incontri. Il paziente viene inserito quindi in un programma di trattamento che può essere sia individuale che di gruppo. La metodologia musicoterapica utilizza il modello teorico di R.O. Benenzon (1983), basato sul concetto di Identità sonoro/musicale (ISO), che l'autore definisce "il complesso di energie sonoro/musicali, acustiche e di movimento che appartengono ad un individuo e lo caratterizzano"; considerando i diversi tipi di ISO (universale, gestaltico, culturale, grupppale) che egli distingue, in una attività che ne prevede l'applicazione in un contesto di gruppo, si può osservare che "le energie sonore di ciascuno si adattano reciprocamente e si intrecciano tra loro per costituire un'identità creativa propria del gruppo stesso".

A questa metodologia si unisce un approccio integrato e transdisciplinare proprio della musicoterapia.

Nella creazione di una relazione fra il musicoterapeuta e il paziente, si parte dalle sue attitudini e dai suoi bisogni per giungere

all'esplorazione di territori espressivi sconosciuti o nascosti (fisici ed emotivi) attraverso un contatto personale, in cui la musica interconnessa con altre discipline espressive

diviene un mezzo possibile per il cambiamento.

È in questo contesto che viene elaborata una metodologia con approccio integrato, unito ai metodi di "musicoterapia

Nella creazione di una relazione fra il musicoterapeuta e il paziente, si parte dalle sue attitudini e dai suoi bisogni

recettiva" basata sull'ascolto di repertori selezionati dal paziente o dal terapeuta, e alla "musicoterapia attiva", incentrata sulla pratica strumentale. L'offerta di tecniche integrate permette al paziente di partecipare e scegliere esperienze semplici, creative, esteticamente appaganti, mai prima effettuate, che valorizzano la capacità personale. Il trattamento prevede: l'utilizzo di sonorità e di pratica attiva con strumenti di tradizioni differenti e/o contemporanee, condivisibili e non, che hanno, come peculiarità, la facilità nel produrre suoni, l'associazione dell'elemento ritmico a quello melodico, una specificità timbrica generalmente sconosciuta; il movimento e la danza, con tecniche e teorie provenienti da discipline orientali, come il tai chi, la danza butoh, le arti marziali, in cui si valorizzano il micromovimento, la contrazione e la decontrazione, la fluidità del corpo, lo sviluppo e la gestione dell'energia fisica; il training autogeno sonorizzato, dove l'attenzione mentale è rivolta a particolari sensazioni corporee con beneficio su muscolatura, respirazione, ritmo cardiaco e quindi circolazione, appagando così la richiesta di rilassamento ampiamente attesa; le vocalizzazioni, provenienti da varie tecniche extraeuropee come il canto dell'India del Nord, dove viene elaborata una nota fondamentale, corporea, specifica ad ognuno; il canto armonico siberiano, utile per la concentrazione, per il controllo della respirazione e lo sviluppo dell'ascolto "fine" del suono vocale; le tecniche di suono-terapia proveniente dalla medicina

cinese, in cui gli aspetti sonori si sviluppano in relazione agli aspetti respiratori e di consapevolezza espressiva, concentrando la pratica anche su precise aree organiche; le musiche preregistrate provenienti da repertori misti che comprendono musiche del mondo, musica contemporanea e musica classica, jazz e altri generi diversi tra cui la musica ambient e/o composizioni originali appositamente realizzate per i diversi pazienti.

Lo studio

Da oltre un decennio si è registrato un costante aumento di ricerche condotte sugli interventi di musicoterapia. In oncologia il presupposto principale è che la musicoterapia possa influenzare positivamente i livelli d'ansia. Esistono varie ricerche dove è stato messo in evidenza

che l'utilizzo della musicoterapia in ambito oncologico, associato e non ad altre terapie complementari, può determinare una riduzione dei livelli di ansia, un miglior controllo del dolore, una migliore compliance ai trattamenti antitumorali e può fornire un supporto adeguato a diverse tipologie di pazienti (Updike, 1990; Aldridge, 1996, 2002; Standley, 1995; Wheeler, 2005).

Da un'analisi della letteratura effettuata da Aldridge (1994) emergono evidenze scientifiche a supporto degli interventi musicoterapici, con i quali si registrano significative riduzioni del vomito e una diminuzione dell'esperienza del dolore accompagnate da sensazioni positive, sia di tipo sensoriale, sia di tipo emotivo.

Viene inoltre riscontrato un significativo calo del disagio fisico ed un innalzamento del tono umorale. C'è da sottolineare come l'analisi della letteratura renda chiaro il fatto che nella maggior parte degli interventi si sia optato per una musicoterapia di tipo recettivo, incentrata quindi principalmente sull'ascolto di musiche pre-registrate.

Il presupposto di un intervento di musicoterapia in oncologia è quello di considerare che anche e

In oncologia il presupposto principale è che la musicoterapia possa influenzare positivamente i livelli d'ansia

soprattutto in oncologia la musica possa veicolare affetti e fantasie (che altrimenti non troverebbero spazi adeguati d'espressione), sia in grado di dar voce all'emozioni dando meno importanza al pensiero razionale, possa facilitare l'ascolto del proprio corpo, dell'altro e creare una sorta di "oasi sonora" nella quale sperimentare una calma emotiva associata ad un rilassamento corporeo. Avendo la possibilità di esprimersi attraverso il mezzo sonoro, le persone possono sperimentare un'evasione costruttiva dal proprio isolamento emozionale. La musica in

questo caso può offrire alla persona malata la possibilità di percepire ed esprimere le proprie emozioni, di mostrare, di comunicare i propri sentimenti o stati d'animo attraverso un tipo di linguaggio non-verbale. Per questi motivi è ipotizzabile che, da questo

tipo di attività, possano trarre i maggiori benefici persone che presentano alti livelli alestitimici, in quanto viene offerto loro un canale comunicativo, diverso dalla parola, che può facilitare l'espressione emozionale che prima invece risultava problematica. Non esistono, a quanto ci risulti, ricerche che documentino gli effetti della musicoterapia sull'alestitimia. I soggetti alestitimici non sono senza emozioni, ma la loro limitata capacità (temporanea o prolungata nel tempo) di elaborare le emozioni li predispone cognitivamente ad avere stati affettivi indifferenziati e scarsamente regolati. Oggi tale deficit può essere concettualizzato all'interno della teoria del codice multiplo della Bucci (1997), secondo cui gli schemi emotivi comprendono elementi subsimbolici (insieme di sensazioni sensoriali, viscerali e cinestesiche) e simbolici (immagini e parole) legati fra loro da connessioni referenziali la cui qualità è riflessa nei discorsi e nella narrativa degli individui. L'alestitimia implica l'assenza o la disconnessione referenziale e, per questa ragione, le emozioni risultano collegate molto debolmente con le immagini e con le parole, venendo così vissute

come sensazioni somatiche, percezioni o impulsi agiti poco differenziati.

Si può inoltre supporre che persone con elevati livelli d'ansia

(quadro clinico piuttosto frequente in psico-oncologia), possano sperimentare, attraverso musiche rilassanti, un equilibrio psico-fisico ideale. In questo senso la musica può aiutare ad eliminare progressivamente stati

di nervosismo, di ansia, angoscia e sintomi associati come cefalee, stanchezze muscolari ecc. La musica si auspica possa accompagnarsi al rilassamento di alcune tensioni fisiche e determinare uno stato di benessere generale. Uno stato depressivo potrebbe esserne nel tempo influenzato in maniera positiva.

I gruppi di musicoterapia possono inoltre offrire un sistema supportivo e di confronto, insegnando abilità che possono essere trasferite anche nella vita quotidiana, come ad esempio nel caso del rilassamento, e aumentando di conseguenza la sensazione di essere soggetti attivi in grado di fronteggiare la malattia in prima persona. Ciò può determinare a sua volta un graduale aumento dell'autostima, un miglioramento nell'efficacia e dell'appropriatezza delle proprie risposte allo stress, quindi anche degli stili di coping.

Sulla base di tali riflessioni abbiamo voluto indagare nel nostro studio il tratto Alessitimico e l'ansia di stato e la depressione secondaria, quadri clinici spesso riscontrati in ambito oncologico (Torta, Mussa, 2007).

Esperienze precedentemente effettuate presso la nostra struttura di Psicologia hanno mostrato come lo stato ansioso e lo stress psicofisico che accompagna il malato oncologico durante le cure può essere influenzato in maniera più che positiva dalla musicoterapia. In particolare ci riferiamo ad una esperienza che da Giugno a Novembre 2008 ha visto coinvolte 7 persone con patologia oncologica, suddivisi in 3 interventi individuali, mentre 4 persone erano

incluse in un unico gruppo. Per un periodo di 6 mesi (una volta alla settimana) ai pazienti venivano proposte dal musicoterapeuta una

serie di attività di musicoterapia sia attiva che recettiva.

Al termine dei sei mesi la totalità dei pazienti, cui è stata somministrata un'intervista semi-strutturata, ha ritenuto l'attività proposta "molto utile", capace di "rilassare", di

"ridurre l'ansia" e l'ha ritenuta un' "esperienza significativa". Solo 2 persone su 7 hanno riscontrato anche un certo grado di "difficoltà". Sono emersi: alti livelli di soddisfazione per l'attività svolta, maggiore benessere percepito, maggiore controllo di sé e dei propri sentimenti, positiva esperienza in gruppo. Ad un anno di distanza (Dicembre 2009) è stata effettuata un'intervista di follow-up che mirava a riscontrare il mantenimento dei cambiamenti già registrati. Vengono riportate alcune delle tematiche emerse alla domanda: "A distanza di un anno, cosa sente che le abbia lasciato l'esperienza di musicoterapia?"

- "Non prendersela per cose futili, e riconoscere le cose importanti, i suoni della natura..."
- "La capacità di ascoltarmi, sentire i problemi e la capacità di rilassarmi per affrontarli meglio..."
- "Mi ha aiutato nella percezione del dolore, un'ora prima della chemioterapia. Mi tranquillizzava, rilassava, dimenticavo i problemi e mi aiutava ad affrontarli in modo più rilassato..."
- "Un buon ricordo. Momenti positivi, senso di tranquillità, a non aver paura verso il problema..."

E alla domanda: "In particolare ricorda..."

- "La mobilità ridotta del braccio e che attraverso il suonare un tamburo mi dimenticavo del dolore. Mi ricordo la riduzione del dolore. Ascoltare la musica con la respirazione e sentire una sensazione di calore quando prima sentivo freddo..."

I gruppi di musicoterapia possono inoltre offrire un sistema supportivo e di confronto, insegnando abilità che possono essere trasferite anche nella vita quotidiana

- “Tanti strumenti diversi ma che facevano una stessa musica. Ho scoperto la mia voce e quella degli altri. Ho imparato a guardarmi allo specchio, mentre prima mi sentivo nel corpo di un'altra...”
- “Il modo di rapportarmi con me stessa e i problemi che mi trovavo ad affrontare, avendone meno paura. Quando sento la musica sento l'acqua e io mi sentivo come una goccia, pur non sapendo nuotare...”

I risultati della precedente esperienza e l'entusiasmo dei pazienti già coinvolti, ci ha convinto a riproporre l'intervento coinvolgendo nuovi soggetti e approfondendo lo studio sui meccanismi che rendevano tali risultati possibili. Possiamo qui riportare solo risultati parziali, perché l'esperienza va avanti, il progetto viene riproposto ogni anno ed è realizzato grazie al sostegno e al coinvolgimento dell'Associazione Antonio Lanza di Genova.

Metodo

La popolazione di riferimento è composta dai pazienti con patologia oncologica afferenti all'U.O.C. di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'A.O.U. “S. Martino” di Genova. Il campione è di 8 soggetti (6 femmine e 2 maschi), mentre le analisi statistiche e le analisi del testo sono state effettuate sui 6 soggetti che hanno terminato lo studio (1 persona deceduta, 1 persona con 6 presenze). Il gruppo è quindi composto da 5 femmine e 1 maschio, con un'età compresa tra i 45 e i 60 anni. La media d'età si attesta dunque intorno ai 52 anni, con una prevalenza di persone coniugate (4 su 6). È un gruppo ad alta scolarità (4 laureati) ma con professionalità diversificate al suo interno. Per quanto riguarda la malattia prevalgono le persone in fase remissiva (3), rispetto al trattamento (2) e alla recidiva (1), mentre la tipologia di malattia neoplastica è variegata, con una leggera prevalenza di tumori al seno (2). La metà dei soggetti ha dichiarato di aver effettuato una qualche forma di psicoterapia prima di questo intervento.

Ai pazienti sono stati somministrati i seguenti questionari: una scheda anagrafica con variabili sociopsicologiche al momento del reclutamento

(età, sesso, stato civile, scolarità, professione, patologia, fase della terapia, precedenti esperienze di musicoterapia/psicoterapia e attuali esperienze di musicoterapia/psicoterapia); la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e un'intervista semi-strutturata ad hoc che valuta 5 aree psicomusicali, al momento del reclutamento, alla conclusione del trattamento (10 sedute) e dopo 6 mesi. Veniva inoltre registrata la frequenza individuale alle sedute di musicoterapia (escludendo dallo studio soggetti che vi avevano partecipato meno di 7 volte su 10).

Le 5 aree dell'intervista semi-strutturata riguardavano: il rapporto con la musica, le aspettative/conoscenze riguardo la musicoterapia, il rapporto con persone significative, la capacità di rilassamento e il rapporto con il proprio corpo.

Le statistiche quantitative sono state svolte al solo scopo di orientare le successive analisi qualitative e per apportare una maggiore qualità all'osservazione attuale su cui viene ipotizzato, in futuro, uno studio di ricerca con un campione di pazienti più ampio.

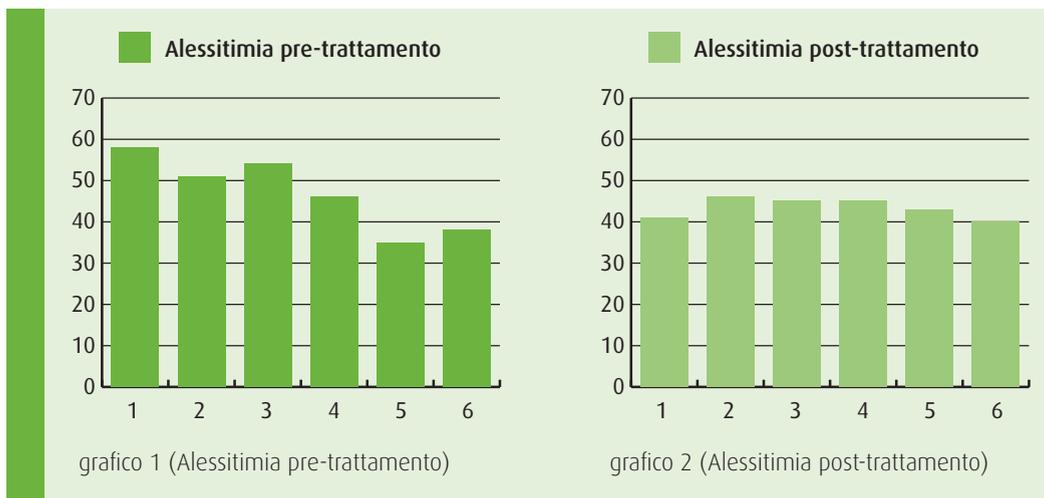
A causa della scarsità campionaria per poter analizzare i dati quantitativi si è fatto riferimento al test Wilcoxon (un test non parametrico per misure ripetute grazie al quale è possibile effettuare un confronto delle misure nel tempo).

Livelli di Alessitimia

Lo strumento più utilizzato per indagare l'alessitimia è attualmente la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), giunto alla standardizzazione definitiva (Bagby et al., 1994) dopo diversi anni di progressivi adattamenti, e standardizzato anche in Italia (Bressi et al., 1996) (testo integrale e le istruzioni per la siglatura sono riportate in Caretti, La Barbera, 2005).

La TAS-20 è composta da 20 item, cui il soggetto deve assegnare un punteggio su scala a cinque punti. Dall'analisi fattoriale emergono tre fattori, che corrispondono strettamente al costrutto:

- 1) Difficoltà ad identificare le emozioni e a distinguere tra emozioni e sensazioni corporee;



- 2) Difficoltà a descrivere e comunicare le emozioni;
- 3) Pensiero orientato all'esterno (iperrealistico, con scarsità di fantasie).

L'attuale versione della TAS-20 ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna (alfa di Cronbach = 0.81), una buona affidabilità test-retest su un intervallo di tre mesi ($r = 0.77$) e una struttura a tre fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto dell'alessitimia. Si possono ottenere punteggi tra un minimo di 20 e un massimo di 100. Nel calcolo totale di punteggi ottenuti al test vengono considerati:

- non alessitimici, soggetti che ottengono punteggi inferiori a 51
- borderline, soggetti che ottengono punteggi compresi tra 51 e 60
- alessitimici, soggetti che ottengono

punteggi superiori o uguali a 60.

(vedi grafici 1-2 e tabelle 1, 2, 3 e 4)

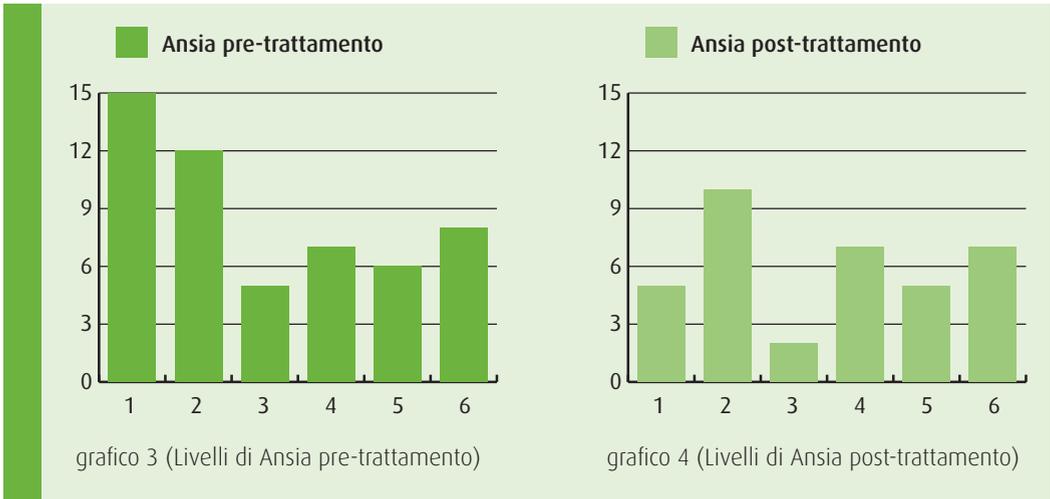
Come si può notare dai grafici riportati esiste una diminuzione dei livelli di alessitimia anche se non statisticamente significativa ($p = 0,344$; $p > 0,05$). Sembra però possibile ipotizzare che, con un campione più numeroso, i cambiamenti potrebbero risultare, al contrario, statisticamente significativi.

Per quanto riguarda la spiegazione del fatto che i tratti alessitimici subiscano comunque una qualche flessione si potrebbe fare riferimento al concetto di alessitimia secondaria (Nemiah et al., 1976; Wise et al., 1990) secondo cui l'alessitimia non sarebbe un tratto di personalità, ma uno stato reattivo alle cure mediche o comunque un meccanismo di difesa contro un trauma.

	Totale TAS_post Totale TAS_pre
Z	-,943
Significatività statistica (test a due code)	,345

	Difficoltà identificazione dei sentimenti_post-musicoterapia Difficoltà identificazione dei sentimenti_pre-musicoterapia
Z	-,946
Significatività statistica (2-tailed)	,344

Tabelle 1 e 2: Wilcoxon Signed Ranks Test (non parametrico per misure ripetute)



Livelli di Ansia e Depressione

L'Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (Zigmond e Snaith, 1983; versione italiana Costantini et al., 1999) è una scala composta da 14 item metà dei quali esplorano la depressione e l'altra metà l'ansia. Il periodo esplorato è quello delle ultime settimane ed il punteggio è espresso su di una scala a 4 punti (0-3).

La versione italiana dell'HADS è stata validata su 197 pazienti con tumore al seno prima di iniziare la chemioterapia e prima di iniziare le visite di follow-up. La scala è stata scelta proprio perché è stata studiata per l'impiego anche con pazienti affetti da patologie somatiche: rispetto ad altri strumenti sono stati esclusi item (insonnia, perdita dell'appetito, ecc.) che potessero essere in rapporto alla patologia somatica, in modo da poter meglio

studiare la depressione associata a tale patologia.

L'alfa di Cronbach si trova tra un range di 0.80 e 0.85 per tutti i due tipi di scale. I 14 item della scala mostrano un'alta consistenza interna ($\alpha = 0.89$ e 0.88) e un'alta forza di discriminazione per tutti i disturbi psichiatrici ($AUC = 0.89$; $95\% CI = 0.83-0.94$). Il punto di cut-off che massimizza la sensibilità (84%) e specificità (79%) è 10.

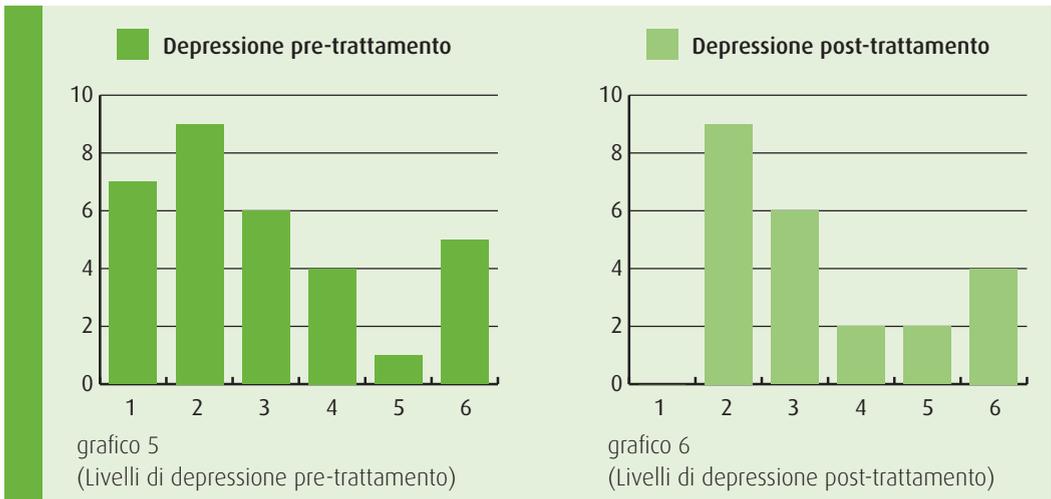
Si possono ottenere punteggi tra un minimo di 0 ed un massimo di 20 (per la ognuna della due scale). Nel calcolo dei punteggi ottenuti ad ogni subscala vengono considerati:

- < 8 = soggetti con punteggi nella norma
- $8-10$ = soggetti borderline
- > 11 = soggetti che presentano punteggi clinicamente rilevanti.

	Difficoltà comunicazione dei sentimenti_post-musicoterapia Difficoltà comunicazione dei sentimenti_pre-musicoterapia
Z	-,949
Significatività statistica (2-tailed)	,343

	Pensiero orientato all'esterno_post musicoterapia Pensiero orientato all'esterno_pre-musicoterapia
Z	-,738
Significatività statistica (2-tailed)	,461

Tabelle 3 e 4: Wilcoxon Signed Ranks Test (non parametrico per misure ripetute)



I livelli d'ansia subiscono invece, rispetto all'alesitimia, una diminuzione statisticamente significativa dopo il trattamento musicoterapico ($p = 0,042$; $p < 0,05$) in linea con le ipotesi di ricerca e la richiesta/bisogno evidenziata dai pazienti durante le interviste.

Sembra quindi evidente che la musicoterapia serva a diminuire stati d'ansia con conseguenti benefici verso l'approccio alla malattia. (vedi grafici 3-4 e tabella 5)

Per quanto riguarda la depressione non si registrano cali significativi ($p = 0,197$; $p > 0,05$) anche se c'è da notare come siano proprio i due pazienti con i livelli maggiori in partenza (al pre-trattamento) a non aver usufruito in maniera continuativa delle sedute di musicoterapia (1

persona deceduta in corso e 1 persona che non ha frequentato per almeno 7 incontri su 10). Inoltre si può notare come già i livelli di partenza (pre-trattamento) siano sostanzialmente bassi (tutti al di sotto della linea di cut-off) nei 6 pazienti che poi invece hanno usufruito continuativamente dell'intervento musicoterapico. (vedi grafici 5-6 e tabella 6)

L'intervista

L'intervista si è dimostrata essere uno strumento molto utile al fine di capire cosa le persone si immaginino sia la musicoterapia e come, a livello pratico, essa realmente si svolga (intendendo chiaramente persone che non ne abbiano mai fatto esperienza prima). Nessuno dei partecipanti, infatti, aveva mai

	Ansia_post-musicoterapia Ansia_pre-musicoterapia
Z	-2,032
Significatività statistica	,042

	Depressione_post-musicoterapia Depressione_pre-musicoterapia
Z	-1,289
Significatività statistica	,197

Tabelle 5 e 6: Wilcoxon Signed Ranks Test (non parametrico per misure ripetute)

partecipato ad un gruppo di musicoterapia né aveva mai sentito testimonianze a riguardo. Si è rivelato perciò estremamente interessante scoprire le fantasie e le paure che le persone nutrono verso un tipo di attività ancora in gran parte sconosciuta all'opinione pubblica. Riportiamo alcune delle tematiche emerse dall'intervista pre-trattamento come esempi:

- “Mi immagino a occhi chiusi rilassarsi con la musica, magari fare anche dei movimenti, una cosa dettata da quello che sentiamo attraverso la musica, non so...”
- “Mi farebbe piacere che mi tirasse fuori quello che con le parole non si riesce a tirar fuori...”
- “...in questo momento, la cosa che mi disturba di più, in termini di salute, comunque che chiaramente poi... minano anche la qualità psicologica della vita, eh...è questo respiro.”
- “Un po’ di vuoto, sì... perché penso anche quando non ne sono consapevole, so che vado un po’ a ruota libera. Allora ho bisogno di riposare, secondo me dovrei riposare un po’ il mio cervello, la mia mente...”
- “A me quello che fa rabbia è che la gente non ascolta più nessuno al giorno d’oggi.”

Emerge chiara l’aspettativa che la musicoterapia possa influire sul livello di rilassamento attraverso l’ascolto di musica, modificando il proprio respiro e facendo “riposare la mente”. La musica viene anche associata alla pratica di ascolto di sé e degli altri. Avere la possibilità di “tirare fuori” quello che si ha dentro attraverso il mezzo sonoro è un’altra richiesta espressa. La possibilità di rilassarsi è l’aspettativa emersa maggiormente (da parte di 7 intervistati su 8). Ciò viene ritenuto possibile attraverso l’ascolto di musiche rilassanti associate all’immaginazione (probabilmente di luoghi e di situazioni anch’esse rilassanti). Inoltre ci sono delle richieste individuali di modificazione del proprio respiro, la possibilità di emozionarsi e di poter suonare con una guida. L’atteggiamento riscontrato nella quasi totalità degli intervistati, verso questo nuovo tipo di attività proposta, è un atteggiamento definito “positivo”. La maggioranza dei soggetti si avvicina anche con un sentimento di curiosità,

Bibliografia

■ Alvin J.

Terapia musicale, Armando, Roma, 1986.

■ Aldridge D.

“Music therapy research: A review of references in the medical literature”, In Chez R. (2000), *The Science and Spirituality of Healing – Conference Proceedings*, Old Salem, North Carolina, October 26-29: pp. 146-179, 2002.

■ Aldridge D.

“An overview of music therapy research, Complementary Therapies”, *Medicine*, 15(2): pp. 109-134, 1994.

■ Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J.

(1994), “The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure”, *Journal of Psychosomatic Research*, 38: pp. 23-32.

■ Benenzon R.O.

Manuale di Musicoterapia, Borla, Roma, 1983.

■ Bressi C. et al.

“Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study”, *Journal of Psychosomatic Research*, 41, pp. 551-559, 1996.

■ Bucci W.

“Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization”, *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-172, 1997.

■ Caretti V., La Barbera D.

(a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*, Roma, Astrolabio, 2005.

mentre solo 2 soggetti riferiscono un pò d'ansia nell'affrontare un nuovo gruppo e l'impegno che verrà loro richiesto.

I bisogni che i pazienti manifestano riguardano tematiche piuttosto variegata. Dal bisogno di rilassarsi (7 intervistati su 8) al bisogno di aggregazione e di condivisione di esperienze e di sensazioni piacevoli.

Il bisogno di provare qualcosa di nuovo ma che non sia troppo impegnativo dal punto di vista mentale è un altro dei temi riscontrati. Esistono poi delle richieste più individuali che riguardano: il bisogno di dolcezza, di movimento e di relazione con il proprio corpo, di sfogare qualcosa che si tiene dentro, ma di essere allo stesso momento anche ascoltati.

In sintesi si può affermare che dalle interviste pre-trattamento effettuate emerge un bisogno di presa in carico della persona, nella sua totalità. La richiesta chiara e netta riguarda la possibilità di rilassamento, identificato come il più pressante tra i problemi percepiti e come un'abilità fondamentale per poter fronteggiare al meglio la malattia oncologica e le cure che questa richiede. La musicoterapia viene avvertita in questo senso come una possibilità di provare qualcosa di nuovo, ma assieme ad altri pazienti simili per condizioni mediche, e come un canale non verbale attraverso cui comunicare i propri vissuti. La richiesta è quella di poter partecipare ad un gruppo-spazio che faciliti la condivisione e l'espressione affettiva.

Discussione dei risultati

È stato possibile notare come i livelli d'ansia siano stati quelli che hanno subito una maggiore flessione dopo il trattamento. Sia la depressione che l'alestitimia presentano leggere flessioni che non sono però statisticamente significative.

Per quanto riguarda la spiegazione del fatto che i tratti alestitimici subiscano un decremento, si può fare riferimento al concetto di alestitimia secondaria, secondo cui l'alestitimia non sarebbe un tratto di personalità, potrebbe piuttosto ricondursi ad un stile di coping rispetto ad eventi stressanti come ansia e depressione (Haviland et al., 1994). I livelli d'ansia riscontrati nei primi

rilevamenti potrebbero, infatti, essere parte della spiegazione di tale effetto.

Da sottolineare inoltre come siano stati i due pazienti con i livelli maggiori di alestitimia, ansia e depressione al pre-trattamento (non riportati nell'analisi per non aver raggiunto i requisiti di ammissibilità), a non aver usufruito in maniera continuativa delle sedute di musicoterapia.

Sarebbe stato quindi estremamente interessante poter rilevare i loro punteggi ai test dopo 10 sedute di musicoterapia, per poter comprendere se esista un livello ottimale per usufruire di tale intervento.

Il fatto che, come risulta dall'analisi delle interviste, nel pre-trattamento siano stati usati termini etichettabili come "ambivalenti" (probabilmente determinati da una condizione psico-fisica preoccupante, mista però ad una prospettiva speranzosa verso il futuro) e che questi siano stati associati alla condizione di malattia, tenderebbe a rafforzare la scelta di somministrare la TAS-20. Si è riscontrata, infatti, un'ambivalenza emotiva rispetto alla propria condizione, a denotare uno stato nel quale è difficile riconoscere esattamente le emozioni provate rispetto alla propria malattia e al proprio corpo.

Conclusioni

Lo studio presentato si pone l'obiettivo di decifrare i vissuti soggettivi dei partecipanti rispetto ad un'attività di musicoterapia proposta all'interno del contesto ospedaliero. Per fare questo ci si è avvalsi di un'indagine quanti-qualitativa che ha fatto emergere risultati confortanti a supporto di questo tipo d'intervento.

Prima dell'inizio delle sedute, nell'immaginario dei partecipanti la musicoterapia è rappresentata da un'idea piuttosto vaga e non del tutto corrispondente alla realtà. Gli stessi partecipanti hanno però manifestato un'aspettativa chiara, ovvero quella di poter ottenere un rilassamento psico-fisico-emotivo. È da sottolineare come tale aspettativa sia risultata, al termine dell'esperienza, ampiamente soddisfatta e come quindi siano coincisi i bisogni dichiarati dai pazienti con le attività proposte dal musicoterapista.

In conclusione allora si può dichiarare che

gli obiettivi perseguibili dalla musicoterapia in oncologia siano traguardi possibili, tanto importanti quanto difficili da raggiungere in un lasso di tempo limitato. Dai risultati emersi la musicoterapia può essere considerata efficace al punto da poter essere ritenuta una delle possibilità terapeutiche, all'interno della cornice più ampia dell'intervento psiconcologico, da offrire e proporre ai pazienti oncologici, al fine di affrontare il disagio psicologico connesso alla condizione di malattia.

Se l'ottica usata è quella di leggere la salute come una sorta di equilibrio nell'individuo, tra fattori non solo biologici ma anche psicologici e sociali, e la malattia come una rottura non di un singolo fattore, ma dell'equilibrio di tutto un sistema, allora è importante che la terapia proposta si ponga l'obiettivo di incidere su tutti questi aspetti.

Non solo. Un intervento che miri oltre che alla cura anche alla promozione di un nuovo modo di concepire e di proporre la salute come un valore, non può prescindere dal mettere la persona al centro, nella sua globalità, con la sua unicità mirando ad una vera e propria realizzazione di sé. Per far questo è indispensabile riconoscere come alla base della salute esista un'interazione dinamica di fattori multipli.

La musicoterapia, coinvolgendo il soggetto sotto il profilo emotivo in attività che implicano un impegno sensoriale, cinestesico e immaginativo, si propone come un mezzo per identificare ed esprimere le proprie emozioni. In più essa offre nuove modalità e abilità nell'affrontare alcune problematiche legate alla patologia, come ad esempio, l'ansia. Può essere allora considerata una forma di terapia che va ad incidere sulla globalità della persona, sulla mente come sul corpo senza escludere la sfera interpersonale e sociale, coincidendo appieno con una visione bio-psico-sociale. Se davvero la salute è un obiettivo da conseguire positivamente, allora la musica può avvicinarci a tale risultato.

* Relazione presentata in occasione del Convegno Nazionale "Musicoterapia in Oncologia", 22/09/12, Fondazione Edo e Elvo Tempia, Biella

segue Bibliografia

■ Costantini M. et al.

"Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale", *Support Care Cancer*, 7: pp. 121-127, 1999.

■ Haviland M.G., Hendryx M.S., Shaw D.G., Henry J.P.

(1994), "Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence", *Comprehensive Psychiatry*, 35 (2): 124-128. Abstract estratto da *Psychoinfo database*.

■ Nemiah J.C., Sifneos P.E.

(1970), "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders", In Hill O.W., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol.2. London, Butterworths, pp. 430-439.

■ Standley J.M., Hanser S.B.

"Music Therapy research and applications in pediatric oncology treatment", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*; 12: pp. 3-8. Abstract estratto da PubMed database, 1995.

■ Torta R., Mussa A.

Psiconcologia, Centro Scientifico, Torino, 2007.

■ Updike P.

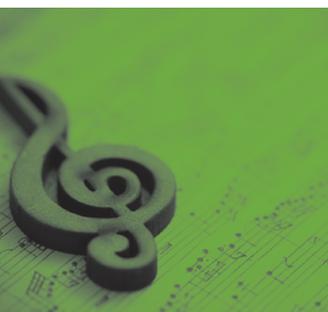
"Music therapy results for ICU patients", *Dimensions of Critical Care Nursing*; 9: 39-45, 1990.

■ Wheeler G., Sexton M., O'callaghan C.

(2007), "Music therapy as a non-pharmacological anxiolytic for paediatric radiotherapy patients", *Australasian Radiology*; 51: pp. 159-162

■ Wise T.N., Mann L.S., Hryvniak M., Mitchell J.D., Hill B.

"The relationship between alexithymia and abnormal illness behaviour", *Psychotherapy Psychosomatics*; 54 (1): pp. 18-25, 1990.



MUSICOTERAPIA IN ONCOLOGIA UN CASO CLINICO

Andrea Perdichizzi

Psicologo, musicoterapista, musicista, Novara

This article presents the results of a pilot research on a clinical case study which was taken charge of at "Fondo Evo ed Elvo Tempia per la lotta contro il tumore" in Biella (Italy) by the music therapist Guido Antoniotti. This Italian case history reflects the results obtained by international scientific research and confirms how Music Therapy can improve the quality of life of patients with cancer, affecting and decreasing the amount of perceived pain and the role played by this form of Art Therapy in the patient's personal development, through a reunion with his/her spiritual dimension.

Il caso clinico che sto per descrivere è frutto della collaborazione fra il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino e la Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella, Associazione privata per la lotta contro i tumori, a carattere sociale e volontario, indipendente, apolitica e senza fine di lucro. L'Associazione è stata promossa nel gennaio del 1981 da Elvo Tempia per esaudire la volontà del figlio Edo, stroncato da un melanoma il 21 dicembre del 1980, e si occupa di promuovere la ricerca, la prevenzione, la diagnosi precoce e l'informazione in ambito oncologico. La Fondazione offre diversi servizi per il sostegno psicofisico dei suoi soci e rappresenta ormai un punto di riferimento per la realtà clinica oncologica piemontese. Dal 2000 è inoltre attivo un centro di ascolto psicologico: tutte le mattine una psicologa risponde alle telefonate delle persone che si rivolgono alla Fondazione per ottenere un aiuto nei momenti di difficoltà che possono insorgere in chi vive la malattia oncologica. Al colloquio telefonico può seguire la presa in carico della persona da parte della psicologa per un sostegno psicologico individuale piuttosto che di gruppo, o per l'inserimento in un laboratorio o in una delle attività offerte che hanno funzione aggregativa e di armonizzazione mente-corpo. Fra i laboratori terapeutici troviamo la musicoterapia. Il laboratorio è tenuto da Guido Antoniotti, musicoterapista biellese grazie al quale la Fondazione permette a qualunque socio lo desiderasse la possibilità di vivere un'esperienza profonda ed introspettiva, nella quale portare qualcosa di sé, della propria storia, delle proprie emozioni, principalmente attraverso l'ascolto

Nei prossimi paragrafi descriverò uno dei casi clinici presi in carico all'interno di questo laboratorio artistico

musicale, ma anche attraverso la spontanea e creativa espressione musicale. Nei prossimi paragrafi descriverò uno dei casi clinici presi in carico all'interno di questo laboratorio artistico, con l'obiettivo di analizzare nello specifico gli effetti a breve e lungo termine dell'attività musicoterapica sulla qualità della vita del paziente neoplastico.

Descrizione del caso clinico

MP è un impiegato di 44 anni, sposato. La sua diagnosi di carcinoma al bordo linguale sinistro risale al febbraio del 2009. Nel corso di questi due anni il paziente è stato sottoposto a diversi trattamenti: emiglossectomia sinistra, con ricostruzione lembo naso-genieno, svuotamento linfonodale sottomentoniero e laterocervicale, radioterapia. Il paziente accetta di intraprendere un percorso musicoterapico attivo di sei incontri, ciascuno a cadenza settimanale, da aprile a giugno 2011. Un incontro precedente all'inizio del percorso di musicoterapia è stato destinato alla reciproca conoscenza fra musicoterapista e paziente, alla raccolta dell'anamnesi clinica e sonoro-musicale di MP, a spiegare brevemente presupposti e metodi della musicoterapia e a stabilire un contratto terapeutico definendo tempi, modalità e obiettivi. Cogliendo in MP un particolare interesse per la dimensione creativa del laboratorio, terapeuta e paziente hanno optato di comune accordo per un'esperienza di musicoterapia attiva (escludendo quindi ascolti di musiche registrate). In effetti, le sedute hanno dato modo al paziente di mettersi in gioco in modo profondo e sincero, manifestando una intensa disponibilità alla ricerca di una libera e creativa espressione

del proprio sentire, delle proprie emozioni, del proprio stato d'animo. Nell'incontro di conoscenza MP ha subito sottolineato di non essere in possesso di specifiche competenze musicali, ma ha raccontato dell'intensità del suo rapporto con la musica, in particolare del suo modo di ascoltare diventato più intenso e profondo con la malattia. Nonostante la scelta di privilegiare e sviluppare l'aspetto creativo dell'attività musicoterapica attraverso il modello della libera improvvisazione musicale creativa, il musicoterapista ha suggerito al paziente che nel caso lo avesse ritenuto opportuno avrebbe potuto portare in seduta un brano musicale da ascoltare insieme, ma questo non è mai accaduto. La musicoterapia si è svolta in un setting protetto: una stanza abbastanza isolata e riservata, in uno spazio sufficientemente ampio per una seduta individuale, anche se nel corso delle sedute non vi è stato mai particolare movimento. Un abbondante strumentario, costituito principalmente da strumenti membranofoni e cordofoni, è stato posizionato al centro della sala, insieme ad un pianoforte digitale a disposizione del musicoterapista. Il tempo concordato col paziente per il termine della seduta era pari a 60 minuti, ma quasi sempre si è dilatato ai 75 minuti abbondanti. Ogni incontro ha previsto principalmente tre fasi: 1. Brevissima introduzione fatta di poche parole (per evitare di condizionare le scelte del paziente) 2. Improvvisazione sonoro-musicale 3. Verbalizzazione finale (circa una decina di minuti). Prima dell'improvvisazione vera e propria si è quasi sempre verificata una fase intermedia di esplorazione (incoraggiata dal musicoterapista sin dai primissimi incontri),

nella quale il paziente prendeva contatto non solo con gli strumenti, ma anche con se stesso, con il suo stato d'animo.

Durante l'improvvisazione MP passava quasi tutto il tempo ad occhi chiusi, testimoniando in diverse occasioni, al momento della verbalizzazione, come durante la musica si sentisse "quasi in un'altra dimensione, in uno stato di coscienza diverso, con una diversa percezione dello spazio e del tempo". Molto interesse è stato espresso per alcuni grandi tamburi, in minor misura per la chitarra (accordatura aperta). È comunque costante la ricerca da parte del paziente di un flusso continuo di note ("come lo scorrere dell'acqua, di un torrente"). MP ha espresso inoltre una particolare attenzione verso la percezione fisica delle vibrazioni (ha suonato sempre e solo con le mani, senza utilizzare battenti) e per l'utilizzo della voce, usata però raramente e solo su input del musicoterapista. Il suo suonare pressoché costantemente ad occhi chiusi ha rivelato una profonda ricerca interiore, un desiderio di andare dentro se stesso in profondità, ma ha anche impedito di lavorare maggiormente sulla relazione e sull'interazione mediata dal contatto oculare col musicoterapista (interazione probabilmente mediata principalmente dal suono). Nella verbalizzazione MP ha sempre espresso commenti positivi parlando di un'esperienza intensa, profonda, nutriente. Tramite la condivisa improvvisazione sonoro-musicale gli stati d'animo non hanno solo avuto modo di emergere in superficie, ma hanno anche trovato regolazione e modificazione nella relazione col terapeuta, tanto che il paziente stesso ha testimoniato la sua esperienza con queste parole, lasciate per iscritto al termine del percorso: "Al termine di ogni incontro il clima che avvertivo in me cambiava: alcune volte all'inizio mi sentivo inquieto e dopo la seduta percepivo una maggiore tranquillità ed apertura. Anche la percezione del mio corpo cambiava, era differente, migliore, più positiva". Si è trattato di un'esperienza intensa,

Durante l'improvvisazione MP passava quasi tutto il tempo ad occhi chiusi

profonda e nutriente ("attraverso i suoni che spontaneamente sgorgavano, ho contattato

parti di me molto profonde"), per la quale il paziente stesso ha mostrato sincera riconoscenza e gratitudine.

Gli strumenti di valutazione

Gli strumenti impiegati per questa ricerca indagano su alcuni fra gli aspetti più studiati dalla letteratura scientifica in psicologia: ansia, depressione e dolore. Qui di seguito riporto una breve descrizione di ogni singolo strumento impiegato:

- Termometri selezionati secondo la metodologia VAS - Visual Analogue Scale - VAS (Aitken, 1969): si tratta di 10 segmenti di 100 mm ciascuno (non graduati), ai cui estremi (anchor points) è indicato il grado minimo e massimo di disagio percepito dal paziente rispetto all'item specifico. In questa ricerca in particolare si è valutato da una parte il tono dell'umore, l'agitazione, il dolore fisico percepito e la paura, dall'altra il grado di soddisfazione del paziente in riferimento a 6 diversi aspetti: aspetto fisico, tono dell'umore, efficienza mentale, fiducia di sé, autocontrollo, immagine sociale. Lo strumento è molto semplice, di facile impiego, si presta perciò ad un impiego ripetuto anche a brevi intervalli di tempo.
- HAD Scale - Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983): l'HADS è un questionario specificamente sviluppato per riconoscere stati d'ansia e di depressione in pazienti affetti da malattie organiche, con l'esclusione dalle aree di indagine degli indicatori somatici di distress psicologico, quali ad esempio cefalea, insonnia, perdita di peso, che possono essere legati alla presenza della malattia organica stessa o a una conseguenza degli interventi terapeutici. Lo strumento è composto da due scale a 7 items, una per la valutazione dell'ansia e l'altra per la valutazione della depressione. Per ciascuna

delle affermazioni al paziente viene chiesto di indicare quale fra quattro possibili opzioni descrive meglio il suo stato emotivo, ogni risposta corrisponde a un punteggio da 0 a 3.

- EORTC QLQ-C30 - Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-30) (Aaronson et al., 1993) dell'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC): indaga, attraverso un approccio multidimensionale a 30 distinte domande a risposta multipla, una serie di domini: scale funzionali (attività fisica, cognitiva, limitazioni di ruolo, stato emotivo, attività socio-familiare), stato finanziario, sintomi (dolore, astenia, nausea e vomito), sintomi tumore-specifici (dispepsia, anoressia, diarrea, stipsi) e qualità della vita globale (condizione fisica, salute) (Apolone et al., 1997). Si è proceduto con l'identificazione di un T0 e un T1 per la somministrazione delle scale, ovvero:
 - T0 (momento precedente il percorso di musicoterapia): 26 aprile 2011
 - T1 (momento successivo al percorso di musicoterapia): 14 giugno 2011
 con gli obiettivi specifici di:
 - Quantificare i livelli di ansia e depressione nei pazienti oncologici e valutare l'esistenza di differenze significative tra T0 e T1 (HAD Scale).
 - Misurare il livello di qualità della vita soggettiva e valutare l'esistenza di differenze significative tra T0 e T1 (QLQ-C30 versione 3.0).

Solo i termometri sono stati somministrati prima di ogni seduta di musicoterapia e al termine della stessa, costituendo una scala di valutazione pre-seduta e una scala di valutazione post-seduta. Per eliminare l'effetto di compiacere il terapeuta (experimenter bias) ho personalmente somministrato i questionari.

I risultati

5.4.1 HADS e EORTC QLQ-C30

I risultati della HADS dimostrano che sia il livello di ansia sia quello depressivo sono aumentati sensibilmente alla fine del percorso di musicoterapia. (Vedi grafico 1)

I punteggi al questionario sulla qualità della vita EORTC QLQ-C30, specificamente strutturato per pazienti oncologici, conferma a livello funzionale e sintomatologico un aggravamento delle condizioni di salute del paziente sia dal punto di vista funzionale che da quello sintomatologico. (Vedi tabella A e grafico 2)

5.4.2 Termometri

Seduta I - Come possiamo notare dalla tabella 1, il confronto fra i punteggi registrati ad inizio e fine seduta rivelano un aumento dell'apprensione di MP per la propria salute, ma un attenuato grado di tristezza, agitazione e percezione del dolore. La soddisfazione globale cresce sensibilmente, l'unico aspetto che sembra peggiorare è la percezione del proprio aspetto fisico.

Seduta II - Al secondo incontro tutti i livelli di MP relativi a tristezza, agitazione, percezione del dolore e apprensione per la salute diminuiscono al termine della seduta, la soddisfazione globale cresce, ma questa volta la soddisfazione per il proprio aspetto fisico decresce al termine della seduta insieme alla fiducia in sé e all'autocontrollo. (Vedi tabella 2).

Seduta III - Al terzo incontro MP conferma i risultati della seduta precedente nella prima parte del test, mentre nella seconda la percezione del proprio aspetto fisico migliora, sempre in diminuzione invece la fiducia in sé e l'autocontrollo. La soddisfazione globale è

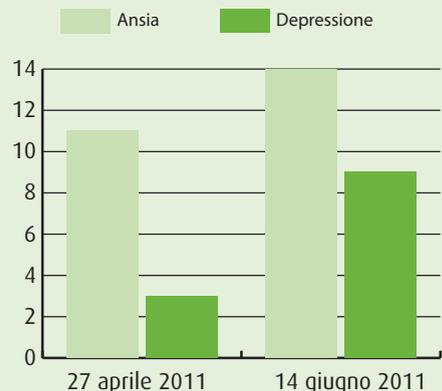


grafico 1

	27-04-11	14-06-11	
SCALE FUNZIONALI	1,72	2,12	su range che va da 1 a 4
attività fisica	1,6	1,6	
sfera cognitiva	1	1,5	
limitazioni di ruolo	1	2	
stato emotivo	2	2,5	
attività sociale	3	3	
SCALA SINTOMATOL.	1,54	2,08	su range che va da 1 a 4
INDICE GLOBALE	2	4,5	su range che va da 1 a 7

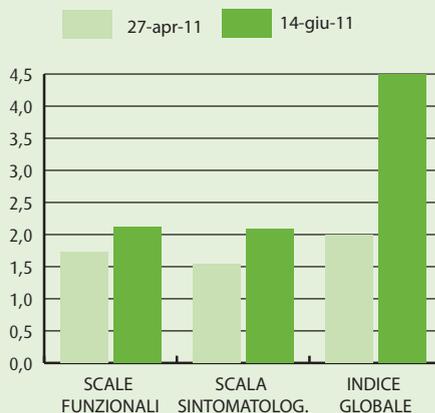


Tabella A e grafico 2

comunque, anche in questo caso, in sensibile crescita. (Vedi tabella 3).

Seduta IV - Anche alla quarta seduta i livelli di tristezza, agitazione, percezione del dolore, apprensione per la salute, prima e dopo la seduta, sono in netto calo. La soddisfazione globale cresce ancora una volta, ma l'autocontrollo e l'immagine sociale subiscono un sensibile peggioramento. (Vedi tabella 4).

Seduta V - Al quinto incontro MP conferma come l'attività musicoterapica possa essere

d'aiuto nell'abbassare i livelli percepiti di tristezza, agitazione, percezione del dolore e apprensione per le proprie condizioni di salute. Nessuna delle variabili considerate nella valutazione della soddisfazione personale del paziente diminuisce e di conseguenza la soddisfazione globale cresce anche in questo caso. L'efficienza mentale rimane inalterata su un punteggio di 83/100 (mm). (Vedi tabella 5).

Seduta VI - L'ultimo incontro di musicoterapia è caratterizzato da un sensibilissimo

27 APRILE 2011

	pre-seduta	post-seduta
tristezza	45	28
agitazione	52	11
pecezione dolore	49	47
apprensione per la salute	19	61
SODDISFAZIONE PER	pre-seduta	post-seduta
aspetto fisico	67	59
tono dell'umore	24	47
efficienza mentale	86	89
fiducia in sé stesso	73	76
autocontrollo	51	59
immagine sociale	49	60
SODDISFAZIONE GLOBALE	58,33	65,00

tabella 1

04 MAGGIO 2011

	pre-seduta	post-seduta
tristezza	86	41
agitazione	73	31
pecezione dolore	63	41
apprensione per la salute	88	68
SODDISFAZIONE PER	pre-seduta	post-seduta
aspetto fisico	50	45
tono dell'umore	22	41
efficienza mentale	33	85
fiducia in sé stesso	86	64
autocontrollo	36	34
immagine sociale	42	54
SODDISFAZIONE GLOBALE	44,83	53,83

tabella 2

abbassamento dei livelli percepiti di tristezza, agitazione e apprensione per la salute alla fine della seduta. Anche la percezione del dolore si abbassa, ma meno bruscamente. La soddisfazione globale cresce anche alla fine di questa sessione di sedute, anche se è interessante notare come per la prima volta il tono dell'umore del paziente si abbassi al termine dell'ultimo incontro (vedi tabella 6).

11 MAGGIO 2011		
	pre-seduta	post-seduta
tristezza	47	20
agitazione	65	24
pecezione dolore	42	41
apprensione per la salute	49	32
SODDISFAZIONE PER	pre-seduta	post-seduta
aspetto fisico	32	59
tono dell'umore	25	78
efficienza mentale	74	84
fiducia in sé stesso	73	51
autocontrollo	31	22
immagine sociale	50	54
SODDISFAZIONE GLOBALE	47,50	58,00

tabella 3

18 MAGGIO 2011		
	pre-seduta	post-seduta
tristezza	32	23
agitazione	60	23
pecezione dolore	40	39
apprensione per la salute	54	48
SODDISFAZIONE PER	pre-seduta	post-seduta
aspetto fisico	23	67
tono dell'umore	31	57
efficienza mentale	83	91
fiducia in sé stesso	57	62
autocontrollo	35	21
immagine sociale	60	51
SODDISFAZIONE GLOBALE	48,17	58,17

tabella 4

Bibliografia

- **Barrera M.E., Rykov M.H., Doyle S.L.** (2002). The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11, 379-388.
- **Bruscia K., Dileo C., Shultis C., Dennery K.** (2009). Expectations of hospitalized cancer and cardiac patients regarding the medical and psychotherapeutic benefits of music therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 239-244.
- **Bunt L., Hoskyns S.** (1987). A perspective on music therapy research in Great Britain. *Journal of Music Therapy*, 1(1), 3-5.
- **Bunt L., Marston-Wyld J.** (1995). Where words fail music takes over: A collaborative study by a music therapist and a counsellor in the context of cancer care. *Music Therapy Perspectives*, 13(1), 46-50.
- **Burns S.J.I., Harbuz, M.S., Hucklebridge, F., Bunt L.** (2001). A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1), 48-56.
- **Burns D., Sledge R., Fuller L., Daggly J., Monahan P.** (2005). Cancer patients' interest and preferences for music therapy. *Journal of Music Therapy*. 42(3), 185-199.
- **Clements-Cortès A.** (2004) The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 21. 255-60.
- **Dileo C.** (2007). Final Moments: the use of Songs in relationship completion at the End of Life. Da: 7th *European Music Therapy Congress*. Eindhoven, August 2007.
- **Forinash M.** (1990). A phenomenology of music therapy with the terminally ill. *Dissertation Abstracts International*, 51(09), 2915A.

segue Bibliografia

■ **Gallagher L.M., Lagman R., Walsh D., Davis M.P., Legrand S.B.**

(2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support Care Cancer*, 14, 859-866.

■ **Hilliard R.**

(2003). The effects of music on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy*, 40, 113-137.

■ **Hilliard R.**

(2007). Communicating through Music in End-of-Life Care. Da: *7th European Music Therapy Congress*. Eindhoven, August 2007.

■ **Huang S.T., Good M., Zauszniewski J.A.**

(2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 1354-1362.

■ **Kissane D.W., Grabach B., Clarke D.M., Christie G., Clifton D., Gold S., Hill C., Morgan A., Mcdermott F., Smith G.C.**

(2004). Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies. *Psychooncology*, 213(11): 755-768.

■ **Krout R.E.**

(2001). The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American Journal of hospice & palliative Care*, 18, 383-390.

■ **Macorigh M.**

Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica, *Musica&Terapia*, n.17, Cosmopolis, 2008.

■ **Mcdonald R.A.R., Miell D.**

(2002). Music for individuals with special needs: a catalyst for developments in identity, communication and musical ability. In R. A. R. MacDonald, D. Miell, & D. J. Hargreaves (Eds.), *Musical identities* (pp. 163-179). Oxford: Oxford University Press.

25 MAGGIO 2011

	pre-seduta	post-seduta
tristezza	82	28
agitazione	63	18
pecezione dolore	52	50
apprensione per la salute	70	49
SODDISFAZIONE PER	pre-seduta	post-seduta
aspetto fisico	23	28
tono dell'umore	14	22
efficienza mentale	83	83
fiducia in sé stesso	53	55
autocontrollo	42	53
immagine sociale	27	53
SODDISFAZIONE GLOBALE	40,33	49,0

tabella 5

1 GIUGNO 2011

	pre-seduta	post-seduta
tristezza	74	12
agitazione	57	7
pecezione dolore	60	55
apprensione per la salute	73	13
SODDISFAZIONE PER	pre-seduta	post-seduta
aspetto fisico	24	54
tono dell'umore	29	27
efficienza mentale	82	90
fiducia in sé stesso	24	55
autocontrollo	23	49
immagine sociale	28	50
SODDISFAZIONE GLOBALE	35,00	54,17

tabella 6

Conclusione

La lettura dei risultati ottenuti nello studio di questo caso clinico non permette di sostenere l'ipotesi di una efficacia positiva a lungo termine della musicoterapia sulla qualità della vita del paziente, né tantomeno su variabili quali l'ansia e la depressione. I punteggi al questionario EORTC QLC-C30 confermano sia dal punto di vista funzionale che sintomatologico un netto peggioramento delle condizioni di salute del paziente che inevitabilmente si ripercuotono sul suo assetto psicologico, compromettendo la sua serenità quotidiana. Tuttavia i termometri pre-seduta e post-seduta rilevano positivi effetti a breve termine sul paziente, in ogni seduta si verifica un incremento della soddisfazione globale del paziente e un corrispondente abbassamento globale dei livelli percepiti di tristezza, agitazione, percezione del dolore e apprensione per la salute. Possiamo quindi sostenere che la musicoterapia abbia un effetto benefico sullo stato d'animo del paziente al termine di ogni seduta, promuovendo un sollievo emotivo in MP grazie ad un miglioramento immediato nei livelli di tristezza, agitazione, percezione del dolore e apprensione per la salute. Questi risultati incoraggerebbero la ricerca a prendere in considerazione la possibilità di approfondire gli studi ed estendere questo tipo di procedura ad un campione di pazienti più ampio, sperimentando tempi di trattamento di più lunga durata. Sarebbe inoltre interessante soffermarsi sulla progettazione di programmi di intervento individualizzati, decidere in quali casi utilizzare un trattamento individuale piuttosto che un trattamento di gruppo, con l'obiettivo di raggiungere un protocollo condiviso come in altri ambiti applicativi di musicoterapia riabilitativa. La rete nazionale di musicoterapisti impegnati in ambito oncologico si sta muovendo in questo senso per ampliare il raggio di ricerca sul nostro territorio in futuro e offrire un'occasione di approfondimento e verifica dei risultati fino adesso ottenuti in Italia.

segue Bibliografia

- **Nainis N., Paice J.A., Ratner J., Wirth J.H., Lai J., Shott S.** (2006). Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *J Pain Symptom Manage*, 31(2):162-169.
- **O'Callaghan C., Mcdermott F.** (2004). Music therapy's relevance in a Cancer Hospital researched through constructivist lens. *Journal of Music Therapy*, 41(2), 151-185.
- **O'Callaghan C., Mcdermott F.** (2007). Discourse analysis reframes oncologic music therapy research findings. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 398-408.
- **O'Callaghan C., O'brien E., Magill L., Ballinger E.** (2008). Resounding attachment: Cancer inpatients' song lyrics for their children in music therapy. *Supportive Care in Cancer*.
- **O'Callaghan C., Petering H., Thomas A., Crappsley R.** (2009). Dealing with palliative care patients' incomplete music therapy legacies: Reflexive group supervision research. *Journal of Palliative Care*.
- **Renz M., Shütt Mao M., Cerny T.** (2005). Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Supportive Care International*. *Support Care Cancer* (2005) 13: 961-966 DOI 10.1007/s00520-005-0873-9.
- **Siedliecki S.L., Good M.** (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing* 54(5), 553-562.
- **Slivka H.H., Magill L.** (1986). The conjoint use of social work and music therapy in working with children of cancer patients. *Music Therapy*, 6A(1), 30-40.



EFFICACIA DEL TRATTAMENTO MUSICOTERAPICO IN PAZIENTI CON ESITI DI INTERVENTO PER NEOPLASIA MAMMARIA❁

Concetta Laurentaci U.O. Fisiatria P.O. di Matera
Wanda Cifarelli Psiconcologa L.I.L.T.

The breast cancer represents one of neoplasms with the highest incidence, but also one in which is determinative both the primary prevention, for the purposes of early diagnosis, as the secondary intervention of surgical ablation, for the purpose of prognosis quoad vitam.

Over the years and with the improvement of the users, there has been a growing awareness of the female population programs pre primary and secondary prevention.

From our experience shows, however, a great difficulty for patients to manage and overcome emotional event experienced as "tragic" as the breast removal (partial or total) while assuming a choice "thought", appears in many cases "sudden" the inability of users to internalize in a short time all the way of suffering, and their family members.

Introduzione e obiettivi dello studio

Il tumore mammario rappresenta una delle neoplasie a più elevata incidenza, ma anche quello in cui risulta determinante tanto la prevenzione primaria, ai fini di una diagnosi precoce, quanto l'intervento secondario di ablazione chirurgica, ai fini della prognosi quoad vitam.

Col passare degli anni e con il miglioramento dell'informazione alle Utenti è stata registrata una crescente sensibilizzazione della popolazione femminile ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, supportato in particolare dal contributo di molte pazienti che hanno personalmente vissuto la malattia e che in alcune città italiane hanno creato gruppi di ascolto e di supporto psicologico (peraltro ancora poco diffusi!).

Dalla nostra esperienza di Riabilitatori emerge, tuttavia, una forte difficoltà delle pazienti in carico al nostro Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, dove quotidianamente espletiamo cicli di trattamento per prevenzione del danno secondario (rieducazione funzionale AASS + prevenzione del linfedema), a gestire e superare emotivamente un evento "luttuoso" come l'asportazione mammaria (parziale o totale) che, pur presupponendo una scelta "pensata", appare in molti casi "subita" per l'impossibilità da parte delle Utenti di

Il nostro protocollo integra il percorso terapeutico-riabilitativo delle pazienti sottoposte a trattamento chirurgico per neoplasia mammaria con la musicoterapia

interiorizzare in breve tempo tutto il percorso di sofferenza, propria e dei familiari.

Quanto sopra si può racchiudere in una breve definizione: "mancato superamento della fase di accettazione della malattia", con conseguente incremento di sindromi ansioso-depressive, che espone le pazienti al pericolo di riammalarsi: è, infatti, ormai nota in letteratura scientifica la stretta correlazione tra ansia e malattia neoplastica, con incidenza del rischio addirittura due volte superiore rispetto alla popolazione di soggetti non ansiosi.

Il nostro lavoro mira a valutare i positivi effetti del trattamento musicoterapico in gruppi di donne, trattate tra il 2008 e il 2011 che, dopo aver effettuato il tradizionale percorso riabilitativo di gestione degli esiti disfunzionali di intervento mammario, hanno voluto intraprendere un percorso complementare di "terapia", al fine tanto di consolidare i risultati terapeutici già raggiunti, quanto di migliorare il complessivo benessere psico-fisico ed acquisire adeguati strumenti di gestione dell'ansia, con ricadute positive sulla qualità di vita.

Accanto agli obiettivi dichiarati dalle pazienti e sopra ricordati, il team riabilitativo si è proposto di valutare l'efficacia del trattamento in oggetto ponendo quali indicatori di verifica

sia la migliorata cenestesi generale, sia l'ottimizzazione delle performances motorie globali, valutando soprattutto la riduzione della componente algica a carico dei vari distretti corporei ed, in particolare, a carico dell'arto superiore omolaterale all'intervento chirurgico. Il nostro protocollo integra il percorso terapeutico-riabilitativo delle pazienti sottoposte a trattamento chirurgico per neoplasia mammaria, al fine di favorire l'"accettazione della malattia", con la Musicoterapia, metodica non verbale che si avvale del potere evocativo e transazionale della musica, utilizzata per promuovere il benessere bio-psico-sociale delle pazienti: in particolare uno degli aspetti preminenti del presente lavoro è verificare l'utilità del trattamento musicoterapico ai termini di un'importante riduzione dei livelli di ansia, già testimoniata da una ricca letteratura scientifica (Beck, 1991; Early, 1998).

Casistica, materiali e metodi

Sono state arruolate n° 28 pazienti, di età compresa tra 32 e 70 anni (età mediana pari a 51 anni), che avevano subito trattamento chirurgico per tumore mammario tra il 2007 e il 2010, con criteri di scelta legati al quadro psicodinamico, emerso durante le sedute di

valutazione psicologica e/o terapia riabilitativa. Ogni paziente è stata preventivamente informata, alla presenza dell'intera équipe riabilitativa, sui

contenuti, finalità e modalità del training musicoterapico nel corso di un incontro esplicativo; successivamente il protocollo prevedeva una valutazione musicoterapica in gruppo (due sedute) ed un colloquio psicologico individuale pre-

trattamento, indispensabili ai fini di una precisazione dell'iter terapeutico e della sua efficacia. Nel corso del colloquio psicologico è stato, inoltre, somministrato il test S.T.A.I. (State and Trait Anxiety Inventory), utile alla valutazione di ansia di stato (reattiva a situazione di malattia) e ansia di tratto (propria del tratto caratteriale di ogni individuo), così da definire la situazione ansiosa di partenza di ogni paziente.

Le valutazioni sopra ricordate sono state, poi, ripetute a fine trattamento per verificare i risultati ottenuti, di cui le pazienti sono venute a conoscenza nel corso del colloquio di restituzione, avvenuto a fine del percorso musicoterapico. Le sedute di Musicoterapia hanno avuto cadenza settimanale, con durata di circa tre ore, per un periodo di sei mesi, con attenzione a concordare e, se necessario, modificare il calendario degli appuntamenti con le pazienti, al fine di evitare loro ulteriori stress, compatibilmente con le esigenze specifiche dell'intervento musicoterapico (ambiente tranquillo, luce naturale, ecc.) e con le necessità di cura delle singole pazienti.

Il contenuto delle singole sedute è stato caratterizzato dalla somministrazione di brani musicali predefiniti, scelti dal Conduttore (Medico Fisiatra esperto in Musicoterapia) secondo criteri scientificamente accettati e condivisi in ambito musicoterapico (American Federation of Musictherapy), seguiti da un dialogo allargato con il gruppo e con l'Osservatore Interno (Psiconcologa).

Inizialmente le pazienti hanno riferito atteggiamenti contrastanti rispetto alle varie fasi del lavoro

Successivamente l'iter musicoterapico, pur partendo con connotazioni recettive, si è arricchito di aspetti di coinvolgimento

attivo delle pazienti, compatibilmente con lo sviluppo della dinamica di gruppo (Isosintonia di gruppo).

Durante la presente esperienza quasi tutte le pazienti hanno concomitantemente eseguito altri trattamenti, già in corso o programmati, di

kinesiterapia per prevenzione del linfedema secondario, o di chemioterapia e/o trattamenti farmacologici (farmaco biologico e.v. o terapia ormonale x os.).

Risultati

Inizialmente le pazienti hanno riferito atteggiamenti contrastanti rispetto alle varie fasi del lavoro, mostrando talvolta grande disponibilità, altre volte semplice curiosità nei confronti delle sedute da frequentare; successivamente, sia nell'ambito dello stesso gruppo, sia nell'avvicinarsi dei gruppi, tali sensazioni si sono via via modificate, lasciando spazio ad una maggiore fiducia in se stesse e nelle figure professionali coinvolte nel lavoro. L'avvenuto conseguimento del superamento della fase di accettazione di malattia è stato verificato mediante analisi del test S.T.A.I. sopra ricordato, con particolare evidenza di una riduzione del livello d'ansia, ritenuto parametro particolarmente sensibile e specifico per la patologia tumorale.

Vengono riportati i dati relativi ad un totale di 28 pazienti, che analizzano i risultati del test S.T.A.I. per quanto attiene sia l'ansia di stato (grafico 1), ovvero reattiva alla situazione contingente di malattia, sia l'ansia di tratto (grafico 2), più strettamente legata alla caratterialità di ogni singola paziente.

Dal confronto dei punteggi emerge quanto segue:

- significativo miglioramento per entrambi gli aspetti analizzati in 23/28 pazienti;

- sostanziale stabilità (oscillazioni di 1-3 punti) dei punteggi tra pre- e post-trattamento in 5/28 pazienti, considerata comunque positiva, trattandosi in tre casi di Utenti già seguite con terapia farmacologica ansiolitica, successivamente sospesa, in due casi (uno

dei quali coincidente col gruppo precedente) di pazienti con sospetta recidiva neoplastica, poi confermata e seguita da chemioterapia, ed in un unico caso di paziente con gravi problematiche familiari irrisolte, con relativa volontà di prossima soluzione;

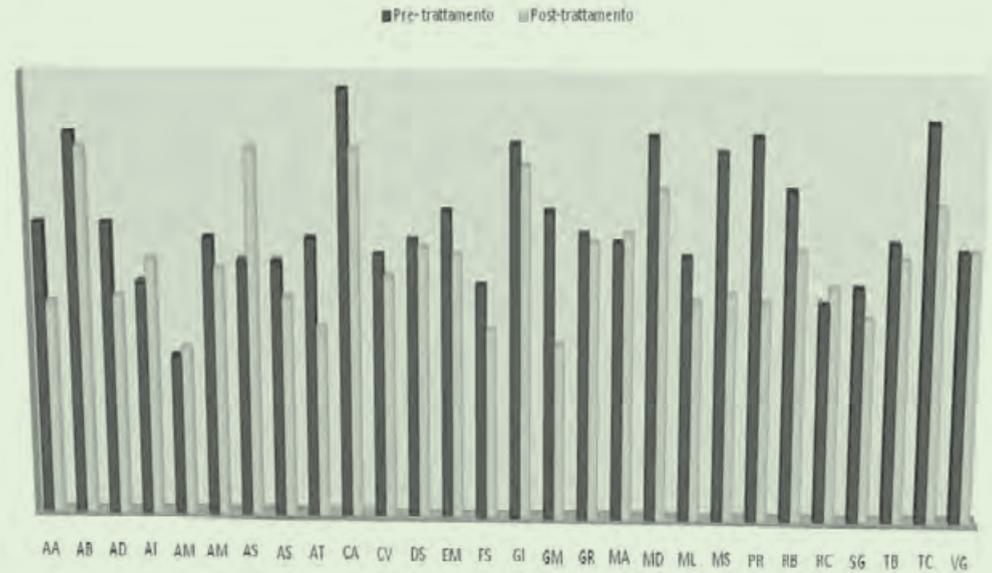


grafico 1 ansia di stato

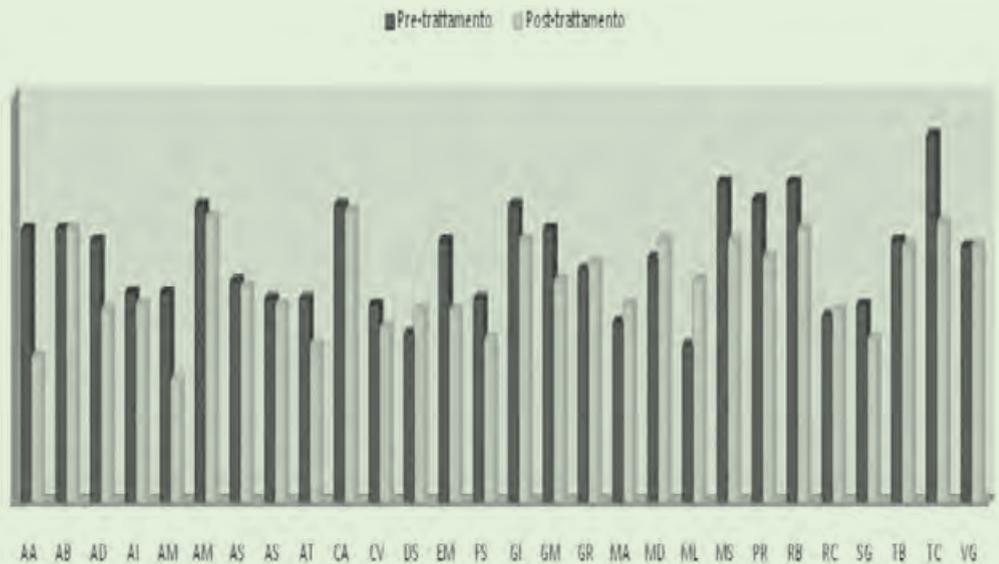


grafico 2 ansia di tratto

Bibliografia

■ **Abeloff M.D., Armitage J.O., Niederhuber J.E., Kastan M.B., McKenna W.G.**

Clinical Oncology 3° edition. 2004: 1877-1966.

■ **American Association For Cancer Research**

2008 – Xagena 2008.

■ **Beck S.L.**

The therapeutic use of music for cancer-related pain. In *Oncol. Nurs. Forum*. Nov-Dec 1991; 18(8): 1327-37.

■ **Bonadonna G., Robustelli Della Cuna G., Valagussa P.**

Medicina oncologica. Masson 2005.

■ **British Journal Of Cancer**

2008- Xagena 2008.

■ **Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group**

Polichemotherapy for early breast cancer: an overview of the randomized trials – Lancet 1998.

■ **Elliott D.**

A review of nursing strategies to reduce patient anxiety in coronary care. *Australian crit. Care*. 1992 Sep; 5(3): 10-6.

■ **Elliott D.**

The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety in a coronary care unit. *Heart Lung*. 1994 Jan-Feb; 23(1): 27-35.

■ **Enderson B.E.**

(1989). The cancer question the overview of recent epidemiologic and retrospective data. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 161:1859-1864 *Cancer Epidemiology*, 2008.

■ **Fisher B., Costantino J.P., Wickerham D.L.**

Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. - *J. Natl Cancer Inst* 1998; 90(18):1371-88.

- miglioramento ulteriore della sola ansia di tratto in una paziente che, durante il percorso musicoterapico, ha affrontato un intervento chirurgico, peraltro da tempo consigliato, ma sempre rinviato dalla stessa per paura.

Quanto fin qui detto rende, poi, ragione del globale miglioramento della cenestesi delle pazienti che, nel corso delle sedute hanno riferito un significativo miglioramento di alcuni sintomi (cefalea, mialgie, stanchezza psicogena, nausea, ecc.), che pur non essendo determinati dalla malattia di base, erano strettamente ad essa correlati e/o assai condizionati dal livello d'ansia legato al reiterarsi di controlli medici o coincidenti con l'espletamento delle sedute chemioterapiche.

Conclusioni

Dalla nostra trattazione emerge con chiarezza l'efficacia del trattamento Musicoterapico in pazienti già sottoposte ad intervento per neoplasia mammaria, in particolare per quanto attiene sia il superamento della fase di accettazione di malattia, sia la riduzione dei livelli di ansia, strettamente correlati dalla letteratura scientifica al verificarsi di malattia neoplastica.

A conclusione del percorso terapeutico è stata, inoltre, segnalata la necessità di attivare un trattamento psicoterapico per 3 pazienti, in precedenza non disponibili allo stesso, evidenziando la capacità dello strumento musicale di attenuare le "difese" mentali, messe talvolta in atto dalle pazienti per evitare di soffrire.

Il prosieguo del percorso musicoterapico è stato, inoltre, fortemente richiesto da tutte le pazienti, in quanto ritenuto elemento importante di costante verifica del percorso terapeutico, mediante incontri a cadenza mensile.

L'iter musicoterapico ha consentito, in conclusione, un cambiamento positivo di ogni paziente, riscontrabile sia nel miglioramento di inter-relazioni familiari e sociali, compromesse dall'insorgenza della malattia, sia nella definizione di propri obiettivi personali, prima assenti o misconosciuti, poi coscientizzati, già

a partire dalle prime sedute di terapia, con adozione di efficaci strategie comportamentali volte al controllo dell'ansia e, quindi, al miglioramento della qualità di vita.

La presente esperienza sottolinea ancora una volta la validità del trattamento musicoterapico quale metodica complementare al normale percorso di cura delle pazienti sottoposte a chirurgia mammaria, in un approccio globale alla persona, percepito come meno "intrusivo" e più "piacevole" rispetto ad altre forme di supporto psicologico, in quanto tecnica squisitamente non verbale che mette al centro non la patologia, ma l'individuo globalmente inteso: per dimenticare il corpo "malato" e ritornare al corpo "amato".

* Relazione presentata in occasione del Convegno Nazionale "Musicoterapia in Oncologia", 22/09/12, Fondazione Edo e Elvo Tempia, Biella

segue Bibliografia

■ Hilliard R.E.

The effects of Music Therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J. Musictherapy*, 2003; 40: 113-137.

■ King M.C., Rowell S., Love S.M.

Inherited breast and ovarian cancer: what are the risks. *J.A.M.A.*, 269: 175, 1993.

■ Laurentaci C. et al.

Musicoterapia e turbe autonomiche: proposta di protocollo di studio per le aritmie cardiache. *Atti del III Congresso Nazionale di Neuro-riabilitazione*, Pisa 28-30 settembre, 1995).

■ Laurentaci C., Caputo M.G., Della Speranza G., Dicandia L.

La Musicoterapica nel trattamento di pazienti affette da esiti di interv. chirurgico per ca mammario: protocollo sperimentale di trattamento (11 pazienti). In *atti XXXIV Congresso SIMFER*, Firenze, giugno 2006.

■ Lippman M.E.

Carcinoma della mammella. In: *Harrison-Principi di Medicina Interna* (Braunwald E et al., ed.), vol 1, 89: 673-681. McGraw-Hill, Milano, 2002.

■ Mornhingweg G.C.

Effects of music preference and selection on stress reduction. *J. Holist. Nurs.* 1992 Jun; 10(2): 101-9.

■ Murati S.S. et al

J NATL Cancer Inst 2008; 100:728-737 – Xagena 2008.

■ Nunez M.J. et al

Music, immunity and Cancer, *Life Science*, 2002 Jul 19; 71 (9).

■ Pelletier C.L.

The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. *J Musictherapy*. 2004 Fall; 41(3): 192-214.

■ Salmon D.

Music and emotion in palliative care. *J. Palliative care*. 1993 Winter; 9(4): 48-52.



MUSICA PER DIMINUIRE IL DISTRESS E PER RAFFORZARE LE STRATEGIE DI COPING*

Guido Antoniotti
Musicoterapista, Biella

For nearly three years, music therapy is one of the permanent proposals of the Foundation "Edo and Elvo Tempia" of Biella which deals with oncology.

Starting from the needs explicitly expressed by the patients, we are not working so much on the elaboration of the critical and painful aspects of the disease, but on the strengthening of the positive resources to confront the difficulties of the daily life. During last year (2011-2012) an investigation was also carried out with the patients who participated in the group of music therapy. The outcome was that music therapy was for them significantly useful to reduce the stress and improve the participants' mood.

"Musicoterapia per me è... un angolo sicuro e protetto.

Un luogo e uno spazio dove potermi rilassare e lasciarmi trasportare dalla musica in paesi lontani, risentendo e rivedendo colori, profumi, calore e le tante persone incontrate.

Ma musicoterapia è anche lasciarmi trasportare per riconoscere le emozioni di paura e di rabbia che ho dentro,

percepire le urla del mio cuore e sentire le lacrime calde scendere sul mio viso

per poi liberarmi attraverso i colpi di un tamburo o suonando altri strumenti...

per uscire più serena e più forte per affrontare la vita"
(L.)

Così ha lasciato scritto una partecipante all'attività di musicoterapia di gruppo presso il Centro di Ascolto Psicologico della Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella. Quelle parole esprimono come l'esperienza del laboratorio di musicoterapia si sia rivelata utile sia per lasciare da parte le ansie e le preoccupazioni legate alla malattia oncologica, sia per rielaborare in modo non verbale alcuni vissuti e gli stati d'animo dolorosi, riuscendo in qualche misura a sfogarsi e a liberarsi, per rafforzarsi e affrontare la vita più serenamente.

Il contesto

La Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella, operando in modo integrato e sinergico assieme all'associazione di volontariato Fondo Edo Tempia e collaborando con le Aziende sanitarie e le Università del Piemonte, si occupa in particolare di

- prevenzione primaria e secondaria,
- psiconcologia,

La musicoterapia fa parte stabilmente delle proposte del Centro di Ascolto Psicologico dal gennaio 2010

- cure palliative,
- formazione e divulgazione medico-sanitaria,
- ricerca scientifica.

Nel contesto della Fondazione il Centro di Ascolto Psicologico è nato nel 1995 con l'obiettivo di prendersi cura di tutti coloro che vivono direttamente o indirettamente l'esperienza della malattia oncologica: dai pazienti in fase di trattamento o di follow-up, generalmente con una discreta autonomia personale, ai loro caregivers (familiari, parenti, volontari, ecc.). Il Centro riconosce l'interdisciplinarietà come una dimensione importante per creare un sistema di cura che tenga conto della globalità dei bisogni delle persone. Per questo, con la mission di promuovere una migliore qualità di vita durante tutto il percorso di malattia, le proposte del Centro di Ascolto Psicologico abbracciano aree diverse: laboratori ricreativi-socializzanti (ad es. cucito, ricamo, maglia, tessitura, bricolage), attività per il benessere psico-fisico (ad es. yoga, pilates, tai chi, massaggio in acqua, ginnastica riabilitativa in acqua per donne operate al seno, laboratorio di make-up), attività più propriamente cliniche (colloqui psicologici, colloqui di counselling, psicoterapia, gruppi di sostegno psicologico, servizio di sostegno telefonico, gruppi di arteterapia, gruppi di musicoterapia).

Impostazione, metodo e obiettivi

La musicoterapia fa parte stabilmente delle proposte del Centro di Ascolto Psicologico dal gennaio 2010. L'attività è gestita da un musicoterapista diplomato e socio AIM, che si avvale di confronti periodici con le psicologhe della Fondazione. Come impostazione teorica e

metodologica, si fa riferimento primariamente alla psicologia psicodinamica intendendo per musicoterapia l'utilizzo dei suoni e della musica come mezzi per sviluppare una relazione terapeutica significativa che, tramite processi di sintonizzazione affettiva basati principalmente sulla comunicazione non verbale, possa favorire una migliore armonizzazione e integrazione intrapersonale e interpersonale, contribuendo a migliorare la qualità della vita.

L'attività, finora riservata soltanto ai pazienti oncologici, prevede un assetto di gruppo, con incontri settimanali di circa 1 ora e mezza ciascuno. Si svolge in un setting protetto, sufficientemente isolato dal resto della struttura (una villa, sede della Fondazione, attornata da un giardino), ben diversa da un ospedale o da un hospice. A disposizione, oltre a un impianto stereo, c'è un ricco strumentario, costituito prevalentemente da membranofoni, idiofoni e cordofoni (oltre a un pianoforte digitale utilizzato dal musicoterapista).

Da gennaio 2010 a giugno 2012 hanno partecipato alle varie sessioni del laboratorio di musicoterapia 18 persone (4 uomini, 14 donne). Il percorso proposto, mai prestabilito a priori, si è sempre sviluppato a partire dalle esigenze dei partecipanti. In particolare le principali aspettative da essi espresse, emerse in più occasioni all'interno del setting musicoterapeutico durante l'attività medesima, si possono riassumere in due principali direzioni:

1. ridurre il distress legato alla malattia ("diminuire l'ansia e le preoccupazioni", "scaricare le tensioni", "rilassarsi", "lasciare da parte i pensieri tristi", ecc.),

2. rafforzare le strategie di coping per far fronte alla crisi (“riacquistare energia”, “scoprire in sé risorse vitali”, “ritrovare slancio”, ecc.).

Per rispondere a questi bisogni è parsa chiara la necessità di lavorare primariamente non tanto sulla rielaborazione delle dimensioni faticose e angoscianti della malattia, che tuttavia talvolta sono emerse, quanto sul potenziamento delle risorse positive presenti in ognuno. Inoltre si è potuto rilevare come fosse spesso più utile dare maggior spazio alla musicoterapia attiva rispetto a quella recettiva, sebbene adottando quasi costantemente

entrambe le tecniche, proponendo cioè pure degli ascolti musicali registrati o condividendo talvolta musiche significative portate dai pazienti stessi. Mentre l’ascolto, non di rado, conduce a un lavoro mentale (cioè a pensare, ricordare, riflettere, facendo spesso riaffiorare anche ricordi dolorosi), la musicoterapia attiva (con l’improvvisazione sonoro-musicale libera, ma anche con esperienze semi-strutturate) permette spesso un maggior coinvolgimento fisico, in modo più istintivo e meno necessariamente riflessivo o introspettivo. Ciò non significa contrapporre psiche e corpo, ma sottolineare che si può arrivare a toccare aspetti profondi del proprio Sé passando prima di tutto attraverso un attivo coinvolgimento fisico (cosa che a volte anche certi ascolti sanno fare). Proprio l’esperienza di mettere fisicamente le mani su degli strumenti musicali e perfino di lasciare che la musica e il ritmo attivino il proprio corpo può contribuire a percepirsi più vivi e vitali. L’esperienza attiva, inoltre, è sembrata spesso rispondere meglio alle aspettative dei partecipanti perché consente di dare maggior spazio all’espressività e alla creatività. Infatti proprio l’azione creativa, in questo caso sonoro-musicale, permette di liberare le tensioni e al contempo lasciar sprigionare nuove energie, permette di scoprire in sé risorse vitali positive e perfino di realizzare nuove donazioni di senso alla propria esperienza dolorosamente segnata dalla malattia. Infatti “il Sé Creativo è una funzione del Sé che corrisponde alla capacità di concepire e realizzare nuove donazioni di senso alla realtà che

ci circonda e che abbiamo dentro” (Cattich, Saglio, 2010).

Un’indagine

I partecipanti all’attività di musicoterapia in vari modi hanno più volte espresso come le sedute

fossero per loro momenti preziosi e significativi. Convinti però dell’importanza di poter in qualche misura rilevare in modo più obiettivo dei risultati, limitando il più possibile il rischio di compiacere il musicoterapista (experimenter bias), nel periodo compreso

I partecipanti all’attività di musicoterapia in vari modi hanno più volte espresso come le sedute fossero per loro momenti preziosi e significativi

tra ottobre 2011 e giugno 2012 è stata realizzata un’indagine volta a valutare l’impatto delle sedute sui partecipanti al gruppo di musicoterapia. Sono stati coinvolti 7 pazienti con diagnosi di tumore, di cui 5 donne e 2 uomini (età media: circa 60 anni), tutti in fase di trattamento o di follow-up. Prima di iniziare l’indagine, che ha abbracciato 32 sedute, i partecipanti hanno compilato una scheda per esprimere il loro consenso informato e tutto il materiale cartaceo è stato accuratamente custodito negli archivi del Centro di Ascolto Psicologico della Fondazione. È stato preparato un questionario costruito secondo la metodologia VAS – Visual Analogue Scale (Aitken, 1969), strumento molto semplice e di facile impiego, che si presta a un uso ripetuto anche a brevi intervalli di tempo. Il questionario comprendeva 4 parametri visivamente rappresentati da segmenti non graduati di 100 mm ciascuno, i cui estremi (anchor points) indicavano il grado minimo e massimo di disagio percepito dal paziente rispetto all’item specifico. Lo strumento è stato compilato autonomamente dai pazienti all’inizio e alla fine di ogni singola seduta, per rilevare gli eventuali cambiamenti rispetto alla situazione di partenza. La compilazione è avvenuta in forma anonima, assegnando dei codici in maniera casuale a ciascun paziente.

Il questionario mirava a raccogliere la valutazione soggettiva dei partecipanti rispetto ai seguenti parametri:

- 1) tensione/agitazione,
- 2) tono dell’umore,
- 3) dolore fisico,

4) paura circa il proprio stato di salute.
In media ciascun paziente ha partecipato a 23 sedute su 32 effettuate, con un minimo di 18 sedute fino ad un massimo di 28 sedute.

Risultati e considerazioni

I dati emersi dai questionari sono stati raccolti ed elaborati per esaminare il cambiamento pre-post seduta da un operatore non al corrente dello scopo dell'indagine. Sono stati riassunti secondo tre dimensioni: "meglio", "uguale", "peggio", in base al confronto delle risposte al test. Di seguito riportiamo i grafici relativi a ogni singolo item del questionario, in cui le percentuali sono state calcolate tenendo conto della media delle risposte dei partecipanti in ogni seduta (vedi grafici 1, 2, 3 e 4).

Questi dati testimoniano come i pazienti, mediamente, abbiano percepito al termine delle sedute un cambiamento positivo soprattutto circa i primi due parametri, con una significativa riduzione del livello di tensione (60,62%) e un miglioramento del tono dell'umore (58,39%). Un peggioramento relativo a questi due items è segnalato solo occasionalmente e soltanto da alcuni pazienti, con conseguenti percentuali globali relativamente basse.

L'attività di musicoterapia, invece, pare produrre un beneficio meno significativo rispetto alla percezione del dolore fisico (41,37%) e alla

paura per il proprio stato di salute (34,41%). Si scende dunque sotto il 50%, mentre diventa più frequente una non variazione rispetto alla situazione pre-seduta. Inoltre le percentuali relative a un peggioramento risultano cresciute rispetto a quanto rivelato per l'agitazione e il tono dell'umore.

Si può quindi ritenere che un'attività di musicoterapia di questo tipo incida assai di meno sulla percezione del dolore e sulla paura per la propria salute. Essa invece sembra risultare più utile per migliorare l'umore e ridurre sensibilmente la tensione, coerentemente con alcune delle fondamentali aspettative espresse dai pazienti (ridurre le tensioni, lasciar da parte i pensieri tristi, ritrovare energia) e, di conseguenza, con il tipo di lavoro realizzato. Questi due items, inoltre, paiono avere una correlazione significativa, come emerge anche dall'analisi dei risultati medi del gruppo seduta per seduta: infatti si può notare come la riduzione dell'agitazione e il miglioramento dell'umore seguano molto spesso un andamento simile (vedi grafico 5). Se infine si analizzano le risposte dei singoli partecipanti (vedi grafici 6-12) si possono fare ulteriori rilievi. Ovviamente per alcuni si ha conferma dei risultati medi globali. È così, in particolare, per le risposte dei pazienti A, B, C, D, in cui addirittura, non di rado, per i primi due items, è del tutto assente la percezione

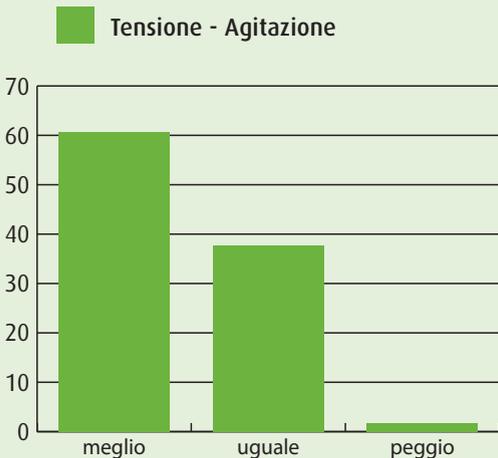


Grafico 1

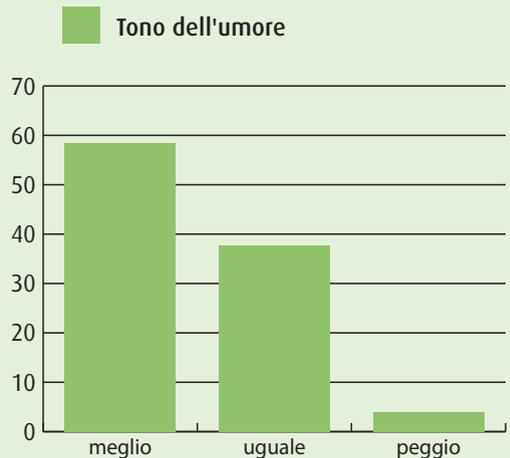


Grafico 2



Grafico 3



Grafico 4

di un peggioramento al termine delle sedute. Si noti come per 3 pazienti (A, B, C) i valori relativi alla riduzione dell'agitazione e della tensione sono molto alti, superando l'80%. Per altri partecipanti, invece, come F e G, prevale la percezione di un non significativo cambiamento da pre a post-seduta, ma le percentuali relative a un peggioramento sono relativamente basse. Senz'altro non bisogna dimenticare che

l'indagine, con lo strumento utilizzato, si basava su misurazioni soggettive e istintive; pertanto vanno tenute in conto le inevitabili differenze di valutazione delle singole persone (oltre che di percezione). Inoltre, almeno in alcuni casi, la situazione all'inizio delle sedute era già discreta se non addirittura buona, per cui il prevalere di una non variazione non va considerato un dato negativo.

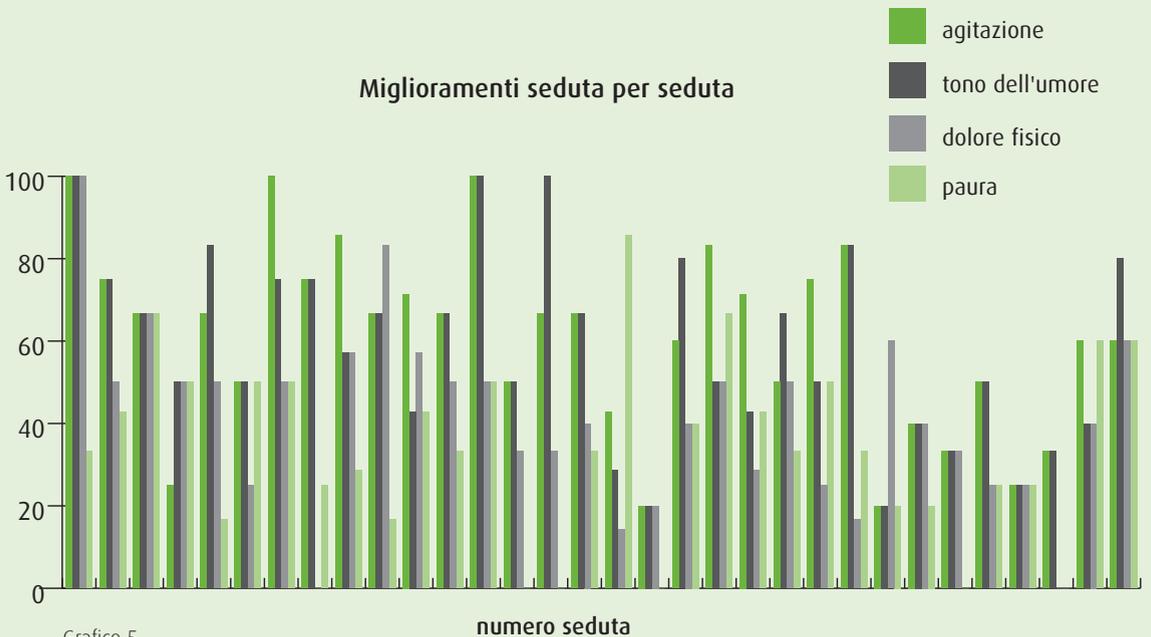


Grafico 5

Conclusioni

L'indagine realizzata, presso il Centro di Ascolto Psicologico della Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella, pur non costituendo affatto un

lavoro di ricerca scientificamente riconoscibile, ha permesso di raccogliere e misurare alcune delle percezioni soggettive di coloro che, per un intero anno, hanno partecipato a un'attività

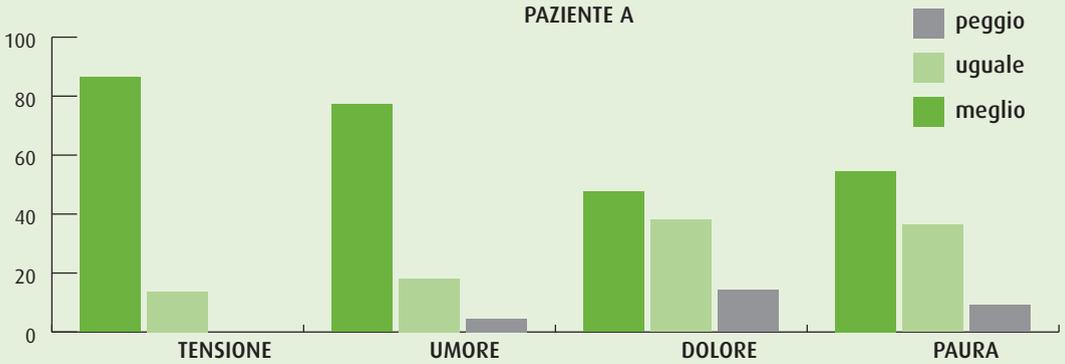


Grafico 6

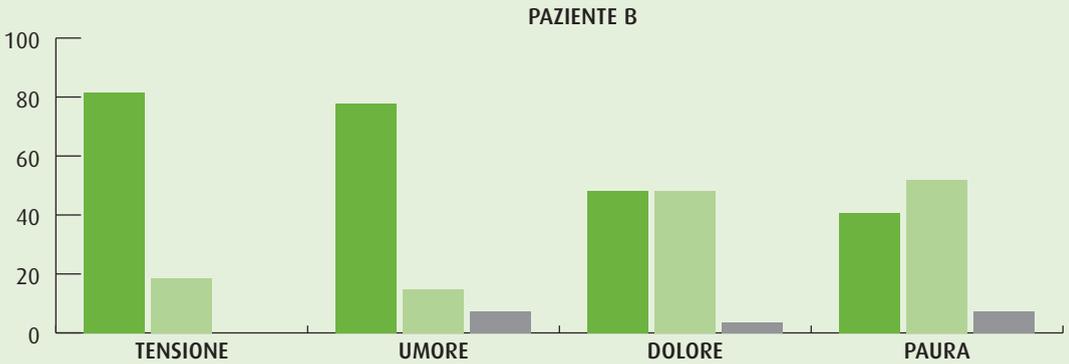


Grafico 7

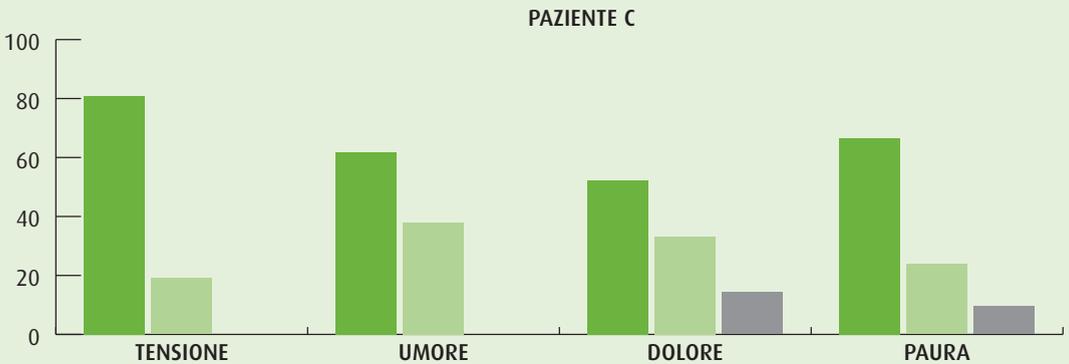
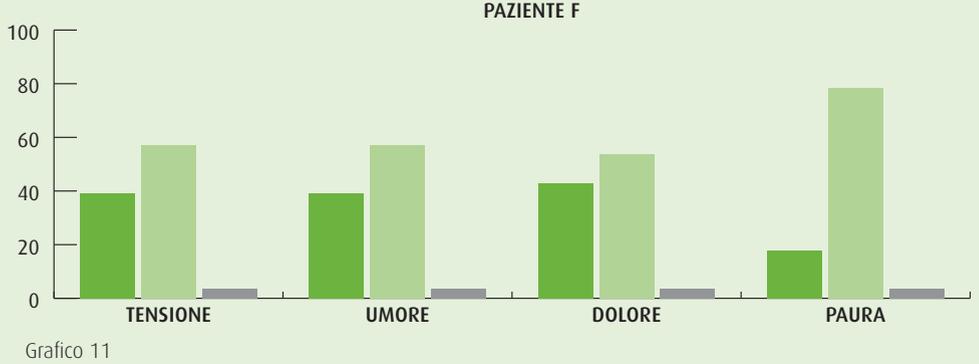
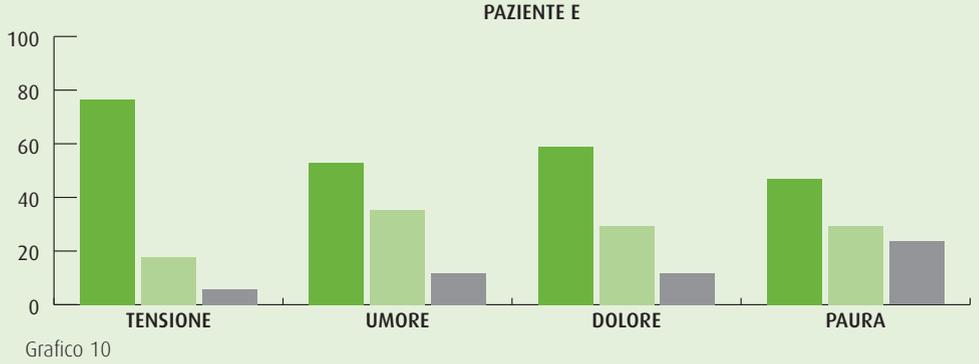
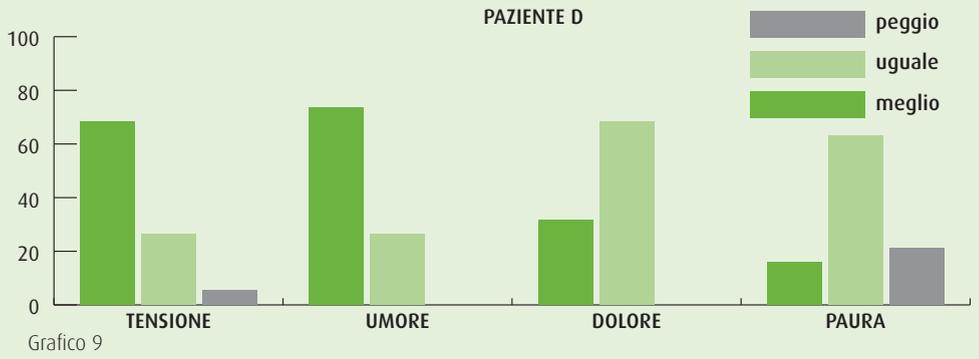


Grafico 8



di musicoterapia di gruppo. I risultati ottenuti testimoniano fondamentalmente un significativo impatto positivo delle sedute di musicoterapia per i partecipanti. Sarebbe importante, però, poter verificare l'effetto della musicoterapia a lungo termine (non solo al termine delle singole sedute) e poter ottenere risultati scientificamente più attendibili. Ciò incoraggia a proseguire sul campo una ricerca maggiormente strutturata, con un campione più ampio di pazienti, verificando la possibilità di poter confrontare i risultati con un gruppo di controllo, andando a valutare con opportuni strumenti, clinicamente testati, altri parametri come l'ansia, la depressione, la qualità della vita.

* Relazione presentata in occasione del Convegno Nazionale "Musicoterapia in Oncologia", 22/09/12, Fondazione Edo e Elvo Tempia, Biella

Bibliografia

■ AA. VV.

Regolazione delle emozioni e arti-terapie.

A cura di Ricci Bitti Pio Enrico, Carrocci, Roma, 1998.

■ Cattich N., Saglio G.

L'oltre e l'altro. Arte come terapia,

Priuli & Verlucca, Scaramagno, 2010.

■ Di Benedetto A.

Prima della parola. L'ascolto psicoanalitico del non detto attraverso le forme dell'arte,

FrancoAngeli, Milano, 2000.

■ Gaita D.

Il pensiero del cuore. Musica simbolo inconscio, Bompiani, Milano, 1991.

■ Gaggero G.

Esperienza musicale e musicoterapia,

Mimesis, Milano, 2003.

■ Manarolo G.

Manuale di Musicoterapia. Teoria, Metodo e Applicazioni della Musicoterapia,

Cosmopolis, Torino, 2006.

■ Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M.

Musicoterapia, Carrocci, Roma, 1997.



MUSICOTERAPIA IN HOSPICE PER IL MALATO E I FAMILIARI

Mariagrazia Baroni

Musicista, Musicoterapista, Albinea (RE) - Fidenza (PR)

This article presents the experience working as a musictherapist in a hospice providing care for terminally ill patients. The pre-requisites required for practising musictherapy are:

- *The necessity for intervention tailored to the needs of the individual*
- *Particular attention to the personal relationship established with such individuals and to their psycho- social-spiritual needs*
- *The recognition of musical creativity and expression as powerful forms of non-verbal communication including in moments of particular difficulty and fragility.*

The article draws on experience from day-to-day activities in the Hospice to provide a reference framework for the application of music therapy to palliative care in a hospice setting using a case-based approach, with the presentation of aims, the methodology and organisational aspects. Key words: musictherapy, music, palliative care.

“Il cervello dell’uomo è ruminante, rimastica le informazioni dei sensi, le combina in probabilità. L’uomo così è capace di premeditare il tempo, progettarlo. È pure la sua dannazione, perché dà la certezza di morire... L’uomo non sopporta la fine, dopo averla saputa si distrae, spera di avere sbagliato previsione.”

(E. De Luca, *Il peso della farfalla*)

Cure palliative e hospice

La Musicoterapia (Mt) nell’ambito delle cure palliative è una disciplina relativamente recente in Italia e risale all’ultimo decennio.

Per cure palliative intendiamo la cura attiva e globale dei malati quando la malattia non risponde più ai trattamenti specifici, il controllo del dolore e degli altri sintomi per migliorare la qualità di vita, l’impegno per una cura attenta del corpo, il supporto alle problematiche psicologiche, sociali e spirituali del malato e dei familiari.

La fase terminale della vita è riconosciuta come un periodo importante dell’esistenza di un individuo, nel rispetto della volontà del paziente, con l’accompagnamento ad una morte dignitosa, riconoscendo e difendendo l’identità di ciascuno fino alla fine.

In hospice, oltre ai programmi di cura e l’assistenza alla famiglia, una particolare attenzione è data alla relazione e alla comunicazione come possibilità preziosa per realizzare l’accompagnamento del malato e come strumento fondamentale tra i vari

All'hospice di Reggio Emilia e di Fidenza la Mt è offerta in risposta ai bisogni psico-sociali e spirituali della persona.

professionisti coinvolti nel processo di cura. L'attenzione allo sviluppo delle diverse interazioni, con il malato e i familiari e tra professionisti, è l'aspetto fondamentale per una ricomposizione e comprensione della situazione del malato, per giungere ad una visione globale e non parcellizzata.

È all'interno di questa consapevolezza che trova spazio la proposta della Mt in hospice arricchendo l'équipe, già composta di professionalità differenti, per operare in modo multidisciplinare e garantire un piano di intervento il più possibile personalizzato. Presupposti fondamentali per il musicoterapista che intende lavorare in cure palliative-hospice sono:

- l'attitudine e la predisposizione all'incontro profondo con il malato a fine vita,
- la flessibilità nel condurre sedute di volta in volta differenti (in particolare negli aspetti di durata e intensità),
- l'utilizzo di una osservazione fine per riconoscere e valorizzare lo "stile" espressivo-comunicativo della persona anche a fine vita
- la disponibilità al confronto con gli altri professionisti dell'équipe (infermieri, medici, psicologi, consulenti, fisioterapisti, volontari...)
- l'intenzione di portare a conclusione il proprio lavoro anche in caso di interruzione del percorso di mt (a causa di peggioramenti o decesso improvviso) attraverso la riflessione personale sul proprio operato e la supervisione

- la disponibilità al lavoro su di sé per confrontarsi con la propria condizione di terminalità
 - la partecipazione alla formazione continua e alla supervisione dell'équipe in hospice.
- All'hospice di Reggio Emilia e di Fidenza la Mt è offerta in risposta ai bisogni psico-sociali e spirituali della persona. È concepita quindi come punto d'incontro e di integrazione tra musica/ suono e relazione con l'altro, all'interno del lavoro di équipe, in un confronto quotidiano con gli altri operatori che seguono il malato. In una dimensione di ascolto empatico, di accoglienza e non giudizio, con flessibilità e rispetto dei tempi e modi di ciascuno, sono proposti un tempo e spazio di incontro nel quale il malato può:
- manifestare ciò che sente, prova o teme circa la propria condizione
 - scoprire e/o recuperare, attraverso la musica, momenti di risorsa personale da condividere con i familiari
 - ricordare e far riemergere aspetti ed esperienze piacevoli della propria vita (spesso dimenticati), connessi ad una visione positiva di sé
 - affrontare il tema della separazione e della morte.

Organizzazione degli interventi

Presso l'hospice "Casa Madonna dell'Uliveto" la Mt è stata attivata dal settembre 2003 come proposta bisettimanale, diretta ai malati. Dopo

una fase iniziale di sperimentazione durata circa tre mesi (settembre-dicembre 2003), nella quale sono stati raccolti dati ed effettuate valutazioni periodiche con la responsabile del servizio, la Mt è stata introdotta in modo continuativo.

Nel 2005 è stata estesa anche a domicilio una volta a settimana, per quei malati dimessi che si sono mostrati interessati ed in condizione di partecipare. Dal 2006 è stata proposta anche come intervento per il familiare (moglie, marito o figli) durante il ricovero del proprio congiunto o nella fase del lutto. Dal novembre 2007 la presenza del musicoterapista in hospice garantisce la possibilità di tre sedute settimanali. La Mt è proposta a quei malati che manifestano difficoltà ad esprimere e comunicare il proprio vissuto per tratti di personalità/carattere, per fase di chiusura, per angoscia paralizzante, per difficoltà cognitiva di varia origine:

- disagio emotivo
- chiusura e isolamento
- sintomi fisici stressanti
- interesse/piacere per la musica
- richiesta diretta
- senso di solitudine, abbandono.

Il criterio principale di esclusione o sospensione della Mt riguarda la gravità della condizione clinica presente all'ingresso o sopraggiunta durante la degenza. L'invio dei malati alla Mt è concordato con l'infermiere coordinatore:

il musicoterapista riceve informazioni sui malati, accede alla cartella clinica, collabora alla realizzazione del progetto assistenziale personalizzato per gli aspetti inerenti l'area psico-socio-spirituale, effettua una valutazione di fattibilità iniziale dell'intervento, partecipa alle riunioni di équipe e alle discussioni dei casi. Inoltre, definisce gli obiettivi d'intervento che sono strettamente collegati alla condizione del malato all'ingresso e al motivo del ricovero segnalato in cartella (controllo del dolore e degli altri sintomi, supporto psicologico al paziente e/o ai familiari, sollievo alla famiglia, accompagnamento alla morte).

Proposte personalizzate

Le sedute si svolgono nella camera del malato, quando non è possibile spostarsi, o nella sala

della musica, dotata di un pianoforte e di strumenti musicali di differenti caratteristiche e dimensioni, oltre ad un impianto audio per l'ascolto. Gli incontri sono individuali con la presenza di familiari, se gradita al malato e se interessati. La durata delle sedute è variabile, da un minimo di 20 ad un massimo di 50 minuti, in base alla disponibilità e alla reale possibilità del malato a partecipare. Considerando l'evoluzione clinica dei malati oncologici in fase avanzata di malattia, che da una seduta all'altra può manifestare cambiamenti sostanziali, è necessaria flessibilità nella conduzione dell'incontro e una concezione delle sedute in sé complete, pur mantenendo aperta, quando possibile, l'opportunità di proseguire il percorso.

Dopo una presentazione e conoscenza iniziale, in cui emergono gli interessi, i gusti musicali, le potenzialità e capacità d'interazione, la disponibilità ad esplorare e suonare strumenti musicali, il musicoterapista propone l'elaborazione in musica dei contenuti emersi. Il lavoro si svolge nel rispetto della persona attraverso un'osservazione fine delle modificazioni fisiche ed emotive e mediante semplici domande che favoriscono la partecipazione attiva del malato nella misura in cui è disposto a lasciarsi coinvolgere nella relazione.

Le modalità di intervento sono differenti in base alla predisposizione del malato e dei familiari (se presenti):

- scelta di brani e canzoni da ascoltare e/o cantare
- songwriting
- improvvisazione libera.

Scelta di brani e canzoni da ascoltare o cantare

È l'utilizzo di brani musicali per ricostruire la propria storia e il proprio passato attraverso canzoni e musiche significative per il malato. Il cammino della malattia è spesso un cammino di privazione e perdita della propria identità: un corpo trasformato, uno stile di vita modificato, la perdita del lavoro, delle attività, degli interessi. Incontrando malati e familiari

si ha l'impressione che nel tempo ultimo non ci sia posto per le passioni e neppure per la soddisfazione e il piacere che da esse derivano. Iniziare l'intervento di Mt con brani musicali e canzoni che il malato sceglie secondo le proprie preferenze facilita la conoscenza, aiuta a prendere confidenza con una situazione insolita e infrange le barriere culturali rispetto al non sentirsi in grado di suonare piccoli strumenti. La possibilità di riconoscere musica nota e familiare, richiama ricordi e vissuti positivi e conduce a un senso di soddisfazione e recupero della propria identità (Dileo, 2007; Hilliard, 2007).

La risposta alla musica si conserva anche nelle persone in stato di confusione e perdita di memoria. La Mt si rivolge «alle emozioni, alle facoltà cognitive, ai pensieri e ai ricordi – insomma, al “sé” sopravvissuto del paziente – per stimolarli e farli riemergere. Mira ad arricchire e ampliare l'esistenza, offrendo libertà, stabilità, organizzazione e concentrazione. La percezione, la sensibilità, l'emozione e la memoria musicali possono sopravvivere anche quando altre forme di memoria sono scomparse da molto tempo. Una musica del tipo giusto può aiutare a orientare e ancorare un paziente quando ormai non è rimasto quasi nulla in grado di farlo» (Sacks, 2008).

Il Signor A., di 50 anni, affetto da grave glioblastoma, alterna rari momenti di lucidità a confusione, perdita della memoria, deficit di equilibrio. Fatica a riconoscere le persone e sembra non ricordare nulla se non a breve termine. Quando ascoltiamo le sue canzoni preferite segue il tempo e il ritmo suonando un piccolo tamburello, canta alcune frasi, appare sorridente e calmo. Rammenta episodi legati a quelle musiche e racconta momenti sereni trascorsi con la figlia adolescente.

Il tono dell'umore si modifica, il corpo si rilassa dalle tensioni, la mente si distrae dai pensieri pesanti, la persona dimentica il dolore, che coinvolge fisico e psiche, ed ha accesso ad una visione di sé altra dal contesto quotidiano della malattia.

“Non credevo di aver passato momenti così

belli nella vita” dice la signora I., che ascolta ad occhi chiusi, a tratti cantando e sorridendo; mi guarda e continua: “Ci sono dei momenti nella musica che ti avvolgono... Li senti dentro...”.

La Signora E. all'inizio appare titubante alla proposta di ascoltare musica insieme, è concentrata sul proprio dolore e dice di non aver voglia di nulla, ma al termine afferma “il pensiero si è staccato... ci vorrebbe tutti i giorni”.

La possibilità di scegliere canzoni o ascoltare musiche selezionate è utile soprattutto per quelle persone che si trovano in stato fisico di grave astenia o dispnea e non sono in grado di utilizzare piccoli strumenti se non per un breve tempo nella seduta.

La signora G. è una grande appassionata di canzoni italiane dagli anni '60 ad oggi; ama cantare con me i ritornelli e le frasi che le tornano in mente, di volta in volta differenti. Negli incontri successivi porto le registrazioni e i testi di quanto cantato insieme e, ascoltando l'intera canzone, si stupisce di come le parole mettano in luce gli aspetti dolorosi della sua condizione: la separazione e lontananza dai propri cari, la paura del futuro, il desiderio e il coraggio di combattere ancora.

In alcuni casi diventa anche un modo per dire ciò che è inesprimibile a parole e occuparsi di sé (Hogan, 1999; Magill, 2007).

La signora A., giovane donna sposata da poco, quando partecipa alle sedute di Mt insieme al marito si diverte nel vederlo giocare e scherzare con gli strumenti, come “un giullare d'oro”; la sala si riempie di risa e sorrisi, di una energia superiore alle sue possibilità ma che lei gradisce e dalla quale trae forza. Durante gli incontri in cui lei partecipa da sola, preferisce ascoltare canzoni che sceglie con attenzione: Ho perso le parole (Ligabue), One (U2) e afferma: “è il mio lato romantico che esce... mi manca molto”.

Il signor A. attende con desiderio le sedute di Mt per recarsi nella sala della musica con la propria chitarra e suonare insieme, lui alla chitarra, io al pianoforte. Sceglie canzoni che era solito suonare nelle celebrazioni domenicali della propria comunità: canzoni per dire grazie alla vita e al

proprio creatore, ma che esprimono anche la paura e la durezza del lasciare questo mondo. Afasico, non rinuncia a sussurrare le parole che io canto con lui e per lui.

In altri casi, la scelta di brani e canzoni è un mezzo per riconoscere e comunicare i propri pensieri e sentimenti alla persona amata, un modo per esprimere i propri bisogni spirituali, compreso quello del dirsi addio affermando, uno all'altro, l'amore di una vita. Alla «ricerca di un significato della vita e dell'esperienza vissuta nell'approssimarsi della morte» come afferma Angelo Brusco, superiore dei Camilliani (Marzi, Morlini, 2005).

Durante l'ultima seduta di Mt, due giorni prima del decesso del signor C., la moglie chiede di poter ascoltare una canzone che definisce "dei nostri tempi: lo che amo solo te". Durante il brano, tiene la mano al marito, guardandolo fisso negli occhi, cantando per lui parole d'amore. Al termine, il signor C., con voce flebile e respiro affannoso, afferma:

«i nostri nipoti sono testimonianza viva del nostro amore». Insieme manifestano il bisogno di dirsi addio, con uno sguardo alla vita che continua nel futuro della propria famiglia, attraverso i nipoti.

Songwriting

L'utilizzo del Songwriting è molto diffuso nella Mt anglosassone, in particolare nelle cure palliative, sia per i malati, sia per i familiari. Jane Lings (Lings, 2007), musicoterapista al St. Peter's Hospice di Bristol (UK), narra delle molte esperienze in cui ha lavorato con genitori che scrivono canzoni per i propri figli o per il coniuge. La motivazione principale nell'uso del songwriting nasce dal desiderio di poter lasciare qualcosa di sé agli altri, anche dopo la propria morte; allo stesso tempo è utilizzato per poter dare forma a ciò che non si riesce a dire, per comprendere e chiarire i propri pensieri, facilitandone l'emergere sul flusso di una melodia. Come accade nell'improvvisazione musicale, il processo del comporre insieme richiede un ascolto attento, un dare valore (ma non necessariamente risposte) alle domande profonde che spesso arrovellano la mente del

malato; inoltre richiede al musicoterapista di farsi strumento o voce attraverso il quale lui o lei possano produrre musica. Spesso le parole escono di getto, inaspettate, o prendono forma da una riflessione a voce alta che sembra detta dal malato fra sé e sé.

La Signora F. ama molto le canzoni italiane in particolare quelle d'amore. Mi chiede spesso di cantare per lei o di ascoltare brani che preferisce. Durante ogni incontro parla del marito e manifesta il grande dolore per la sua scomparsa, quando si tolse la vita molti anni prima. F. ha molte domande in sospeso che non ha potuto fare e sono rimaste vive nella sua memoria. Le chiedo se ciò che sta dicendo possa diventare il testo per una canzone e di getto inizia, chiedendomi di suonare alla chitarra e di aiutarla a cantare. Nasce così una breve, intensa canzone dedicata al marito.

Free Improvisation Therapy

La possibilità di utilizzare l'improvvisazione libera (Alvin, 1975; Wigram, 2004) in hospice dipende prevalentemente da due fattori, culturali e personali:

- la maggiore o minore predisposizione a mettersi in gioco, lasciarsi coinvolgere in una nuova esperienza, senza timore di non saper suonare;
- la condizione fisica e il tempo a disposizione, spesso molto breve.

In questi anni di lavoro nel 19% dei casi il percorso di Mt è stato interrotto, dopo 1 o 2 incontri, a causa di un rapido peggioramento delle condizioni cliniche che ha condotto in breve tempo al decesso.

L'esperienza dell'improvvisazione libera, anche per poche occasioni, è un momento di contatto empatico intenso, che facilita il malato nella comunicazione profonda del proprio stato di disorientamento e paura, spesso rimossi, o di angoscia paralizzante.

Il Signor G. appare chiuso in se stesso e disinteressato alle proposte. Si emoziona a sentire che in Hospice c'è musica: "non credevo possibile trovare al mondo un posto in cui si può ancora suonare!"; le parole nascondono il riferimento ai luoghi di cura che ha conosciuto

nel cammino della malattia e la privazione di una passione così grande, ma svelano anche lo stupore e il desiderio per poter riprendere una esperienza così familiare. Mi chiede di portare l'ocarina, che suona anche se con difficoltà per il respiro flebile, poi soddisfatto e stanco dice di voler riposare.

La Signora T. è curiosa e vuole scoprire cose nuove. Esplora la tastiera del pianoforte con le due mani, poi chiede "vorrei una bella musica": intona, a bocca chiusa, un motivo semplice in forma di nenia, cullante, malinconica; io suono per lei al pianoforte, seguendo la sua voce e T. si rilassa, sorridendo. "Questa musica la sento molto mia... ha a che fare con me".

Quando i tempi si allungano e la relazione cresce l'improvvisazione musicale offre l'opportunità di:

- acquisire e sviluppare nuove capacità di comunicazione ed espressione musicali
- uscire dall'isolamento, dall'assenza di comunicazione
- esplorare e integrare differenti livelli di sé
- prendere atto di emozioni contrastanti e far coesistere stati apparentemente opposti
- narrare, in modo simbolico, il proprio mondo interiore e manifestare differenti stati emotivi.

«In musica la gioia e il dolore esistono simultaneamente e di conseguenza ci permettono di vivere un senso di armonia. In essa coesistono sempre elementi opposti, a volte persino in conflitto tra loro. La musica accetta in ogni momento i commenti di una voce da parte dell'altra, e tollera gli accompagnamenti sovversivi come l'antipode necessario delle voci principali. In musica il conflitto, il rifiuto, l'impegno coesistono sempre» (Barembain, 2007).

Il Signor M. è persona curiosa, studioso, poliglotta, è ricoverato in hospice dopo un intervento che gli ha causato anche una grave afasia. È appassionato di musica e nella Mt scopre una nuova possibilità di dialogo utilizzando l'improvvisazione al pianoforte. M. aumenta la conoscenza e la familiarità con gli strumenti musicali per improvvisare e suonare la propria musica. Gradualmente

inizia a narrare, suonando al piano, i diversi stati in cui si trova, "come dolcezza e paura". Dice "facciamo una storia...", chiedo "che storia è?", "di uno che arriva.. sta e vive.. e poi.. mah!". E la musica, nei suoi differenti aspetti di ritmo, melodia e forma, esprime la solitudine, il disorientamento che deriva dalla malattia, l'ansia per il futuro, la paura di perdersi nel dolore, la volontà di andare avanti, nonostante la malattia.

Anche quando le condizioni peggiorano la Mt è per M. un momento in cui attingere forza e serenità: l'improvvisazione è leggera, fatta di piccoli suoni, a volte rarefatti. Negli ultimi giorni la voce acquista un grande valore: una melodia cantata a bocca chiusa, che M. prende e ripropone, a volte insieme, a volte alternati. Per l'ultimo incontro registro su cd, suonando al pianoforte, le musiche che ci hanno accompagnato in questo lungo cammino. Ascoltiamo la registrazione insieme alla moglie, quando il Signor M. non è più cosciente. M. morirà il giorno dopo vicino alla moglie, avvolto dalla musica (Baroni, 2008).

Valutazione

Per la raccolta dati e le valutazioni periodiche è stata messa a punto una scheda di rilevazione delle informazioni essenziali (di tipo relazionale, musicoterapico, musicale) relative allo svolgimento delle sedute.

Una valutazione sull'efficacia e l'accoglienza della Mt è effettuata con l'infermiere coordinatore in itinere e nell'aggravarsi della condizione clinica del malato. Oltre agli aspetti strettamente musicali e musicoterapici, oggetto di osservazione da parte del musicoterapista, la valutazione sull'efficacia della Mt prevede un confronto su alcuni indicatori di tipo qualitativo, che riguardano in particolare la riduzione di tensione muscolare (viso disteso, respiro regolare), il miglioramento del tono dell'umore, la presenza di atteggiamenti di apertura verso l'altro (presenza del sorriso, contatto visivo, disponibilità a comunicare), la riduzione del dolore (percezione soggettiva), la diminuzione delle chiamate degli operatori, la riduzione dell'ansia e il contenimento della sofferenza

Bibliografia

■ Alvin J.

Music therapy. London:
John Clare Books, 1975.

■ Baremboin D.

La musica sveglia il tempo.
Feltrinelli, Milano, 2007.

■ Baroni M.

Communication when Words Fail –
Improvisation in Palliative Care.
Muziek Therapie, Nieuwsbrief BMT vzw
2008; 20: 9-12.

■ Dileo C.

Final Moments: the use of Songs in
relationship completion at the End of Life.
Da: *7th European Music Therapy Congress*.
Eindhoven, August 2007.

■ Hilliard R.

Communicating through Music in End-of-Life
Care. Da: *7th European Music Therapy
Congress*. Eindhoven, August 2007.

■ Hogan B.

Music Therapy at the end of life.
Searching for the rite of passage. In:
Aldridge D. *Music Therapy in Palliative
Care – New voices*. Jessica Kingsley
Publishers, 1999.

■ Lings J.

Songwriting and MusicTherapy.
Da: Workshop presso *MusicSpace Italy*,
Bologna, Ottobre 2007.

■ Magill L.

Music therapy and spirituality and the
challenges of end-stage illnesses. Da:
7th European Music Therapy Congress.
Eindhoven, August 2007.

psicologica (riferiti dal paziente), oltre alla soddisfazione personale e alla disponibilità a proseguire le sedute.

Periodicamente (ogni tre mesi) è previsto un incontro di valutazione complessiva dell'intervento in hospice con la responsabile del servizio. I temi presi in esame riguardano gli aspetti organizzativi (continuità della presenza del musicoterapista, linee-guida sul setting, riflessioni sulla realizzazione degli interventi), aspetti inerenti l'andamento e l'accoglienza della Mt (durata dei percorsi con i pazienti in rapporto all'entità complessiva dell'investimento; considerazioni, anche quantitative, di partecipazione dei malati nel trimestre; analisi delle difficoltà e/o motivazioni della non partecipazione dei malati); aspetti inerenti la partecipazione e collaborazione all'interno dell'équipe (integrazione/relazione con l'équipe; modalità di raccordo con i medici e con la psicologia; proposte formative e informative dirette all'équipe su aspetti di comunicazione non verbale, musicali e legati alla Mt).

La Mt è spesso un tempo dedicato al facilitare la presa di contatto con la propria situazione e i propri bisogni, anche spirituali. Nella progressione della malattia la musica diventa un mezzo e, allo stesso tempo, una cornice preziosa per uscire dall'isolamento, dal dolore, distrarsi da pensieri ricorrenti, scoprire e arricchirsi di nuove espressioni musicali, narrarsi in modo simbolico e manifestare, secondo quanto possibile a ciascuno, il proprio mondo interiore.

Nell'offrire ai pazienti l'opportunità di essere creativi attraverso la musica, apriamo esperienze in cui ogni persona può manifestarsi ben oltre la malattia, in uno spazio di ascolto e accudimento che diventa importante per chi soffre. «La musica non è separata dal mondo; può aiutare a dimenticarci di noi e al tempo stesso a capirci... in musica due voci dialogano simultaneamente, ognuna si esprime nella forma più piena, e al tempo stesso ascolta l'altra. Da ciò nasce la possibilità di imparare

non solo la musica ma dalla musica – un impegno che dura una vita» (Wigram, 2004). Non in tutti i casi è stato possibile coinvolgere i familiari. Siamo consapevoli che le storie di malattia modificano e appesantiscono situazioni a volte già complesse di cui noi possiamo conoscere solo una piccola parte. I familiari che hanno partecipato, hanno condiviso momenti di sollievo dal peso e dalla fatica: la musica ha facilitato la vicinanza e la manifestazione di affetto, ha dato forma anche al pianto e al dolore del distacco.

La Mt offre una dimensione dilatata in cui non sono i secondi a scandire il tempo, ma l'intensità dell'incontro con l'altro, in cui ci si può sentire compresi anche nelle parti più dure di sé, dalla rabbia al rifiuto, dalla chiusura all'incomunicabilità.

È una sospensione, "la musica è un luogo in cui la mia mente e il mio corpo non combattono e possono stare in pace..." (Lings, 2007).

segue **Bibliografia**

■ Marzi A, Morlini A.

L'hospice al servizio del malato oncologico grave e della sua famiglia.

McGraw-Hill, 2005.

■ Sacks O.

Musicofilia. Adelphi, Milano, 2008,

■ Wigram T.

Improvisation. Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students. Jessica Kingsley Publishers, 2004.

recensioni

a cura di Luca Zoccolan

Musicoterapia in Oncologia

Primo Convegno Nazionale a Biella.

Si è svolto a Biella il 22 settembre 2012 il Primo Convegno Nazionale sulla **“Musicoterapia in Oncologia”**, organizzato dalla Fondazione Edo ed Elvo Tempia (che si occupa da più di trent'anni di lotta contro i tumori) con la collaborazione dell'A.S.L. di Biella. Il convegno ha visto la viva partecipazione di circa 200 persone: molti musicoterapisti e studenti in musicoterapia, ma anche medici, psicologi, insegnanti, musicisti, educatori, infermieri, liberi professionisti, ecc., a testimonianza che si trattava di una tematica particolarmente interessante da più punti di vista. La giornata, caratterizzata da un clima di intensa condivisione, è stata aperta dai consueti saluti iniziali e in particolar modo da un'introduzione del prof. Paolo Cerlati (coordinatore scientifico del convegno), che assieme al dott. Alberto Clerico (primario del dipartimento di oncologia dell'ospedale di Biella) e al dott. Pietro Presti (direttore generale della Fondazione Edo ed Elvo Tempia), è stato una delle principali anime del convegno stesso. Cerlati, tra l'altro, ha messo in luce come tale appuntamento fosse frutto di un cammino ormai di alcuni anni, durante i quali si sono concretizzati altri appuntamenti di sensibilizzazione sull'utilizzo della musicoterapia in oncologia (in particolare in occasione delle due mostre-convegno nazionali “Contaci” nel marzo 2010 e nell'ottobre 2011, sempre a Biella) mentre pressoché simultaneamente veniva avviata un'attività clinica di musicoterapia per pazienti oncologici presso il Centro di Ascolto Psicologico della Fondazione Tempia.

Per gli interventi dei relatori sono state

privilegiate esperienze di lavoro in équipe e in contesti istituzionali, in particolar modo in collaborazione con le A.S.L., negli ospedali e negli hospices. Affinché la musicoterapia riceva maggiore diffusione e soprattutto maggiore riconoscimento è infatti importante che essa possa entrare nei protocolli delle A.S.L. e direttamente nelle sue strutture, anche se in Italia non esiste ancora una normativa pubblica che regolamenti la professione. Le varie esperienze condivise nel convegno, malgrado nel panorama italiano non siano molte, incoraggiano senza dubbio a cercare di promuovere sempre di più la musicoterapia negli ospedali e nelle strutture sanitarie. La prima parte della giornata è stata dedicata primariamente a progetti di musicoterapia in hospice.

Il primo intervento ha riguardato l'esperienza di Mariagrazia Baroni e Mirta Rocchi presso la Casa Madonna dell'Uliveto di Montericco di Albinea (Reggio Emilia), in cui la musicoterapia è inserita da ormai 9 anni. Si è sottolineata la necessità di costruire interventi personalizzati, con l'utilizzo di varie tecniche musicoterapiche a seconda delle singole situazioni.

Le relazioni successive hanno permesso di allargare lo sguardo a realtà straniere, grazie rispettivamente a Signe Marie Lindstrøm (Danimarca) e Ulrike Haffa-Schmidt (Germania). Negli hospices danesi la musicoterapia viene proposta dal 2000 ed è presente in più del 50% di essi. Lindstrøm ha sottolineato come essa permetta di venire incontro a molteplici bisogni delle persone malate: fisici (ad es. rilassamento, facilitazione della respirazione, riduzione della percezione del dolore), sociali (ad es. riduzione dell'isolamento, condivisione, comunicazione), ma anche esistenziali e spirituali. L'esperienza di Haffa-Schmidt in oncologia presso l'ospedale

di Nuremberg è ancora più lunga, risalendo addirittura al 1992, e riguarda non soltanto l'accompagnamento del fine vita. La sua testimonianza ha toccato anche tematiche più specifiche connesse all'esperienza della malattia oncologica, quali la paura e la rabbia.

È stato interessante rilevare che in entrambi i casi, come pure nell'esperienza di Reggio Emilia, viene proposta nell'ambito delle cure palliative non solo la musicoterapia recettiva, ma anche, là dove le condizioni lo consentono, la possibilità di una condivisione sonoro-musicale attiva e creativa. I vari interventi, con toccanti esempi video, hanno mostrato chiaramente come di fronte all'approssimarsi della morte la musicoterapia possa contribuire significativamente a sostenere e accompagnare profondamente le persone, nella consapevolezza che se non si può aggiungere giorni alla vita, è possibile "aggiungere vita ai giorni".

Nella mattinata del convegno un'ultima relazione, presentata da Marco Ceccanti, Letizia Ciani, Chiara Fanciullacci e Ferdinando Suvini, ha spostato l'attenzione sull'utilizzo della musicoterapia nei gruppi di mutuo aiuto per l'elaborazione del lutto promossi dall'Associazione Tumori Toscana (A.T.T.). Il suono e la musica possono diventare un mezzo prezioso per entrare in risonanza con il mondo interno della persona in lutto, in un'area abitata da emozioni e pensieri non ancora traducibili in parole.

La seconda parte della giornata ha visto la presentazione di esperienze in ambito ospedaliero e/o con pazienti che hanno subito interventi chirurgici e conseguenti terapie a causa del tumore.

Si è partiti dal lavoro di Ilaria Capolsini, Lorenzo Capolsini e Mariolina Rossi, nel reparto di oncoematologia pediatrica dell'ospedale

S. Maria della Misericordia di Perugia. L'utilizzo della musicoterapia, proposta dal 2007, si è rivelata un prezioso aiuto per innalzare la soglia del dolore nei bambini sottoposti alle pratiche invasive e traumatiche della pediatria oncologica. Da questa esperienza è nato anche un sito (www.nonsolonote.it) e un libro (*Musicoterapia in oncoematologia pediatrica*). Due relazioni hanno avuto come oggetto progetti musicoterapeutici con pazienti che hanno subito un intervento chirurgico al seno a causa del tumore mammario. Concetta Laurentaci ha descritto l'esperienza, realizzata a Matera, di un lavoro integrato di musicoterapia e danzaterapia. Esso rientra in un percorso terapeutico-riabilitativo che intende favorire il superamento della fase di accettazione della malattia e migliorare la regolazione e la gestione dell'ansia. I risultati, valutati anche tramite la somministrazione di test scientificamente validati, sono particolarmente incoraggianti. Paolo Caneva e Francesca Pellini hanno invece presentato la proposta di musicoterapia presente all'interno del "Progetto Giunone", attivo presso l'unità di chirurgia senologica del policlinico Rossi di Verona. In tale progetto la donna affetta da patologia mammaria viene accompagnata in ogni passo del suo lungo e articolato percorso in modo che non si senta perduta o abbandonata in alcuna sua fase. In questo accompagnamento, condiviso da molteplici figure professionali, trova uno spazio specifico la musicoterapia. L'ultima relazione della giornata ha riguardato l'esperienza presso il reparto di emato-oncologia dell'ospedale S. Martino di Genova. Giovanna Ferrandes e Davide Ferrari hanno testimoniato come la cura sia uno prezioso spazio relazionale in cui può trovare posto la musica, così come anche altre

recensioni

a cura di Luca Zoccolan

espressioni artistiche. La musicoterapia, in particolare, si rivela in molti casi una modalità significativamente utile per poter ritrovare, in uno stato di profondo disagio come quello della malattia oncologica, risorse energetiche nuove e talvolta inattese.

Il convegno si è concluso con un dibattito finale, moderato dal prof. Pio Enrico Ricci Bitti, in cui le domande di vari partecipanti hanno testimoniato ancor di più l'interesse per questo ambito di applicazione della musicoterapia.

Grazie ad alcuni interventi è stata pure sottolineata l'importanza della validazione dei risultati ottenuti e quindi la necessità di progetti di ricerca scientificamente riconoscibili.

Infine va messo in rilievo come il convegno di Biella sia da considerare non un punto di arrivo, bensì di partenza. In particolare si desidera implementare la conoscenza, lo scambio, la condivisione tra tutti coloro che sono interessati alla musicoterapia in ambito oncologico o che già operano in questo contesto. "Fare rete" è senza dubbio un intento programmatico ed esso si concretizzerà nella prossima primavera nell'inserimento di uno spazio specifico sulla musicoterapia sul sito web della Fondazione Tempia (ora in rifacimento). In tale spazio troveranno posto anche le registrazioni audio-video degli interventi dei relatori durante il convegno e altri materiali relativi a questo evento. Va sottolineata inoltre l'intenzione di riuscire a organizzare e attivare nel futuro un "Corso Biennale di Specialità in Musicoterapia in Oncologia", che costituirà una novità non solo in ambito italiano ma anche europeo.

Guido Antoniotti

Philip Ball

L'istinto musicale, Come e perché abbiamo la musica dentro, Dedalo, Bari, 2010.

Philip Ball, è stato a lungo redattore della prestigiosa rivista "Nature", e lo stile di elevata divulgazione si riscontra anche in quest'opera dell'autore, impegnata ad esplorare i meccanismi che ci consentono di dare un senso a ciò che definiamo "musica". La nota introduttiva avverte il lettore che la ricerca di Ball offre una panoramica ragionata e approfondita degli studi di carattere scientifico, compresi quelli più recenti, sottoponendoli a una critica epistemologica discreta e mai polemica, includendo diramazioni interdisciplinari ricche di esempi musicali, che spaziano dall'etnomusicologia, all'antropologia musicale, agli studi sulla popular music. Le spiegazioni che l'autore fornisce si rifanno a solide basi teoriche che appartengono a campi svariati del sapere scientifico (dall'acustica alla psicologia della percezione, sino ad arrivare alle attuali neuroscienze). Il cervello umano, secondo la tesi sostenuta da Ball, è dotato per natura dell'apparato mentale necessario alla musicalità ed utilizza tali strumenti a prescindere dalla volontà cosciente. La musica non è qualcosa che noi, in quanto specie, pratichiamo per scelta: essa è radicata nelle nostre funzioni uditive, cognitive, motorie e sociali, ed è implicita nel modo in cui costruiamo il nostro paesaggio sonoro. Il libro di Ball propone l'eterna domanda "Com'è musicale l'uomo?" e cerca di rispondere, attraverso ricchi esempi musicali che spaziano dalle filastrocche per bambini a Bach, dal gamelan indonesiano ai Beatles, ad un quesito ancora più arduo e forse destinato a rimanere un vero mistero e cioè "Perché è musicale l'uomo?".

Antonella Guzzoni

notiziario

Confiam (Confederazione Italiana Associazioni e Scuole di Musicoterapia)

VIII Congresso Nazionale di Musicoterapia
Suoni, tempi e ritmi nelle relazioni di cura
 Opportunità musicali nella salute mentale
 24 - 25 - 26 maggio 2013, Padova

Sempre più numerosa è la letteratura specifica che evidenzia l'utilità, in diverse modalità applicative e in varie fasi della patologia psichica, di differenti tecniche di arteterapia che si avvalgono di modalità espressive non prettamente verbali. Tra queste una rilevanza peculiare riveste il linguaggio sonoro-musicale che sembra offrire, nel contesto della salute mentale, un'ottima possibilità di comunicare a vari livelli, e anche in aree di sofferenza psichica profonde, dove la ridotta capacità di elaborare emozioni e sentimenti in un pensiero esprimibile e condivisibile limita notevolmente il raggio di un'azione terapeutica fondata sul linguaggio parlato.

La musicoterapia, che del linguaggio sonoro si sostanzia, applicata ai vari contesti della salute mentale, permette di offrire uno spazio di cura centrato sul paziente, rivelandosi un efficace mezzo di supporto al trattamento farmacologico e favorendo una migliore aderenza alle cure e una più positiva relazione del paziente col servizio di cura.

Il Congresso Nazionale di Musicoterapia vuole offrire un'occasione di dibattito e approfondimento sul trattamento della salute mentale attraverso la musicoterapia nelle sue svariate applicazioni. Il Congresso si articola in tre sessioni focalizzate ciascuna su una peculiare tematica.

Venerdì 24 maggio sarà affrontato il tema della relazione di cura nella salute mentale con particolare attenzione alle esperienze provenienti dai servizi pubblici di salute

mentale. Sabato 25 maggio le tematiche degli interventi verteranno sugli aspetti della didattica, ricerca e formazione e benessere degli operatori della salute mentale. Domenica 26 maggio saranno previste le comunicazioni preordinate relative ai differenti contesti applicativi.

Ogni sessione ospiterà contributi applicativi ed esperienziali congiuntamente a relazioni di ordine teorico e metodologico.

In concomitanza alle giornate congressuali sono previsti, in diverse location della Città, eventi correlati di carattere culturale, artistico e musicale per coinvolgere e sensibilizzare la popolazione alle tematiche caratterizzanti il Congresso.

Mario Degli Stefani
 Manuela Guadagnini

Informazioni ed iscrizioni

Segreteria organizzativa:

congresso.mt.padova2013@gmail.com
 (Cristina Roveran, Tatiana Sieve)

Info:

328 0365335
 (Manuela Guadagnini)

articoli pubblicati

■ Volume VII, Numero 1, Gennaio 1999

E se la musica fosse... (M. Spaccazocchi) • Una noce poco fa (D. Gaita) • L'ascolto in Musicoterapia (G. Manarolo) • La musica allunga la vita? (M. Maranto, G. Porzionato) • Musicoterapia e simbolismo: un'esperienza in ambito istituzionale (A.M. Bagalà)

■ Volume VII, Numero 2, Luglio 1999

Dalle pratiche musicali umane alla formazione professionale (M. Spaccazocchi) • Formarsi alla relazione in Musicoterapia (G. Montinari) • Formarsi in Musicoterapia (P.L. Postacchini) • Prospettive formative e professionali in Musicoterapia (P.E. Ricci Bitti) • Un coordinamento nazionale per la formazione in Musicoterapia (G. Manarolo)

■ Numero 1, Gennaio 2000

Malattia di Alzheimer e Terapia Musicale (G. Porzionato) • L'utilizzo della Musicoterapia nell'AIDS (A. Ricciotti) • L'intervento musicoterapico nella riabilitazione dei pazienti post-comatosi (R. Meschini) • Musicoterapia e demenza senile (F. Delicato) • Musicoterapia e AIDS (R. Ghiozzi) • Musicoterapia in un Servizio Residenziale per soggetti Alzheimer (M. Picozzi, D. Gaita, L. Redaelli).

■ Numero 2, Luglio 2000

Conoscenze attuali in tema di etiopatogenesi dell'autismo infantile (G. Lanzi, C.A. Zambrino) • Il trattamento musicoterapico di soggetti autistici (G. Manarolo, F. Demaestri) • La musicalità autistica: aspetti clinici e prospettive di ricerca in musicoterapia (A. Raglio) • Il modello Benenzon nell'approccio al soggetto autistico (R. Benenzon) • Autismo e musicoterapia (S. Cangiotti) • Dalla periferia al centro: spazio-suono di una relazione (C. Bonanomi).

■ Numero 3, Gennaio 2001

Musica emozioni e teoria dell'attaccamento (P. L. Postacchini) • La Musicoterapia Recettiva (G. Manarolo) • Manifestazioni ossessive ed autismo: il loro intrecciarsi in un trattamento di musicoterapia (G. Del Puente) • Musica e adolescenza Dinamiche evolutive e regressive (I. Sirtori) • Il perimetro sonoro

(A.M. Barbagallo, L. Giorgioni, L. Mattazzi, M. Moroni, S. Mutalipassi, L. Pozzi) • Musicoterapia e Patterns di interazione e comunicazione con bambini pluriminorati: un approccio possibile (M.M. Coppa, E. Orena, F. Santoni, M.C. Dolciotti, I. Giampieri, A. Schiavoni) • Musicoterapia post partum (A. Auditore, F. Pasini).

■ Numero 4, Luglio 2001

Ascolto musicale, ascolto clinico (A. Schön) • Musicoterapia e tossicodipendenza (P.L. Postacchini) • Il paziente in coma: stimolazione sonoro-musicale o musicoterapia? (G. Scarso, A. Visintin) • Osservazione del malato di Alzheimer e terapia musicale (C. Bonanomi, M.C. Gerosa) • Due storie musicoterapiche (L. Corno) • Il suono del silenzio (A. Gibelli) • Il setting in Musicoterapia (M. Borghesi, A. Ricciotti)

■ Numero 5, Gennaio 2002

Riabilitazione Psicosociale e Musicoterapia aspetti introduttivi (L. Croce) • Evoluzione del concetto di riabilitazione in Musicoterapia (P.L. Postacchini) • Prospettive terapeutiche nell'infanzia: "Dalla disarmonia evolutiva alla neuropsicopatologia (G. Boccardi) • Musicoterapia e ritardo mentale (F. Demaestri, G. Manarolo, M. Picozzi, F. Puerari, A. Raglio) • Indicazioni al trattamento e criteri di inclusione (M. Picozzi) • L'assessment in Musicoterapia, il bilancio psicomusicale e il possibile intervento (G. Manarolo, F. Demaestri) • L'assessment in musicoterapia, osservazione, relazione e il possibile intervento (F. Puerari, A. Raglio) • Tipologie di comportamento sonoro/musicale in soggetti affetti da ritardo mentale (A.M. Barbagallo, C. Bonanomi) • La musicoterapia per bambini con difficoltà emotive (C.S. Lutz Hochreutener)

■ Numero 6, Luglio 2002

Relazione, disagio, musica (M. Spaccazocchi) • Musicoterapia a scuola (M. Borghesi, E. Strobino) • Musicoterapia e integrazione scolastica (E. Albanesi) • Un intervento Musicoterapico in ambito scolastico (S. Melchiorri) • L'animazione musicale (M. Sarcinella) • L'educazione musicale come momento di integrazione (S. Minella) • L'improvvisazione vocale in

musicoterapia (A. Grusovin) • L'approccio musicoterapico nel trattamento del ritardo mentale grave: aspetti teorici e presentazione di un'esperienza (Karin Selva) • Musicoterapista e/o Musicoterapeuta? (M. Borghesi, A. Raglio, F. Suvini)

■ Numero 7, Gennaio 2003

La percezione sonoro/musicale (G. Del Puente, F. Fiscella, S. Valente) • L'ascolto Musicale (G. Manarolo) • La composizione musicale a significato universale. Considerazioni cliniche (G. Scarso, A. Ezzu) • Validità del training musicoterapico in pazienti in stato vegetativo persistente: studio su tre casi clinici (C. Laurentaci, G. Megna) • L'approccio musicoterapico con un bambino affetto da grave epilessia. Il caso di Leonardo (L. Torre) • Co-creare dinamiche e spazi di relazione e comunicazione attraverso la musicoterapia (M.M. Coppa, F. Santoni, C.M. Vigo) • L'evoluzione musicale in Musicoterapia (B. Foti, I. Ordiner, E. D'Agostini, D. Bertoni) • L'intervento musicoterapico nelle fasi di recupero dopo il coma (R. Meschini)

■ Numero 8, Luglio 2003

Gli Istituti Superiori di Studi Musicali e la formazione in Musicoterapia... paradigma e curriculum musicale... (Maurizio Spaccacocchi) • Dialogo riabilitativo fra la Musicoterapia e l'età evolutiva (P.L. Postacchini, A. Ricciotti) • Musicoterapia e riabilitazione in età evolutiva (R. Burchi, M.E. D'Ulisse) • Musicoterapia e psicomotricità: un'integrazione possibile (R. Meschini, P. Tombari) • L'intervento di musicoterapia nella psicosi (R. Messaglia) • Terapia sonoro-musicale nei pazienti in coma: esemplificazione tramite un caso clinico (G. Scarso, A. Ezzu) • Musicoterapia preventiva e profilassi della gravidanza e del puerperio (F. Pasini, A. Auditore) • Musicoterapia e disturbi comunicativo-relazionali in età evolutiva (F. Demaestri)

■ Numero 9, Gennaio 2004

Psicologia della musica e adolescenza (O. Oasi) • Forme musicali e vita mentale in adolescenza (A. Ricciotti) • Musica e Adolescenza (G. Manarolo, M. Peddis) • Un intervento di Musicoterapia con un gruppo di adolescenti (L. Metelli, A. Raglio) • L'approccio musicoterapico in ambito istituzionale: il trattamento dei disturbi neuropsichici dell'adolescenza (F. Demaestri) • Dal rumore al suono, dalla

confusione all'integrazione (R. Busolini, A. Grusovin, M. Paci, F. Amione, G. Marin)

■ Numero 10, Luglio 2004:

Espressione dello spazio e del tempo in musicoterapia: sintonizzazioni ed empatia (P. L. Postacchini) • Intrattenimento, educazione, preghiera, cura... Quante funzioni può svolgere il linguaggio musicale? (L. Quattrini) • Musicoterapia in fase preoperatoria (G. Canepa) • L'improvvisazione sonoro-musicale come esperienza formativa di gruppo (A. Raglio, M. Santonocito) • Musicoterapia e anziani (A. Varagnolo, R. Melis, S. Di Piero)

■ Numero 11, Gennaio 2005

Aspetti timbrici in musica e in Musicoterapia (P. Ciampi) • Il problema del "significato" in musicoterapia. Alcune riflessioni critiche sullo statuto epistemologico della disciplina, sulle opzioni presenti nel panorama attuale e sui modelli di formazione proposti (G. Gaggero) • Il significato dell'espressività vocale nel trattamento musicoterapico di bambini con Disturbo Generalizzato dello Sviluppo (DGS) (A. Guzzoni) • L'esportabilità spazio-temporale del cambiamento nella pratica musicoterapica: una pre-ricerca (M. Placidi) • L'ascolto come luogo d'incontro: un trattamento di musicoterapia recettiva (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Venuti) • Armonie e disarmonie nel disagio motorio: una rassegna di esperienze (B. Foti)

■ Numero 12, Luglio 2005

La supervisione in Musicoterapia (P. L. Postacchini) • Le competenze musicali in ambito musicoterapico: una proposta (F. Demaestri) • L'armonia del sé: aspetti musicali dello sviluppo del sé (C. Tamagnone) • Interventi musicoterapici con bambini gravemente ipotonici (W. Fasser, G. V. Ruoso) • Emozioni e musica: percorsi di musicoterapia contro la dispersione scolastica (M. Santonocito, P. Parentela) • "Il Serpente Arcobaleno" esperienze di musico-arte-terapia e tossicodipendenza (F. Prestia)

■ Numero 13, Gennaio 2006

La Psicologia della musica: il punto, le prospettive (G. Nuti) • John Cage: caso vs. improvvisazione (C. Lugo) • La composizione in musicoterapia (A. M. Gheltrito) • Musicoterapia preventiva in ambito sco-

lastico: un programma sperimentale per lo sviluppo dell'empatia (E. D'Agostino, I. Ordiner, G. Matricardi) • Musicoterapia e Riabilitazione: una esperienza grupale integrata (Flora Inzerillo) • Dal Caos all'armonia (R. Messaglia)

■ Numero 14, Luglio 2006

Il cervello nell'esecuzione e nell'ascolto della Musica (M. Biasutti) • Interazione, relazione e storia: ragionamenti di musicoterapia e supervisione (F. Albano) • Il suono e la mente: un'esperienza di conduzione di gruppo in psichiatria (G. D'Erba, R. Quinzi) • La condivisione degli stati della mente: una possibile lettura dell'interazione musicoterapica nella grave disabilità (S. Borlengo, G. Manarolo, G. Marconcini, L. Tamagnone) • Un'esperienza di musicoterapia presso l'Hospice della azienda istituti ospitalieri di Cremona (L. Gamba) • La musica come strategia terapeutica nel trattamento delle demenze (A. Raglio)

■ Numero 15, Gennaio 2007

Implicazioni per l'educazione e la riabilitazione della ricerca psicologica sull'improvvisazione musicale (M. Biasutti) • Le componenti cerebrali dell'amusia (L. F. Bertolli) • Musicoterapia e stati di coma: un'esperienza diretta, il caso di Marco (C. Ceroni) • Forme aperte, forme chiuse: una esperienza di musicoterapia di gruppo nel centro diurno psichiatrico di Oderzo (TV) (R. Bolelli) • L'intervento integrato tra logopedista e musicoterapista nei bambini con impianto cocleare (A. M. Beccafichi, G. Giambenedetti)

■ Numero 16, Luglio 2007

Legato/staccato: la problematica della creazione e della morte nella musica occidentale del XX° secolo (Michel Imberty) • Memorie di gruppo e musicoterapia (Egidio Freddi, Antonella Guzzoni) • Giocando con i suoni: un intervento sul bullismo (E. Prete, A.L. Palermi, M. G. Bartolo, A. Costabile, R. Marcone) • Esserci, Esprimersi, Interagire tra adolescenti attraverso la musica e gli altri linguaggi (Francesca Prestia) • Musicoterapia e demenza: un caso clinico (M. Giannotti, A. Raglio) • Musicoterapia nelle strutture intermedie: un'esperienza in una comunità di riabilitazione (F. Inzerillo) • Le tecniche musicoterapiche (G. Manarolo)

■ Numero 17, Gennaio 2008

La musicoterapia nel contesto delle neuroscienze (P. Postacchini) • La voce delle emozioni: l'espressività vocale tra svelamento e inganno (G. Manarolo) • Associazione Cantascuola: un percorso espressivo musicale scuola - sanità - scuola (G. Guiot) • Musicoterapia e prevenzione in pediatria oncologica (M. Macorigli) • La stimolazione sonoro-musicale alla casa dei risvegli Luca de Nigris di Bologna (R. Bolelli) • Gruppi di musicoterapia presso il servizio territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza (L. Gamba) • Attività di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica (L. Gamba, A. Mainardi, E. Agrimi)

■ Numero 18, Luglio 2008

Musica e terapia: alcune riflessioni storiche (S. A. E. Leoni) • Musicoterapia e riabilitazione cognitiva nella schizofrenia: uno studio controllato (E. Ceccato, P.A. Caneva, D. Lamonaca) • Suonare e cantare, tra quotidianità e arte, dalla semiologia alla musicoterapia (R. Bolelli) • Quale musicoterapia nella scuola primaria? (C. Massola, A. Capelli, K. Selva, F. Bottone, F. Demaestri) • A Volte i pesci cantano... Musicoterapia e sordità: un'esperienza di lavoro con bambini "diversamente" udenti (F. La Placa) • Alice: percorso sonoro tra improvvisazione e composizione (D. Bruna) • Musicoterapia per operatori sanitari (G. D'Erba, R. Quinzi) • Viaggio attraverso la memoria (R. Prencipe)

■ Numero 19, Gennaio 2009

Psicologia della Musica e Musicoterapia: quale dialogo? (R. Caterina) • Neuroscienze e musica: dallo sviluppo delle abilità musicali alle attuali conoscenze su percezione, cognizione e fisiologia della musica (L. Lopez) • "L'abito che fa il monaco": il processo terapeutico riabilitativo di una suora di clausura in Comunità Psichiatrica (G. Cassano, M. Carnovale) • Ambiguità e non ambiguità della musica: suggestioni in un trattamento di musicoterapia (G. Del Puente, G. Manarolo, S. Guida, F. Pannocchia) • La costruzione di un intervento clinico integrato: Psicofisiologia e Musicoterapia (A.R. Sabbatucci, M. Consonni) • Musicoterapia nelle Cure Palliative: l'esperienza dell'hospice di Cremona (L. Gamba) • Importanza della ricerca sperimentale in musicoterapia (M. Biasutti).

■ Numero 20, Luglio 2009

Il Canto Sociale della Corale Cavallini di Modena (F. Albano, P. Curci) • Il metodo STAM nella psicosi: il contributo della ricerca (E. Ceccato, D. Lamonaca, L. Gamba, R. Poli, P.A. Caneva) • La Composizione Facilitata di Canzoni nella riabilitazione psichiatrica (P.A. Caneva) • L'organizzazione temporale in pazienti psichiatrici: dalla ricerca alla riabilitazione con il modello di musicoterapia integrata MIM (G. Giordanella Perilli) • La misurazione degli esiti nel trattamento musicoterapico (L. Gamba, R. Poli) • Anamnesi di una cover band a proprio (dis)agio (S. Bolchi, G. D'Erba, R. Quinzi) • Musicoterapia in SPDC (A. Sarcinella) • Quale ricerca in Musicoterapia? (A. Raglio)

■ Numero 21, Gennaio 2010

Musicoterapia. Scientifica o Umana? (P.L. Postacchini, M. Spaccazocchi) • Apprendimenti musicali e sistema specchio (M. Mazziere, M. Spaccazocchi) • Musicoterapia e casi impossibili: le opportunità create da una certa modalità di ascolto musicale (P. Ciampi, A. Cavalieri) • Quando la verità relazionale del vocalico canta intonata (R. Gigliotti) • La cultura e la risposta all'ascolto musicale. Le immagini come garanti metapsichici (G. DelPuente, G. Manarolo, S. Guida)

■ Numero 22, Luglio 2010

Interpretazione psicoanalitica e interpretazione musicale. Osservazioni comparate (F. Petrella) • "Anche oggi ci siamo incontrati". Musica, narrazione, realtà (P. Ciampi) • Riflessioni e possibili orientamenti metodologici per il trattamento musicoterapico nei disturbi neuropsichici della adolescenza (F. Demaestri) • La persona al centro dell'ascolto: esperienze di musicoterapia recettiva nel trattamento del paziente psicogeriatrico (M.C. Gerosa, M.A. Puggioni, C. Bonanomi) • L'intervento musicoterapico in ambito

psichiatrico: invio al trattamento, sintomatologia e strategie riabilitative (S. Navone)

■ Numero 23, Gennaio 2011

Intervista ad Augusto Romano • Acquisizione linguistica e musica (E. Freddi) • La balbuzie e la voce del padre (L. Pigozzi) • La musicoterapia presso la Fondazione Sospiro: evoluzione, sviluppi scientifici e riflessioni (A. Raglio) • La canzone come strumento terapeutico (P.L. Postacchini) • Musicoterapia: processo, descrizione e analisi del comportamento non verbale (A. Pitrelli) • Schizoaffettività e musicoterapia l'esperienza della stabilità (S. Neri) • Un concerto di storie (S. Cornara)

■ Numero 24, Luglio 2011

La ricerca in musicoterapia: dati quantitativi e qualitativi (R. Caterina) • La ricerca in musicoterapia: lineamenti, tematiche e prospettive (M. Biasutti) • Musicoterapia e Danzaterapia nel trattamento dei disturbi dell'equilibrio in pazienti con sclerosi multiple: studio su due pazienti (C. Laurentaci, M.R. Lisanti, A. Dasco, G. Guida) • Sviluppo di una sequenza sonoro/musicale da impiegare come strumento d'indagine nella fase di valutazione musicoterapica (G. Manarolo, S. Piattino, C. Lorenzi, F. Pirillo, G. Del Puente).

■ Numero 25, Gennaio 2012

Incontro-intervista con Umberto Petrin (F. Demaestri) • Musicoterapia e scuola a un bivio: quale direzione? (F. Bottone, A. Cappelli) • La fragilità emotiva del musicista. Report di un'indagine empirica preliminare (P.L. Righetti, E. Battistella, M. Semenzin) • Dialisi e rilassamento: un'esperienza di ascolto in musicoterapia (F. Ricci) • Ripetizione e variazione: chiave della strutturazione del tempo e delle esperienze emotive (G. De Battistini) • Il musicale in musicoterapia: analisi di un intervento di gruppo (R. Bolelli)

norme redazionali

I colleghi interessati a pubblicare articoli originali sulla presente pubblicazione sono pregati di inviare il file relativo, redatto con Word, in formato .doc, al seguente indirizzo di posta elettronica: manarolo@libero.it

L'accettazione dei lavori è subordinata alla revisione critica del comitato di redazione.

Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:

- a) LIBRO: Cordero G.F., *Etologia della comunicazione*, Omega edizioni, Torino, 1986.
- b) ARTICOLO DI RIVISTA: Cima E., *Psicosi secondarie e psicosi reattive nel ritardo mentale*, *Abilitazione e Riabilitazione*, II (1), 1993, pp. 51-64.
- c) CAPITOLO DI UN LIBRO: Moretti G., Cannao M., *Stati psicotici nell'infanzia*. In M. Groppo, E. Confalonieri (a cura di), *L'Autismo in età scolare*, Marietti Scuola, Casale M. (Al), 1990, pp. 18-36.
- d) ATTI DI CONVEGNI: Neumayr A., *Musica ed humanitas*. In A. Willeit (a cura di), *Atti del Convegno: Puer, Musica et Medicina*, Merano, 1991, pp. 197-205.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori. La proprietà letteraria spetta all'Editore, che può autorizzare la riproduzione parziale o totale dei lavori pubblicati.