

Armonia, sintonizzazione, relazione. Il setting in musicoterapia

ROBIN PASSERINI, LAURA GANDELLINI, ELENA FELMINI, BARBARA SIMONELLI

Summary – ARMONY, ATTUNEMENT, RELATION. SETTING IN MUSIC THERAPY. Music therapy uses body-sound-music phenomena to create a therapeutic relationship between music therapist and patient. The goal of this paper is to promote for the patient new methods of communication or to restore them. The non-verbal context is the element that distinguishes the music therapy setting. The theoretical and methodological framework which we refer to in this paper is the Benenzon Model of Music Therapy, conceived by Prof. Rolando O. Benenzon, which is one of four models of music therapy internationally recognized (IX World Congress of Music Therapy, Washington, 1999). The fundamental principle of this model is the ISO, which consists of the set of the acoustic phenomena and internal motion, which belong to an individual and characterize him. In the therapeutic context, music therapist can open wide new channels of patient's ways of communication through the discovery and management of the patient's ISO and tuning it with his own ISO. In order to achieve this intentional attunement, the music therapist, aided by a co-therapist, uses sound and movement, in a specific setting, with the aid of a set of musical instruments.

Keywords: MUSIC THERAPY, CREATIVE SELF, IMPLICIT MEMORY, SETTING, ATTUNEMENT

*Sintonizzarsi ed accordarsi creando dal silenzio
una composizione a due voci, che vibrano nel suono e,
sperimentando pause, dissonanze, ritmi, tempo e fuori tempo,
si realizzano nell'armonia.
(Gandellini, 2013)*

I. La Musicoterapia

La musicoterapia può essere definita come una disciplina scientifica che, attraverso l'instaurarsi di una relazione terapeutica stabile tra musicoterapista e paziente, attraverso l'utilizzo del canale "corporo-sonoro-musicale" [6, 8] si propone l'obiettivo di rendere possibili o restituire al paziente nuove modalità di comunicazione. Essa "rappresenta una disciplina in cui convergono apporti provenienti da diversi settori con una molteplicità di linguaggi scientifici la cui integrazione risulta difficile e costituisce probabilmente la "sfida" più ardua, ma anche più interessante che dovrà affrontare" (16, p. XI).

La musicoterapia non si pone obiettivi di guarigione ma si affianca ad altre discipline di tipo medico, psicologico, educativo e riabilitativo in un quadro di presa in carico complessa del paziente, all'interno di una rete clinica multidisciplinare e multiprofessionale [18]. Con alcune patologie può però costituire il primo atto terapeutico: la musicoterapia può infatti trovare maggiore spazio e peso terapeutico proprio nei casi in cui il problema presentato dal paziente sia proprio la difficoltà nella comunicazione.

Le terapie espressive che utilizzano i linguaggi artistici aiutano a veicolare il contenuto che

c'è in una relazione d'aiuto tra operatore e paziente, incoraggiando quest'ultimo ad esprimersi, a cercare un contatto con l'altro da sé, a credere nelle proprie capacità creative, a credere nella possibilità di trovare nessi nuovi, talvolta anche rendendo così possibile l'incontro con il proprio deficit [9]. È allora che un'azione espressiva, artistica, come la produzione sonora, diventa al contempo un'azione sociale e un'azione terapeutica: “facendo proprio il linguaggio dell'arte e utilizzandolo per interagire oltre le parole e con altre parole si può riconoscere la propria individualità e ridurre la distanza nei confronti dell'esterno, pur sapendo che l'incontro con le differenze trascina con sé un oltre invalicabile e irriducibile” (9, p.7).

La musicoterapia trova tre ambiti principali di applicazione: educazione, riabilitazione e psicoterapia. In particolare la musicoterapia attiva, come ormai consolidato da numerose ricerche scientifiche e pubblicazioni di respiro nazionale e internazionale, trova un utilizzo congeniale con l'autismo, l'handicap (in particolare quello medio-grave), gli anziani (soprattutto nei casi di Alzheimer), la prima infanzia e l'adolescenza, alcune condizioni cliniche tra cui coma e dolore cronico, la gestazione (nell'ottica di creare una prima forma di comunicazione analogica tra madre e bambino). L'espressione artistica non è terapeutica di per sé, ma riesce ad attivare le risorse sane e creative di tutti noi più di qualsiasi altra attività, e per questo ci aiuta il più possibile ad aiutarci da soli. E quando da soli ci dobbiamo fermare non riuscendo ad andare oltre, l'arte continua ad accompagnarci insieme a chi ci cura [9].

Il quadro teorico-metodologico a cui si fa riferimento in questo articolo per quanto riguarda la musicoterapia attiva è il Modello Benenzon, uno dei quattro modelli di musicoterapia riconosciuti a livello internazionale (IX Congresso Mondiale di Musicoterapia, Washington, 1999), ideato dal Prof. Rolando O. Benenzon, psichiatra argentino.

Il principio fondamentale è l'ISO (*Identità Sonora*) costituita dall'insieme dei suoni o dei fenomeni sonori interni e di movimento interno, che appartengono ad un individuo e lo caratterizzano [6, 8]. Tutti gli esseri umani perciò possono essere caratterizzati da un ISO, che li definisce nel senso dell'unicità e soggettività, e dunque li differenzia dagli altri. Vengono distinti un ISO gestaltico e personale, un ISO culturale, un ISO gruppale ed un ISO universale.

L'ISO riassume in sé il vissuto sonoro e cinestesico intrauterino, della nascita, dell'infanzia, fino alla nostra età attuale e gli archetipi sonori: modelli originari e primari, costituiti da tutti quei fenomeni corporei e sonoro-musicali che per millenni hanno quotidianamente stimolato gli individui in modo ripetitivo, provocando percezioni e sensazioni che si sono dinamicamente depositate nel loro inconscio (il battito cardiaco, il suono del respiro, dell'acqua, del vento ...) che caratterizzano la razza umana [6, 8].

Prima di procedere con la trattazione del setting in musicoterapia, proponiamo alcune riflessioni sulla teoria adleriana, che possano sottolineare alcune convergenze e rendere così gli interventi di musicoterapia compatibili con il modello meta psicologico individual psicologico. Adler sin dai suoi primi scritti ha posto attenzione all'unitarietà delle dinamiche psicosomatiche e somato-psichiche [1], ed al primario istinto relazionale basato sulla tenerezza che lega il bambino alla madre, legato alle percezioni cenestesiche, visive ed uditive, che andranno a costituire le primordiali impronte del legame corporeo e successivamente emotivo-affettivo con la madre e dunque il nucleo profondo della capacità relazionale e del sentimento sociale [2]. Diversi anni dopo questo scritto, dopo aver creato il suo impianto metapsicologico, Adler riconoscerà in questa primario spinta relazionale con la madre una delle principali forze motrici dell'individuo, la sua creatività, intesa come quella speciale creatività, a tratti consapevole ma per lo più inconscia, che permette all'uomo di continuare a percepirsi e a percepire il mondo, individuando nuove o più adattive strategie per fronteggiare cambiamenti e trasformazioni interne ed ambientali. "Siamo portati ad attribuire al bambino un potere creativo che getta nel movimento tutte le sue influenze e tutte le sue potenzialità, al fine di superare un ostacolo. Questo movimento è avvertito come un impulso che imprime una certa direzione alla sua lotta. La pulsione di un bambino è priva di direzione fino a quando non viene incorporata nel movimento verso la meta che egli crea in risposta al suo ambiente. Questa risposta non è semplicemente una reazione passiva, bensì una manifestazione di attività creativa. E' futile cercare di fondare una psicologia sulla base delle sole pulsioni, escludendo il potere creativo del fanciullo che le dirige e le modella, dotandole di una meta significativa" (4, p.5). Nella Psicologia Individuale, il Sé creativo può essere considerato il nucleo fondamentale della personalità, che contiene e racchiude tutte le potenzialità di sviluppo dell'individuo, il luogo delle sue origini, la direzione dei suoi progetti e dei suoi desideri; è inoltre un libero potere creativo che dà forma e sostanza a tali potenzialità, orientandole verso le mete realizzative individuali [5]. E' attraverso questa prospettiva al tempo stesso autocreata e creativa che l'individuo guarda il mondo, lo interpreta, gli attribuisce significato e gli imprime una direzione, per realizzare in ultimo il senso più autentico della sua stessa vita. Il Sé Creativo è dunque punto di partenza di ogni cosa, sin dalla prima infanzia, autocreata ed in armonia con il Sentimento Sociale, ed anche meta ultima di ogni personale realizzazione, al servizio dunque delle istanze di affermazione di sé. "L'essere umano ha una personalità unitaria che egli stesso modella. È, per così dire, sia l'opera che l'artista" (3, p. 163).

La dimensione comunicativa non-verbale rappresenta spesso il versante più autentico dell'individuo, sia perché espressione inconscia dei propri bisogni, sia perché molto meno controllabile dalla volontà in quanto meno mediata. La comunicazione verbale utilizza invece funzioni mentali più sofisticate. Il Sé Creativo quindi, stimolato dalla possibilità del non verbale, produce frutti diversi e interessanti, arricchendo il mondo dei vissuti di ciascuno di noi. Le artiterapie riescono ad incoraggiare il paziente a confrontarsi con il terapeuta e con altri individui in gruppo, grazie alla mediazione operata dai linguaggi analogici, che in modo indiretto – nel senso di meno consapevole – e quindi meno emotivamente stressante, permettono l'espressione delle parti del Sé, e quindi anche del Sé Creativo. I simboli proposti dalla percezione e dalla rappresentazione dei suoni e della musica, delle immagini visive, della corporeità, appaiono meno complessi da gestire e nello stesso tempo più essenziali [10].

Per approfondire il grande potere del linguaggio analogico, presentiamo anche alcune recenti riflessioni in merito alla memoria implicita. Come sottolinea M. Mancina, la storia pre-verbale e pre-simbolica di ogni uomo, per certi versi dimenticata, è intrinsecamente legata alla sensorialità (dal greco, *aisthesis*), alla percezione 'estetica' delle sue esperienze primarie, e che si archiviano indelebilmente, si incarnano, nella sua memoria implicita. L'odore della madre, il suo timbro vocale ed il ritmo del suo parlare, il suo modo di muoversi, il calore della sua mano, il modo con cui lo guarda, sono per il bambino esperienze di integrazione, continuità e di coerenza dell'esistere che gli permettono di percepire la propria pelle e di percepire l'altro nel contatto, di percepire cioè il confine di sé ed il confine tra sé e l'altro; attorno a questo nucleo estetico e sensoriale, attorno a questi ricordi della memoria incarnata, egli sarà in grado di organizzare le prime rappresentazioni di sé, della relazione e del mondo che lo circonda [13]. “Le radici di questo linguaggio pre-verbale sono nell'infanzia, in quel periodo struggente e inquietante per la dipendenza e la dedizione che comporta, in cui la lingua-madre che il bambino usa per nutrirsi è anche la lingua con cui egli, come il poeta, affida il proprio Sé senza confini, che si confonde e si riflette con la madre e con il mondo” (13, p. 92). “Su questa linea, il lavoro del poeta e dell'artista (così come quello del sogno) avrebbe il compito di esprimere simbolicamente la logica simmetrica che caratterizza l'inconscio non rimosso di quel poeta e di quell'artista (...). Con questo si identifica l'inconscio non rimosso del lettore e del fruitore della musica e dell'opera d'arte (...).” (13, p. 55). “La creatività umana apparirebbe in questo contesto teorico come un ricreare che si collega alla memoria implicita non passibile di ricordo, ma rappresentabile e «agibile» nell'attività creativa (poetica, musicale, scientifica e artistica nel senso più ampio). Tale creatività non può che modellarsi su quelle antiche

e precoci esperienze relazionali del bambino depositate nell'inconscio appena descritto" (13, p.51).

In musicoterapia si rivela fondamentale individuare l'Identità Sonora del paziente. Solo quando il musicoterapista riesce ad riconoscere e coglierne l'ISO e a sintonizzarlo con il proprio, ha la possibilità di aprire canali di comunicazione con il paziente [6, 8].

Il processo di "sintonizzazione affettiva" (*intentional attunement*) [21] è il nodo cruciale nelle fasi di sviluppo di ogni relazione di attaccamento. La capacità di sintonizzarsi emotivamente, che ha il suo substrato neurobiologico nei neuroni specchio [14], permette infatti al bambino di comunicare in modo implicito e non verbale i propri bisogni e sviluppare la capacità di distinguere il mondo interno dalla realtà esterna e, al caregiver, di rispondere empaticamente alle sue sollecitazioni. Il senso di sicurezza che si costruisce nel bambino ne viene allora rafforzato e l'alternanza tra stati emotivi positivi, amplificati e confermati, e negativi, modulati, conduce allo sviluppo completo del senso di continuità del Sé. Per ogni individuo che viene al mondo, la possibilità di entrare in sintonia con la mente dell'altro è fondamentale per la maturazione dei processi neurali mediatori della capacità di regolazione affettiva, dello sviluppo delle competenze sociali, della memoria autobiografica, della funzione riflessiva e dei processi narrativi.

In musicoterapia, questa sintonizzazione, forse 'armonizzazione', avviene mediante un gioco dinamico costituito dall'intreccio delle produzioni sonore e di movimento di terapeuta e paziente. In quest'ottica, Benenzon definisce infatti il lavoro musicoterapico come l'arte di armonizzare i silenzi e le pause per permettere la comunicazione [6, 8]. Questo processo avviene nel contesto di uno spazio che ha le caratteristiche dell'*intermedietà*, dello *spazio transizionale* tra mondo intrapsichico e mondo reale, meno rigido e più aperto all'incontro delle differenze, dove è possibile sperimentare qualcosa di diverso senza correre il pericolo di mettere a repentaglio la propria identità [19].

II. *Elementi di setting in musicoterapia*

Quando riflettiamo sul *setting*, ci riferiamo a quell'assetto definito e costante della situazione, costituito dalle condizioni teoriche, tecniche e metodologiche entro cui si svolgono gli interventi della relazione d'aiuto. Tutti questi aspetti hanno a che vedere con la modalità di gestire la relazione tra gli attori del percorso terapeutico [9].

L'elemento che contraddistingue il setting musicoterapico dagli altri setting terapeutici è il contesto non verbale. Questo non significa l'esclusione totale della presenza della parola, ma essa assume maggior rilievo nel suono, che nel significato vero e proprio.

Nella definizione di Benenzon [6, 8], il contesto non verbale è dato dall'interazione dinamica di infiniti elementi quali quello sonoro, musicale, gestuale, corporeo, del movimento, prossimale, verbale, della mimica, dell'odore, del colore, dello spazio, vibrazionale, gravitazionale, della temperatura, del gusto e altri ancora che influenzano e stimolano il sistema percettivo globale dell'essere umano e gli permettono di riconoscere l'ambiente che lo circonda e l'altro essere umano con cui è portato a mettersi in comunicazione [6, 8].

È auspicabile che, nell'entrare nel setting, musicoterapisti e pazienti provino la sensazione di essere immersi in un silenzio particolare che facilita la preparazione allo stabilirsi di una comunicazione analogica. Solo in questa condizione, infatti, possono instaurarsi autentiche relazioni in musicoterapia [8]. La musicoterapia necessita di uno spazio fisico e mentale definito all'interno del quale incontrarsi. Il setting rappresenta un contenitore di elementi spaziali, temporali e relazionali che costituiscono una base solida, stabile e costante su cui poggia il lavoro del musicoterapista.

Benenzon definisce quale setting musicoterapico “l'insieme degli elementi messi a disposizione per la seduta: il luogo (le caratteristiche dello spazio), gli strumenti, ed il corpo del musicoterapeuta (la sua posizione nello spazio, il suo comportamento, ecc)” [8, p. 238]. O ancora, può essere inteso come la sovrapposizione armonica di uno spazio fisico, di uno spazio psicologico e di uno spazio acustico [17] all'interno del quale si sviluppa una relazione.

II.1. *Lo spazio*

Lo spazio è il contenitore limitato dalla struttura del luogo in cui avviene l'esperienza terapeutica [6]. Lo spazio in cui si realizzano le sedute di musicoterapia deve possedere i requisiti che rendono possibile l'esperienza corporo-sonoro-musicale e relazionale.

Dovrebbe essere un luogo delimitato, riconoscibile, riservato e protetto, con l'isolamento acustico, sia per garantire un luogo silenzioso, al riparo da rumori disturbanti che provengano dall'esterno, sia per permettere la massima libertà espressiva vocale o strumentale all'interno. Dovrebbe essere di una dimensione ‘adeguata’: non troppo ampia, perché ciò potrebbe comportare un certo grado di dispersione e favorire percezioni di difficoltà di contenimento e perdita dei confini, e nemmeno troppo piccola, perché potrebbe limitare l'utilizzo del corpo e del movimento e favorire sensazioni di ‘chiusura’ e ristrettezza, che possono avere influenze sullo

stato emotivo. È opportuno che la stanza sia priva di specchi e decorazioni, per evitare la presenza di stimoli che possano costituire fonti di distrazioni, e che l'arredamento sia essenziale. Benenzon suggerisce che lo studio di musicoterapia abbia pavimenti e pareti di legno: questo potrebbe permettere, oltre ad un migliore isolamento acustico, la possibilità di utilizzare questo materiale come strumento, percuotendolo con le mani o battendovi i piedi, ed ascoltandone le vibrazioni prodotte.

Lo spazio, oltre ad essere un luogo fisico, viene definito anche come quel campo apparentemente vuoto che comincia a formarsi a partire dall'interazione tra due o più persone: uno *spazio vincolare*, caratterizzato dal legame che si sviluppa tra loro [6, 8]. È uno spazio occupato dai conduttori, dai partecipanti e dagli oggetti intermediari. Prima della seduta i musicoterapeuti dispongono l'organizzazione iniziale dello spazio, sistemandovi gli strumenti in base alle strategie di conduzione stabilite.

II.2. *Lo strumentario*

La questione di setting non si esaurisce alle caratteristiche fisiche, architettoniche, acustiche, di arredamento e dell'ambiente dedicato all'attività musicoterapica, ma si estende anche alla scelta degli oggetti presenti nella stanza che dipende dalle scelte strategiche del musicoterapeuta e del co-terapeuta e che includono eventuali dispositivi per l'ascolto di materiali preregistrati e per l'eventuale ripresa audio-visiva degli incontri e lo strumentario (G.O.S. - Gruppo Operativo Strumentale). Il G.O.S. deve essere sufficientemente vario, sia per le caratteristiche timbriche, sia per le possibilità di variazione dinamica, sia per le qualità melodiche, armoniche e d'intonazione. Può comprendere strumenti idiofoni, membrafoni, cordofoni, aerofoni, elettrofoni (classificazione Sachs-Honbostel).

Lo strumento in musicoterapia va considerato nella sua globalità, poiché ogni sua parte è significativa per la comunicazione: forma, dimensione, colore, temperatura, sonorità, qualità e quantità degli elementi che lo compongono.

Gli strumenti da utilizzare in musicoterapia devono possedere alcune caratteristiche fondamentali: devono essere preferibilmente strumenti di ampia facilità e libertà d'uso, che non richiedano necessariamente un'istruzione musicale per essere suonati. Si ritiene inoltre opportuno che siano costruiti con materiali naturali (come pelle, cuoio, legno, pietre, frutti e semi, etc), che abbiano forme e dimensioni differenti e siano trasportabili, per poter permettere spostamenti liberi nello spazio. Tali strumenti devono infine favorire la tendenza a stabilire relazioni con gli altri strumenti e permettere che il loro uso stimoli la comunicazione [6, 8].

Nel modello Benenzon di musicoterapia attiva è contemplato l'uso di strumenti corporali (uso del corpo, come battere la mani tra loro o su altre superfici), naturali, quotidiani, creati, musicali (convenzionali e non, folcloristici e primitivi, elettronici), che, nell'ambito della seduta, vengono classificati in base all'uso strumentale che ne viene fatto dal paziente: sperimentale, catartico, difensivo, incorporato, intermediario, intermediario corporale, di integrazione [6, 8, 15].

II.3. *Questioni di tempo*

Il tempo è un elemento fondamentale del setting, in modo particolare nel setting musicoterapico, dal momento che non esiste presenza sonora senza il trascorrere del tempo. Nel setting musicoterapico è necessario prendere in considerazione tre tempi: cronologico, biologico e terapeutico. Le sedute, inoltre, hanno luogo in un tempo stabilito, ad un certo orario, con una certa frequenza e hanno una certa durata. Il ciclo stesso di sedute ha un inizio e una fine e viene proposto al paziente in un tempo specifico della sua storia.

Il tempo biologico è il tempo che caratterizza i ritmi corporei, gli intervalli di reazione tra stimoli e risposte; determina il modo di muoversi, camminare, reagire. Nella seduta ogni paziente esprime il suo tempo biologico, che deve essere rispettato e armonizzato con quello del musicoterapeuta al fine di costituire il tempo terapeutico, che caratterizza quella particolare interazione. Il musicoterapeuta riconosce il tempo biologico del paziente, ne attende le risposte senza ansia, offrendogli lo spazio/tempo affinché questo possa accadere.

Il tempo terapeutico è l'omeostasi che si produce dall'adeguamento reciproco dei tempi biologici dei due interagenti [8]. È un tempo che si iscrive nel processo terziario, un processo che ha origine all'interno di uno spazio relazionale ed è caratterizzato dalla mescolanza delle peculiarità dei processi primari e secondari descritti da Freud, tali per cui è possibile vivere simultaneamente la temporalità e l'atemporalità, logica e pre-logica [8, 11]. È in questo tempo relazionale che si produce dunque la transtemporalità, caratteristica principale del contesto del non verbale.

II.4. *La relazione nel setting di musicoterapia attiva*

La denominazione di *musicoterapia* fa riferimento ad una disciplina che utilizza i suoni e la musica per facilitare la relazione interpersonale. La relazione viene veicolata mediante due figure: il musicoterapista (o conduttore) e il co-terapista (o co-conduttore).

Il *musicoterapeuta* usa suoni, musica e movimento per produrre effetti regressivi ed aprire

canali di comunicazione con il paziente, al fine di attivare un processo di crescita, di confronto con i propri limiti e bisogni, e di creare possibilità di autovalorizzazione [6, 8]. Per raggiungere tale obiettivo, cerca di stabilire una comunicazione attraverso la mobilitazione e il ricalco delle associazioni corpo-sonoro-musicali più caratteristiche del paziente, cercando di sintonizzarsi empaticamente con esse e valorizzando le sue risorse sonore.

Nel contesto del setting musicoterapico, la relazione si articola in momenti evolutivi, rappresentati da produzioni e integrazioni sonore (il dialogo sonoro in un setting individuale, l'improvvisazione strumentale in un setting di gruppo) che non sono la semplice traduzione analogica di stati mentali corrispondenti ma sono il risultato dell'integrazione di elementi di competenza musicale comune ed elementi della storia e dell'identità sonora del paziente e del terapeuta. Questi elementi vanno a fondersi con gli stati mentali vissuti nel transfert e controtransfert e producono un linguaggio musicoterapico specifico nel "qui ed ora" di quella relazione [6, 8, 15].

Il musicoterapista si pone in una posizione di ascolto dei messaggi cognitivo-affettivi veicolati dai suoni prodotti dal paziente e delle proprie associazioni corporeo-sonoro-musicali controtransferali, che gli serviranno per formulare adeguate risposte e permettere al paziente di sentirsi sufficientemente rassicurato e riconosciuto, fino a rendersi disponibile alla relazione. Introdurrà quindi delle variazioni sonore, con l'obiettivo di costruire, insieme al paziente, nuovi punti di vista sul mondo e un nuovo modo di vivere e stare con se stessi [6, 8, 15].

In un setting gruppale, il musicoterapista ha il compito di rafforzare e sostenere le strutture musicali emergenti dal gruppo, creando una trama sonora, un tappeto ritmico e/o armonico, su cui tutto il gruppo possa muoversi agevolmente, per facilitare l'instaurarsi di un Identità Sonora (ISO) gruppale, fondamentale per attivare un processo di integrazione [6].

Il coterapeuta collabora con il musicoterapeuta nella definizione delle strategie d'intervento, sostiene le sue iniziative nella seduta e lo aiuta a coinvolgere i pazienti più riluttanti, assumendo la funzione di Io Ausiliario: rende disponibile il proprio sé al paziente. Attraverso un gioco di rispecchiamenti e imitazioni sonore, cerca di mobilitare, attivare e vivificare le risorse compensative del paziente per restituirglielle, senza privarle della propria originalità [15].

II.5. *La consegna*

All'inizio di ogni sessione, musicoterapeuta e co-terapeuta stabiliscono e condividono le strategie dell'intervento a partire dalla consegna, che può essere direttiva, semi-direttiva o non direttiva, verbale o non verbale, può orientare specificatamente la possibilità di espressione del

gruppo o del singolo paziente, oppure lasciare la massima libertà. La consegna è il mezzo con cui la coppia terapeutica si presenta, si espone e si mostra [6].

II.6. *Il setting interno*

Appartiene al setting di una seduta di musicoterapia, tutto quell'insieme di conoscenze teorico-tecniche e di consapevolezza personale dei conduttori, che rappresenta la cornice metodologica entro cui prende forma quell'intreccio di produzioni corporo-sonoro-musicali, che costituisce la seduta.

Tale predisposizione all'incontro ha a che fare con la conoscenza del linguaggio sonoro-musicale (sebbene il linguaggio musicoterapico non si basi tanto su codici semantici quanto sulle dinamiche sonore, che si ripetono o che variano nel qui ed ora del setting), con la consapevolezza del proprio modello teorico della personalità e della psicopatologia e del proprio schema di riferimento per osservare e percepire quanto attiene al contesto non verbale. È necessario che la coppia terapeutica abbia una adeguata conoscenza del proprio ISO e dei propri nodi inconsci, per poter gestire i fenomeni di transfert e controtransfert che si attivano in una seduta. Come sottolinea Semi, sono “prerequisiti mentali [...] una disponibilità attenta e rispettosa, una curiosità non invadente, una capacità di essere attivamente neutrali, una coscienza sufficiente del proprio stile comunicativo” (20, p 12).

Il setting interno comporta anche una metodologia e una tecnica, che implicano il saper riconoscere e gestire la propria Identità Sonora e quella dei pazienti all'interno della seduta, riconoscere e gestire la ripetizione delle forme espressive, la possibilità di scelta e di utilizzo dei diversi oggetti intermediari per favorire il passaggio di energie nella relazione terapeutica [6].

II.7. *I protocolli di osservazione come sostegno alla definizione del setting*

Per facilitare la costante riflessione sulle questioni metodologiche e di setting, il Modello Benzon di Musicoterapia prevede che i musicoterapeuti compilino, prima e dopo ogni seduta, quattro protocolli osservativi, relativi allo stato emotivo e corporo-sonoro-musicale proprio e dei partecipanti, alla composizione del settino, alle strategie terapeutiche individuate, all'andamento della seduta. La stesura dei protocolli garantisce che vengano adottati i necessari criteri di metodo, aiuta a definire l'oggetto dell'osservazione e permette di esplicitare le operazioni effettuate.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über Mindwertigkeit von Organen*, Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg.
2. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, in A. ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (1914), *Heilen und Bilden*, tr. it. a cura di FERRIGNO, G., CANZANO, C. (2006), Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 7-15.
3. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, 1973.
4. ADLER, A. (1932), The structure of neurosis, *Int. J. Indiv. Psychol.*, 1, 2: 3-12.
5. ADLER, A. (1935), The fundamental views of Individual Psychology, *Int. J. Indiv. Psychol.*, 1, 1: 5-8, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9, 1993.
6. BENENZON, R. O. (1998), *Manual de Musicoterapia*, tr. it. *Manuale di musicoterapia. Contributo alla conoscenza del contesto non-verbale*, Borla, Roma 1998.
7. BENENZON, R. O. (2004), *Musicothérapie. La part oubliée de la personnalité*, tr. it. *La parte dimenticata della personalità. Nuove tecniche per la musicoterapia*, Borla, Roma 2007.
8. BENENZON, R. O., DE GAINZA V. H., WAGNER, G. (2006), *La Nueva Musicoterapia*, tr. it. *La nuova musicoterapia*, Il Minotauro ed., Milano.
9. CATTICH, N., SAGLIO, G. (2010), *L'oltre e l'altro. Arte come terapia*, Priuli e Verlucca, Scarmagno (TO).
10. CATTICH, N., *Il Sé Creativo nella relazione con il paziente psicotico*, Dispensa Scuola SAIGA.
11. FIORINI, H. (2004), El psiquismo creador, in BENENZON, R. O. (2007), *La musicothérapie. La part oubliée de la personnalité*, tr. it. La psiche creativa, in *La parte dimenticata della personalità. Nuove tecniche per la musicoterapia*, Borla, Roma 2007.
12. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M. N. (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoterapia e scienze umane*, XL, 3: 543-580.
13. MANCIA, M. (2004), *Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, Boringhieri, Torino.
14. PISTORIO, G. (2010), Evoluzione storica della musicoterapia, in CATTICH, N., SAGLIO G. (a cura di), *L'Oltre e l'Altro. Arte come terapia*, Priuli e Verlucca, Scarmagno (TO) 2010.

15. PISTORIO, G., CATTICH, N. (2010), *Musica e terapia*, in CATTICH, N., SAGLIO G. (a cura di), *L'Oltre e l'Altro. Arte come terapia*, Priuli e Verlucca, Scarmagno (TO) 2010.
16. PISTORIO, G., SCARSO, G. (1998), *Musicoterapia. Metodologie, ricerche cliniche, interventi*, Centro Scientifico Editore, Torino.
17. POSTACCHINI, P. L., RICCIOTTI, A., BORGHESI, M. (1997), *Lineamenti di Musicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
18. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.* 75, 1-9.
19. SAGLIO, G. (2010), *L'esperienza dell'intermedietà*, in CATTICH, N., SAGLIO G. (a cura di), *L'Oltre e l'Altro. Arte come terapia*, Priuli e Verlucca, Scarmagno (TO) 2010.
20. SEMI, A. A. (1985), *Tecnica del colloquio*, Raffaello Cortina, Milano.
21. STERN, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, tr. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.

Robin Passerini
Corso Belgio, 46
I-10100 Torino
E-mail: passerini_roberto@yahoo.it

Laura Gandellini
Piazza Vittorio Veneto, 11
I-10124 Torino
E-mail: lauragandellini@yahoo.it

Elena Felmini
Lungo Dora Firenze, 45
I-10152 Torino
E-mail: elena.felmini@gmail.com

Barbara Simonelli
Via Verdi, 47
I-10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it