

## BUONE PRASSI – BEST PRACTICES

### LA MUSICOTERAPIA E IL SUO POTERE EDUCATIVO TRASFORMATIVO NELLA CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE IN ADOLESCENZA

#### MUSIC THERAPY AND ITS EDUCATIONAL- TRANSFORMATIC POWER IN THE TREATMENT OF ONCOLOGICAL DISEASES IN ADOLESCENCE

*di Angela Muschitiello (Università di Bari “Aldo Moro”)*

La malattia oncologica in età evolutiva rappresenta un evento profondamente critico, evocatore di sofferenze, angosce e paure. Nonostante i progressi delle terapie e l'aumento delle possibilità di guarigione, purtroppo i trattamenti aggressivi e dolorosi comportano per l'adolescente significativi mutamenti nell'immagine del proprio corpo, stile di vita, relazioni sociali.

Affinché tutto questo non incida sullo sviluppo evolutivo, dagli anni Settanta si è consolidato un approccio terapeutico globale olistico che ha spostato il concetto di guarigione da quello di cura fisica del malato a quello più umanistico trasformativo del prendersi cura della persona malata intesa nella sua complessità fatta di emozioni, relazioni, desideri, ecc. La musicoterapia, sviluppando un approccio multidimensionale alla persona sentita, ascoltata e vissuta nella sua totalità rappresenta un efficace supporto educativo capace di ingenerare benessere e bellezza anche nel percorso oncologico adolescenziale.

Oncological disease in developmental age represents a profoundly critical event, evoking suffering, anguish, and fear. Despite therapies' progress and recovery chances increase, unfortunately, aggressive and painful treatments involve significant

changes in the image of their body, lifestyle, and social relationships for the adolescent.

To avoid that all this affects evolutionary development, a holistic global therapeutic approach has been consolidated since the 1970s. This approach has shifted the concept of healing from that of the physical care of the sick to a more humanistic transformative one in which the care of the sick person also involves their complexity, emotions, relationships, desires, etc. By developing a multidimensional approach to the person felt, listened to, and lived in its totality, music therapy represents effective educational support capable of generating well-being and beauty even in the adolescent oncological path.

### *1. Il cancro in età adolescenziale*

Seppure il cancro pediatrico sia una malattia rara, esso attualmente costituisce una delle principali cause di morte non accidentale nell'infanzia e nell'adolescenza (Aguado, Ristagno & Towbin, 2019).

Se è vero infatti che fortunatamente negli ultimi anni il progresso delle terapie e la maggiore conoscenza sull'esito delle neoplasie consente di fare diagnosi più precise e di migliorare di molto le prognosi, è anche vero che il percorso oncologico pediatrico non è mai caratterizzato da una certezza totale e che, in età adolescenziale, il rischio che tale diagnosi destabilizzi fortemente ragazzi e ragazze è molto alto (Loria, 2001).

La costruzione dell'identità e del progetto esistenziale di ogni persona si realizza infatti proprio nel periodo della pubertà attraverso il confluire e l'intersecarsi di diversi percorsi di senso – piccoli e/o grandi – affrontati nella personale storia di vita e che riguardano le tante dimensioni esistenziali: affettiva, emotiva, sociale, cognitiva, ecc. «Percorsi di senso – scrive Erikson (1970) – che qualificano ogni esistenza come umana conferendole un significato autentico e costruendo un'identità che sia vera, originale, valida» (p. 57).

Un processo questo che non è mai scontato nel suo esito positivo dal momento che (ogni essere umano e in modo del tutto particolare)

chi è nella fase evolutiva adolescenziale corre il continuo rischio di imboccare strade antitetiche e ciò non tanto per una sua libera scelta – poiché nella fase formativa non si ha una reale possibilità di effettuare opzioni coscienti e totalmente libere – ma sulla base degli impulsi che riceve dall'ambiente, dalle persone che incontra nel suo cammino e dagli eventi che accadono intorno a lui (Iaquinta, 2015, p. 223).

Quando, dunque, questo complesso itinerario di crescita viene interrotto improvvisamente da una diagnosi di cancro, l'angoscia e lo smarrimento che ne derivano introducono nella storia del ragazzo e della ragazza adolescente una discontinuità che chiama alla fatica di doversi dotare di nuove significazioni. Il dolore legato alla paura della morte ne travolge l'esistenza irrompendo quasi sempre senza preavviso, «senza una preparazione e un'educazione che lo abbia avuto per oggetto, senza che circostanze e contingenze siano state occasione di argomentazione e di familiarizzazione» (Mapelli, 2013, p. 56).

L'urto emotivo che tutto questo scatena, lacera i fili di sospensione, garanti dell'equilibrio e dell'incolumità e consegna il giovane al dolore e alla complessità degli altri sentimenti che spesso si accompagnano a tale condizione di malattia, per un tempo e con un esito impossibile da prevedere. I trattamenti oncologici sanitari aggressivi e dolorosi, infatti, si accompagnano sempre, oltre che al dolore fisico, anche allo sconforto, alla paura che, alternandosi a sentimenti di speranza e di delusione, influiscono sulla condizione psico-sociale (Mc Clellan, 2002). Per questi ragazzi e ragazze improvvisamente il mondo è interrotto: non è più possibile progettare e guardare al futuro, perché (forse) nulla tornerà come prima. Di fronte a tutto questo la pedagogia, che riconosce nella sua funzione trasformatrice l'episteme della sua identità e nel futuro la dimensione privilegiata del suo agire (Bobbio, 2004), non può esimersi dal chiedersi come fare ad aiutare questi ragazzi e

ragazze a fronteggiare tale tragicità esistenziale senza restarne sopraffatti.

## 2. Pedagogia e fenomenologia della cura: perché la musicoterapia

«La grandezza e insieme la miseria dell'educazione – scrive Demetrio (2009) – sta nel radicarsi nell'immensa complessità della vita anche quando alcuni aspetti importanti di essa non possono essere compresi totalmente per mezzo di un insegnamento, di un atto della volontà» (p. 92).

Se, infatti, risulta inconfutabile che l'educazione trovi la sua ragione d'essere e il suo significato ultimo nell'esistenza dell'uomo e nel suo vivere la vita, allora spetta inconfutabilmente alla pedagogia fornire prospettive di significazione anche di fronte a eventi inspiegabili e apparentemente non riconducibili immediatamente a una dimensione di senso come nel caso della diagnosi di cancro in adolescenza e del dolore che ne deriva (Mantegazza, 2004).

Un dolore così profondo da poter essere definito, utilizzando le parole di Le Breton (2007),

un'esperienza forzata e violenta dei limiti della condizione umana che suscita il grido, il lamento, il pianto o il silenzio del soggetto; una figura talmente aliena e divorante che non dà pace con la sua incessante tortura tanto che l'individuo, isolato nel suo stato, è costretto ad una relazione inscindibile con la propria pena sopraffatto dalla percezione di portare dentro di sé una ferita che non si rimargina (p. 45).

Tale esperienza di dolore – che mette alla prova la “tenuta di strada” del soggetto – può essere potentemente formativa o distruttiva per un/una adolescente a seconda di come è affrontata, ed è su questo che si gioca il ruolo dell'educazione.

La scoperta della malattia – e il conseguente timore per la propria incolumità – costituisce infatti uno di quegli eventi definiti con l'espressione *peak experiences* o eventi marcatore: quei momenti cruciali dell'esistenza in cui avviene una riorganizzazione della

personalità e che segnano le più importanti occasioni di cambiamento nello sviluppo di una persona, «eventi che punteggiano la nostra vita lasciando il segno e formando» scrive Fadda (1998, p. 87). Così come infatti a livello di teorie cosmologiche e cosmogenetiche l'evento, il caso, il disordine e l'entropia sono generatori di forme, non diversamente avviene a livello della vita dell'individuo: sia la nascita che la morte rappresentano infatti per antonomasia eventi dei quali non è stato scelto nulla, non lo spazio (il dove) non il tempo (il quando), ma soprattutto non l'opportunità (se nascere o meno e dunque se accettare la morte come inevitabile destino).

«Ma se, data l'ovvia impossibilità di trarre elementi formativi dalla propria morte quale estrema esperienza della nostra vita, solo l'altrui morte può rappresentare un evento capace di incidere sulla esistenza» (Fadda, 1998, p. 70), è pur vero che sperimentare in età adolescenziale la paura per la propria morte e il dolore che ne deriva, può produrre effetti devastanti. Come fare allora per accompagnarli ad affrontare in modo educativamente costruttivo questa esperienza?

Un ruolo chiave nella risposta a tale quesito sta nel concetto stesso di "esperienza" presente nel pensiero di Dewey (1996) come nozione valicante, *trait d'union* tra gli eventi che costituiscono la vita del soggetto e il loro possibile significato formativo.

L'esperienza, infatti, nel pensiero deweyano, costituisce il punto chiave della complessa relazione tra educazione e vita, in quanto «azione indispensabile e decisiva per giungere a possedere in modo autentico, ovvero significativo, la vita stessa» (Dewey, 1996, p. 26). Non disgiunta dalla riflessione, l'esperienza, cioè, per Dewey (1996), possiede una intrinseca capacità formativa, in quanto si situa in un continuum rispetto al quale gli accadimenti della vita determinano riverberi nel futuro e nel passato, nel modo di riflettere e vivere quelli che verranno e di interpretare quelli che furono. Ma se è vero che nessuna esperienza può essere considerata a sé stante, indipendente dalle altre e che tutte insieme costituiscono la storia del soggetto che proprio attraverso di esse costruisce e diviene se stesso, è anche vero che non basta

semplicemente vivere per fare esperienza. Perché un evento, un accadimento si trasformi in esperienza è necessario infatti sempre un atto di appropriazione intenzionale da parte del soggetto. Una intenzionalità heideggerianamente (Heidegger, 1976) intesa come mediazione sulla conoscenza, continua riscoperta delle essenze, conoscenza incarnata, coscienza del dato che si tesse con il mondo e che a sua volta lo intesse e che non è tutta interna alla coscienza ma che va verso le cose del mondo, che si fa, appunto, esperienza. Questo approccio fenomenologico riconsegna all'esserci stesso l'intenzionalità: non è l'esserci che possiede intenzionalità, ma l'esserci è intenzionalità, è *Dasein* (Heidegger, 1976) e cioè appropriazione intenzionale della propria coscienza soggettiva, proprietà degli stati mentali della mente e del pensiero, improvvisa scoperta del proprio stare nel mondo.

Siamo noi che abbiamo l'intenzionalità, ben prima delle nostre coscienze e dei nostri stati mentali, e non un noi in qualche vago senso generico, ma nel senso di ciò che ognuno sta facendo in quel momento presente (Iaquinta, 2015, p. 223).

*Dasein* quindi per indicare la vita come fenomeno originario, come agire ed essere nel mondo. Aprirsi a questo carattere fondamentale della vita di coscienza che è il *Dasein*, significa riconoscere che ogni esperienza di oggetti, di cose, di persone, di accadimenti è luogo di datità in originale e di manifestazione diretta delle "cose stesse", nella loro peculiare realtà, qualsiasi essa sia, bella o brutta, accettabile o inaccettabile (Heidegger, 1976). Una idea fenomenologica di esistenza che invece di rarefarsi come concetto astratto si misura fortemente con tutta la densità della materialità educativa che si costruisce all'interno di relazioni intersoggettive «abitando il mondo, conferendo significato a quell'orizzonte che noi frequentiamo in quanto esistenzialmente e strutturalmente protesi non solo alla sua conoscenza ma anche contemporaneamente all'azione in e su di esso» (Galimberti, 2009, p. 45). Una esistenza che implica dunque "progettualità", perché prepara e crea situazioni in cui le essenze si danno come esperienza e fatti di apprendimento (Bobbio, 2004).

Ma come possono ragazzi e ragazze adolescenti fronteggiare in modo intenzionalmente progettuale la diagnosi di cancro, di fronte alla quale ogni progetto è invece bloccato, sospeso, rimandato?

La questione che si schiude di fronte a questo quesito è quella della riflessione sulla progettualità all'interno dell'esistenza concreta ove il termine "progetto" va inteso non come pianificazione e controllo di risorse, anticipazione delle possibilità, previsione (Cappa, 2007, p. 19) ma va assunto

in senso fenomenologico come possibilità di delineare intenzionalmente le condizioni complessive necessarie allo sviluppo e al raggiungimento di determinati obiettivi educativi e formativi relativi alla condizione esistenziale (Merleau-Ponty, 1980).

Una progettualità cioè che riguarda l'insieme degli elementi strutturali che rendono possibile l'accadere educativo e il criterio con cui ciascuno è in grado di predisporre e interconnettere gli oggetti e le dimensioni simboliche della propria esistenza rendendo un evento educativo. È l'essere agente del soggetto, infatti, a favorire processi di maturazione, di organamento delle parti dell'esperienza in nuove unità di senso a partire da una forza unificante interna «ed è questa stessa *agency* personale che attribuisce consistenza e direzionalità all'esperienza, trasformandola in progettualità» (Siegel, 2001, p. 87).

Progettazione quindi come capacità di integrare i diversi frammenti dell'esperienza in un intero sulla base di quella visione deweyana per la quale l'uomo non è solo parte di un sistema, ma è un sistema nel sistema, che realizza se stesso nel produrre nuove integrazioni del campo di forze di cui è parte; un processo che «richiede fatica e tempo» per citare Hegel (1973, p. 56). Richiede tempo perché tutti gli elementi che concorrono all'esperienza – ovvero le diverse "parti" dell'individuo (aspetti emotivi, cognitivi, sensoriali ecc.) assieme alle condizioni di contesto e dell'ambiente – devono essere considerati in reciproca transazione, ovvero come elementi di un tutto dinamico; un tempo inteso come "durata" in cui ogni momento autenticamente vissuto è un momento decisionale, aperto al futuro e progettuale. Richiede "fatica" perché

se l'essere umano è parte di tale campo, pur dovendo in parte sottostare alle forze che lo animano, deve energeticamente assumere un ruolo attivo nella propria esistenza per co-costruire l'evoluzione del campo, co-crearsi insieme all'ambiente e produrre nuove dimensioni qualitative precedentemente non esistenti (Prigogine, 1997). Solo infatti laddove si ha la possibilità di sperimentare tutte le "forze del campo" nella loro interezza, l'esperienza può subire profonde ristrutturazioni e riorganizzazioni.

Assumendo tale visione pedagogica, il doloroso tempo della malattia oncologica adolescenziale insieme alla fatica della attesa che necessariamente implica – attesa della diagnosi, attesa tra una terapia e un'altra, attesa degli esiti delle cure, attesa della (possibile) guarigione – possono assumere un valore profondamente educativo in termini di costruzione esistenziale se affrontati, secondo la logica progettuale deweyana, del "passo dopo passo". Un approccio quest'ultimo, suggerito da Bergson (2002), che riconosce valore di crescita e di maturazione progettuale solo a quelle esperienze educative che avvengono per scoperta diretta: è dentro l'esperienza di cura infatti, nel prendere contatto con la durezza e con i vincoli della realtà oncologica, che l'intenzionalità e la progettualità del ragazzo e/o della ragazza assumono consistenza promuovendo l'*agency* personale perché pongono inevitabilmente di fronte alla scelta di non lasciarsi passivizzare e di andare avanti riorganizzando i momenti agiti e quelli patiti in nuove unità di senso che li includano entrambi (Cambi, 2006).

Un senso che secondo la logica della intenzionalità fenomenologica heideggeriana prima citata, «non è da cercare nel raggiungimento finale di qualcosa di estrapolato dal corso dell'azione e posto come esterno da raggiungere» (Heidegger, 1988, p. 25) – come ad esempio la guarigione dalla malattia oncologica che non è mai certa nel "se" e nel "quando" avverrà – ma un "fine in vista" (Heidegger, 1988, p. 25) intrinseco all'agire stesso in cui i vari momenti maturativi non sono meri mezzi ma progressive stratificazioni di significato che vengono cumulate nel risultato finale (Dewey, 1990). Ecco che in questa prospettiva il tempo faticoso della malattia oncologica perde il carattere doloroso e



vuoto della attesa fine a se stessa e si tramuta in tempo come durata, come «attesa per il futuro» (Heidegger, 1988, p. 34), preparazione e conoscenza degli accadimenti possibili nella vita e della sofferenza che da questi può derivare. Una preparazione che significa quindi «coscientizzazione» (Heidegger, 1988, p. 34) e cioè appropriazione soggettiva dell'esperienza vissuta per situarsi al di là di essa con speranza (Dewey, 1990). Speranza pedagogicamente intesa – afferma Alberoni (2002) – non come passaggio automatico dalla disperazione a un'idea ipotetica e confusa di felicità, dall'incertezza della sofferenza alla convinzione tout court di oltrepassarla, quanto piuttosto dalla certezza che una ferita aperta possa essere lenita (pur nella incertezza che possa essere nel tempo totalmente sanata), «insomma nel dischiudersi di nuovi orizzonti e di altre prospettive anche nel subbuglio e nello smarrimento dei momenti più critici, nell'aprirsi di nuovo al futuro che si fa speranza per mezzo dell'educazione» (Alberoni, 2002, p. 57). Un concetto di speranza che, afferma Husserl (1982),

è tipico dell'uomo, perché l'uomo è un essere che progetta il suo futuro mosso dal desiderio di una vita più felice di quella che vive nel presente e per questo cerca attraverso il pensiero e con l'immaginazione i modi per arrivarci (p. 56).

Di qui l'estrema importanza che l'ambiente ospedaliero (in generale ma soprattutto nell'ambito oncologico pediatrico) possa fornire strumenti di trattamento complementare alle terapie sanitarie anti-cancro previste dai protocolli scientifici, attraverso l'erogazione di *complementary health approaches* (Benezon, 1997, p. 12) e cioè modelli di “accompagnamento alle cure” capaci cioè di offrire al ragazzo e alla ragazza adolescente che immagina, sogna, cresce, si muove, pensa, impara e vive in reparto, l'opportunità di “sperimentare la speranza” e cioè di poter vivere esperienze capaci di dare spazio alla libera espressione, al movimento, alla comunicazione per aiutarli a uscire dal buio del contesto oncologico ricercando un senso intimo di felicità che dia loro la forza e l'energia di rimettere insieme tutti i pezzi in cui si è

scomposta la propria esistenza e di non smettere mai di progettarsi e di guardare al futuro.

In questa prospettiva, la musicoterapia – quale particolare modalità di approccio alla persona (Spaccazzocchi, 2011) – è capace di suscitare il pensiero creativo dei ragazzi e delle ragazze aiutandoli a “sentire” i propri sentimenti e a trasformarli in musica per comporre una nuova visione del proprio presente e del proprio futuro (Raglio, 2012).

Di cosa si tratta?

### *3. Musicoterapia come approccio fenomenologico di cura oncologica in adolescenza*

Le origini dell'uso terapeutico del suono e della musica risalgono agli albori dell'umanità ma è alla cultura greca e in particolare ai pitagorici che viene attribuita la nascita della *musicoterapia*: termine che deriva dall'unione della parola greca *musikè* che indicava l'insieme delle arti presiedute dalle Muse (poesia, letteratura, musica in senso stretto, teatro, canto, danza) e *therapeia* che significava prendersi cura, ovvero l'essere al servizio, avere a cuore l'esistenza e la condizione umana di qualcuno. Musicoterapia quindi come “arte al servizio del benessere umano”.

La trasformazione di tale forma di arte in vera e propria azione di cura della persona malata risale agli anni Cinquanta, quando medici e psichiatri di varie parti del mondo (tra i quali Benenzon in Argentina, Wigram in Gran Bretagna e Lecourt in Francia) iniziarono a interessarsi al possibile coinvolgimento del ruolo clinico della musica nel processo terapeutico (Scarso, Emanuelli & De Bacco, 1998). Da allora sono stati sempre più numerosi gli studi intorno alla natura e alle applicazioni della musicoterapia e per questo nel 1996 la “Federazione mondiale di musicoterapia” (WFMT) ne ha voluto dare una esplicitazione univoca definendola come

l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia ed armonia) da parte di un musicoterapista specializzato con un paziente o

gruppo di pazienti, in un processo volto a facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione ed altri obiettivi terapeutici rilevanti per affrontare i bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi. La Musicoterapia mira a sviluppare le potenzialità e/o a ripristinare le funzioni dell'individuo in modo tale che questi possa raggiungere una migliore integrazione intrapersonale e interpersonale e, di conseguenza, una migliore qualità della vita mediante la prevenzione, la riabilitazione e il trattamento (WFMT, 1996).

Tale definizione apre la strada a importanti riflessioni di tipo educativo. È interessante innanzitutto notare l'uso del termine "processo" per definire le caratteristiche dell'intervento musicoterapico, quasi a voler dire che tale intervento non si esaurisce nel momento stesso dell'incontro tra terapeuta e paziente ma ha l'obiettivo di indurre quest'ultimo verso un cambiamento volto a promuovere una trasformazione interiore o a ristabilire una condizione di armonia interrotta a causa di un disagio o di una malattia. Lontano quindi dalla sua valenza strettamente medica di attività e pratica volta al trattamento delle malattie e alla guarigione della persona, quindi, il termine *terapia* in musica può essere sostituito con quello più pedagogico di cura intesa come presa in carico dell'altro mediata dalla sonorità musicale.

I protocolli impiegati in musicoterapia, del resto, recuperano l'uso del sonoro, della musica e degli strumenti da metodi pedagogici come quello di Jaques-Dalcroze (1865-1950), Orff (1895-1982) o Kodály (1882-1967) (Giddens, 1993) e in particolare di Raglio (2012), il quale ha approfondito la fase dell'osservazione basandosi sulla teoria delle "sintonizzazioni affettive" di Stern (1985). Tale teoria mostra come la musica sia in grado di agire sul sistema nervoso dei bambini e dei ragazzi producendo reazioni di tipo muscolare, cardiaco, respiratorio, ormonale, con evidenti ricadute sul piano emozionale dell'individuo, così avviando un processo in grado di consolidare una naturale armonia tra corpo, mente e spirito e di ripristinare un contatto autentico con le emozioni promuovendo la capacità di viverle, sentirle, esprimerle e condividerle (Stern, 1985). Tutto questo attiva una forma di

intelligenza emotiva (Goleman, 2002) che influisce sulla consapevolezza del proprio stato interiore: gioia, tristezza, piacere, noia, paura, dolore, attraversano il corpo – non solo per via dell’udito (si pensi al rimbombo toracico del tamburo) – e si fissano nell’essere traducendosi in un atteggiamento (un essere verso) nuovo nei confronti delle esperienze della vita. Il suono acquisisce infatti valenze simboliche rappresentando qualcos’altro da sé e diventa una forma di cura fenomenologico esperienziale che sale dal fare (l’esperienza musicale della terapia) all’essere, attivando varie forme di appropriazione intenzionale: scoperta della propria essenza, conoscenza incarnata, coscienza del dato personale e umano che si tesse con il mondo e si fa evoluzione della propria esistenza. Utilizzata in questa prospettiva fenomenologico relazionale la musicoterapia costituisce uno strumento pedagogico di lavoro prezioso e importante per far emergere e rielaborare a livello di benessere psicofisico dati esistenziali talora molto problematici come nel caso dei pazienti oncologici adolescenti nei confronti dei quali l’uso della musicoterapia è sempre più diffuso e utilizzato (Mc Clellan, 2002).

In particolare nei confronti dei pazienti adolescenti tale terapia è descritta in ambito scientifico come l’utilizzo professionalmente consapevole e creativo della musica all’interno di una relazione terapeutica con persone particolarmente bisognose – in considerazione della loro età e dello stadio evolutivo delicato che stanno affrontando – di un aiuto psicologico, fisico e spirituale per un miglioramento della propria qualità di vita all’interno del contesto medico ospedaliero (Ferrari, 2016).

Numerosi studi mostrano infatti i positivi effetti della musicoterapia sulla qualità della vita dei malati di cancro in età puberale, sia in fase di esordio della neoplasia, sia in fase terminale. Tale efficacia si spiega per due ragioni fondamentali. La prima legata alle caratteristiche del processo di sviluppo adolescenziale in cui la formazione della identità necessita spesso di canali espressivi diversi da quelli verbali per dare voce a sentimenti che i ragazzi faticano a riconoscere, esprimere e simbolizzare: per loro la musica costruisce un terreno di confronto, scambio e dialogo, in cui

identificarsi, differenziarsi, rafforzare il senso di identità all'interno del gruppo dei pari, condividere sentimenti complessi così favorendo lo sviluppo psicosociale, affettivo e delle relazioni interpersonali e regolando alcuni stati emozionali e il tono dell'umore (Schon, Akiva-Kabiri & Vecchi, 2012). La seconda ragione, conseguente alla prima, sta nel fatto che nel setting musicoterapeutico l'elemento sonoro-musicale nella sua complessa fenomenologia espressiva, costituisce concretamente e attivamente lo strumento attraverso cui dar vita a una relazione sonora tra terapeuta e adolescente che sollecita una esperienza viva, che si attua dentro il contesto oncologico e durante il percorso di cura; una esperienza che aiuta il ragazzo a distanziarsi momentaneamente dalla condizione di malattia per poi ritornarci, al termine di ogni setting, con una sensazione di maggiore distensione che consente di affrontare con maggiore consapevolezza, fiducia e positività quel tempo faticoso in ospedale. Partendo dalla identità sonora del ragazzo, nel setting musicoterapeutico a impronta pedagogica si utilizza infatti una metodica fondata sulla libertà di espressione, di improvvisazione e di scelta del tipo di musica da ascoltare o suonare, all'interno di una logica interattiva che mira principalmente alla compartecipazione degli stati affettivi. Il musicoterapeuta ascolta, riceve, accoglie e contiene questo "materiale educativo", lo fa suo e lo valorizza attribuendogli un senso e restituendolo al soggetto arricchito di valenze comunicative e relazionali personali; si pone, quindi, come un "interprete" della potenzialità espressiva del paziente, dei segni e dei significati che emergono dal suo corpo e dal suo essere al mondo cercando di esercitare rispetto a essi un'azione maieutica (Spaccazzocchi, 2011). Dentro questa relazione di reciprocità, la pluripotenzialità e la pluridirezionalità espressiva della musicoterapia esprimono al massimo la loro valenza pedagogico educativa.

Il paziente adolescente, infatti, dentro il setting musicoterapeutico riconosce il riconoscimento o comunque il senso di sé comunicatogli dal musicoterapeuta, si affida a quest'ultimo in un viaggio che lo aiuta per un attimo a dare nuovo

significato a quel luogo, a quel contesto e a quel tempo denso di cura e di attesa. Un meccanismo di “comunicazione a tutto tondo” – come lo definisce Gadamer (2006, p. 58) – estremamente efficace con gli adolescenti grazie alla forte influenza creativa che suscita in loro la musica coinvolgendone in modo potente la componente emotiva e, attraverso essa, la sfera cognitiva che incide sulla loro consapevolezza e conoscenza intenzionale dei contenuti e delle caratteristiche della esperienza oncologica in cui sono immersi (spazi, operatori sanitari, ambiente).

#### *4. Per una formazione pedagogico educativa dei musicoterapisti*

Come abbiamo visto l'azione educativa, quando autentica, è in grado di produrre una trasformazione interiore, il cui riverbero si diffonde sull'intera esistenza di colui cui è rivolta al fine di ampliare le dimensioni del vivere, ridare speranza al soggetto anche nelle situazioni di difficoltà e consentirgli di affrontare la complessità della vita, attraversare i momenti di crisi, resistere nelle messe alla prova esistenziali. Un concetto che mostra tutta la sua validità quando – di fronte ai tragici eventi che interrompono la consueta linearità del quotidiano in cui il deperimento dell'esperienza si manifesta nella sua maniera più drammatica (Mapelli, 2013) – sono necessari preparazione, accompagnamento, cura educativa per iniziare il soggetto alla comprensione, accettazione ed elaborazione del dolore attraverso il dialogo, l'esternazione delle emozioni e dei sentimenti, la condivisione dell'esperienza.

Solo attraverso l'intervento educativo, infatti, l'esperienza del dolore può offrire al soggetto la possibilità di costruirsi resiliente o, ancor di più, «antifragile» (Taleb, 2013)

permettendogli di non perdere di vista il traguardo, il punto di arrivo del percorso (anche se pieno di difficoltà), di aiutarlo ad attribuire un senso all'evento, mantenendolo ben ancorato nella propria esistenza e mettendolo quanto più al riparo da spaesamenti e smarrimenti (p. 57).

In tale prospettiva, allora, se come sostiene Proust (1993), l'immaginazione e il pensiero possono essere macchine in sé meravigliose, ma inerti e solo la sofferenza ha la capacità di metterle in moto, allora

esprimere e dare voce alla sofferenza diventa la prima operazione indispensabile all'uomo e alla sua umanità, che proprio attraverso l'esternazione, la condivisione, la partecipazione assume una forma di umanità ancor più definita, oltre che utile per la presa di coscienza di un'emergenza (Proust, 1993, p. 64).

Per questo, la musicoterapia si pone come pratica dal forte valore educativo perché capace di attivare forme di trasformazione esistenziale della persona. Un obiettivo possibile solo se il musicoterapeuta possiede adeguate competenze educative in grado di rendere autentica e dunque realmente trasformativa la relazione di cura con il paziente (Mortari, 2008). Ma queste non sono le specifiche competenze riconosciute dall'art. 33 bis Capo IV del Decreto legge n. 104 del 14 agosto 2020 agli educatori socio-pedagogici nei presidi socio sanitari e della salute?

Ad oggi, invece, purtroppo la formazione di tali figure professionali è ancora incerta nella sua natura e nella sua specificità. Così come stabilito dalla CONFIAM (Confederazione Italiana di Associazioni e Scuole di Musicoterapia), infatti, le aree di conoscenza e competenza del musicoterapeuta riguardano esclusivamente quattro ambiti: "Musicoterapica" al 45%, "Musicale" al 25%, "Medica" al 15%, "Psicologica" al 15%. Solo in alcuni casi l'area "Psicologica" è denominata "Psicopedagogica" e in essa sono inclusi solo insegnamenti di "Pedagogia generale" accanto ad altri cinque di Psicologia. Tutto ciò appare troppo generico rispetto, invece, al reale bisogno di competenze pedagogiche di cui necessitano in realtà i musicoterapeuti se si vuole che essi possano realmente assumere nella relazione con il paziente – soprattutto quando adolescente e oncologico – una posizione di reciprocità umana «in grado di rendere autentica ed efficace ogni relazione di cura» (Muschitiello, 2019a; 2019b). Una reciprocità che coglie le differenze, che non riconosce risposte

sicure e spesso nemmeno sa porsi precise domande, che impone il rovesciamento di tanti conformismi, che non fa progetti precisi che è estranea alla mera spiegazione (Cian, 1997, p. 21); una reciprocità che deve essere intesa come intenzionalità del gesto di cura attuata nel rispetto di chi si aiuta, rispetto che vuol dire agire “verso l’altro” e “per l’altro” lasciandogli lo spazio di autonomia necessario per costruire la propria personalità (Calaprice, 2016).

Solo, infatti, una relazione di cura siffatta, basata su autenticità, reciprocità, rispetto può incidere sulla qualità della vita dei pazienti oncologici adolescenti perché li rende partecipi. Una partecipazione che significa comprensione profonda, pedagogicamente intesa come *cum-prebendere* e cioè

portare con sé, prendere insieme, assumere consapevolezza e quindi intenzionalità progettuale del percorso di cure che si sta compiendo. Una cura autentica che significa quindi accogliere unitariamente nella mente, afferrare il senso di qualcosa, penetrare l’animo: acquisire un particolare modo di esistere (Cian, 1997, p. 27)

e comunque ritrovare, nonostante tutto, prospettive future.

### Bibliografia

- Aguado A., Ristagno R., & Towbin A.J. (2019). Transarterial radioembolization with yttrium-90 of unresectable primary hepatic malignancy in children. *Pediatric Blood & Cancer*, 33-56.
- Alberoni F. (2002). *La speranza*. Milano: Rizzoli.
- Benezon R. (1992). *Manuale di musicoterapia*. Roma: Borla.
- Benenson R.O. (1997). *La nuova musicoterapia*. Roma: Phoenix.
- Bergson H. (2002). *L’evoluzione creatrice*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bobbio N. (2004). *Educazione al limite*. Lecce: Pensa Editore.
- Buber M. (1997). *Il principio dialogico e altri saggi*. Cinisello Balsamo (Milano): San Paolo.
- Calaprice S. (2016). *Paradosso dell’infanzia e dell’adolescenza: attualità, adultità, identità. Per una pedagogia dell’infanzia e dell’adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.



- Cambi F. (2005) (a cura di). *Le intenzioni nel processo formativo. Itinerari, modelli, problemi*. Pisa: Edizioni Del Cerro.
- Capolsini L., & Rossi M. (2012) *Musicoterapia in oncematologia pediatrica*. Perugia: Ed. Litostampa.
- Cappa F. (2007). *Intenzionalità e progetto*. Milano: FrancoAngeli.
- Cian D.O. (1997). *Metodologia della ricerca pedagogica*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Clerici C.A., & Veneroni L. (2014). *La psicologia clinica in ospedale. Consulenza e modelli d'intervento*. Bologna: Il Mulino.
- Dato D. (2020). *Pedagogia dei contesti. Spazi, tempi, esperienze dell'educare contemporaneo*. Bari: Progedit.
- De Serio B. (2011). *L'irriducibile complessità dell'infanzia*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Demetrio D. (2009). *L'educazione non è finita. Idee per difenderla*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dewey J. (1990). *Esperienza e natura*. Milano: Mursia.
- Dewey J. (2006). *Esperienza e educazione*. Firenze: La Nuova Italia.
- Erbetta A. (2005). *L'educazione come esperienza vissuta. Percorsi teorici e campi d'azione*. Torino: Tirrenia Stampatori.
- Erikson E.H. (1970). *Gioventù e crisi d'identità*. Roma: Armando. (Original work published 1968).
- Fadda R. (1998). Che cos'è la formazione. Linee orientative provvisorie per intraprendere il cammino verso questa categoria. In F. Cambi (a cura di), *Nel conflitto delle emozioni* (pp. 67-74). Roma: Armando.
- Ferrari A. (2016). *Non c'è un perché. Ammalarsi di tumore in adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Fratini T. (2006). *Adolescenza, relazioni, affetti. Una ricerca attraverso l'analisi di resoconti narrativi*. Milano: Guerini.
- Gadamer H.G. (1983). *Verità e metodo*. Milano: Bompiani.
- Gadamer H.G. (2006). *Linguaggio*. Roma-Bari: Laterza.
- Galimberti U. (2009). *I miti del nostro tempo*. Milano: Feltrinelli.
- Giddens M.J. (1993). *A unit of vision: the ideas of Dalcroze, Kodaly and their historical development*. Melbourn: University of Melbourn Press.
- Goleman D. (2002). *Intelligenza emotiva*. Milano: BUR Saggi.
- Hegel G.W.F. (1973). *Fenomenologia dello spirito*. Firenze: La Nuova Italia.
- Heidegger M. (1976). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Heidegger M. (1988). *I problemi fondamentali della fenomenologia*. Genova: Il Melangolo.
- Husserl E. (1961). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Introduzione alla filosofia fenomenologica*. Milano: Il Saggiatore.

- Husserl E. (1982). *Intentionality and Cognitive Science*. Cambridge: MIT Press.
- Iaquinta T. (2014). *La fragilità, il silenzio, la speranza. Una pedagogia del dolore per insegnare a costruire la felicità*. Roma: Aracne.
- Iaquinta T. (2015). Educare al dolore. *MeTis*, 6, 217-229.
- Le Breton D. (2007). *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi.
- Lecourt E. (1999). *La musicoterapia*. Roma: Cittadella Editrice.
- Loria N. (2001). *Dal corpo allo strumento musicale*. Roma: Edizioni Scientifiche MaGi.
- Maggiolini S. (1981). *Pedagogia del dolore*. Milano: Rusconi.
- Mantegazza R. (2004). *Pedagogie della morte*. Troina: Città Aperta.
- Mapelli M. (2013). *Il dolore che trasforma*. Milano: FrancoAngeli.
- Mc Clellan R. (2002). *Musica per guarire*. Roma: Editori Riuniti.
- Merleau-Ponty M. (1980). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore.
- Mortari L. (2007). *Cultura della ricerca e Pedagogia*. Roma: Carocci.
- Mortari L. (2008). *Educare alla cittadinanza partecipata*. Milano: Mondadori.
- Muschitiello A. (2019a). Lo Spazio Neutro per so-stare nel conflitto genitori-figli e trans-formarlo in conflitto formativo. Riflessioni pedagogiche in prospettiva fenomenologica. *MeTis*, 9, 363-379.
- Muschitiello A. (2019b). Per una politica educativa ecologica dell'infanzia. Dalla tutela giuridica alla tutela educativa. Il coordinatore pedagogico. *Pedagogia e Vita*, 1, 60-73.
- Pinto Minerva F., & Gallelli R. (2004). *Pedagogia e post-umano*. Roma: Carocci.
- Poliseno A. (2003). *La speranza. Tra ragione e sentimento*. Roma: Armando.
- Prigogine I. (1997). *La fine delle certezze. Il tempo, il caos e le leggi della fisica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Proust M. (1993). *La ricerca del tempo perduto*. Milano: Mondadori.
- Raglio A. (2012). *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*. Milano: FrancoAngeli.
- Ricoeur P. (1986). *Tempo e racconto*. Milano: Jaca Book.
- Rogers C. (1970). *La terapia centrata sul cliente. Teoria e ricerca*. Firenze: Martinelli.
- Salvo A. (2011). *I dolori che ci cambiano*. Milano: Mondadori.
- Scarso G., Emanuelli G., & De Bacco C. (1998). Musica e Terapia. *Rivista di Psicologia Individuale*, 44, 67-75.
- Schon D., Akiva-Kabiri L., & Vecchi T. (2012). *Psicologia della musica*. Roma: Carocci.
- Siegel D.J. (2001). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Spaccazzocchi M. (2011). *Musica educativa, prospettive antropologiche per una pedagogia musicale*. Mercatello sul Metauro: Progetti Sonori.

- Stern D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Milano: Bollati Boringhieri.
- Taleb N.N. (2013). *Antifragile*. Milano: Il Saggiatore.
- Vegetti M. (1992). La medicina in Platone. *Rivista Clinica di Storia della Filosofia*, 21, 3-39.
- Weber M. (2004). *La scienza come professione*. Milano: Einaudi.
- Wigram T. (1997). *Manuale di arte e scienza della musicoterapia*. Roma: Ismez.
- Winnicott D.W. (2006). La sede dell'esperienza culturale. In D.W. Winnicott, *Gioco e realtà*. Roma: Armando.