

# **O processo do(a) musicoterapeuta**

## **Resumo**

A musicoterapia requer que o terapeuta reúna competências pessoais e competências profissionais - as técnicas e teóricas, as artísticas e musicais para desenvolver processos terapêuticos com eficácia nesta área.

Este trabalho tem como ponto de partida a reflexão pessoal e crítica da sua autora - musicoterapeuta, apoiada em alguns autores que são referência para os assuntos tratados, e desenvolve-se em torno de três escolhas pessoais de formação: psicoterapia individual, modelo Benenzon de Musicoterapia (com destaque para a musicoterapia didáctica) e supervisão. Por um lado, coloca em evidência o percurso de aquisição destas competências, para além das reunidas na formação inicial, por escolha do (a) musicoterapeuta. Por outro, identifica alguns dos efeitos daí decorrentes no crescimento pessoal e profissional do musicoterapeuta, abordando questões específicas do contexto terapêutico musical, que se podem relacionar directamente com os processos terapêuticos dos pacientes.

## **Palavras-chave**

Musicoterapia; modelo terapêutico; relação terapêutica; processo psicoterapêutico individual; supervisão.

## **Introdução**

O objecto da musicoterapia é a relação terapêutica vincular, que se estabelece num contexto não-verbal entre paciente(s) e musicoterapeuta, através do som, da música e de outros recursos corpóreo-sonoro-musicais. As sessões, com o seu tempo e espaço, compõem o processo que contém a história que liga os seus intervenientes.

O musicoterapeuta é o facilitador desse processo, permitindo ao seu paciente a expressão emocional, aceitando e compreendendo as suas transferências. Como refere Benenzon (2011, p.110), a este propósito: “Cria-se uma relação na relação”.

As experiências corpóreo-sonoro-musicais, às quais se associam outros fenómenos do contexto não-verbal, constituem os meios pelos quais o paciente e o musicoterapeuta se vinculam à relação terapêutica.

Baseando-me na minha experiência profissional, a formação em musicoterapia, para além da formação inicial, deve incluir a prática supervisionada, a musicoterapia didáctica e o processo de psicoterapia individual. Estes três centros de aprendizagem pessoal, englobam um conjunto de aspectos terapêuticos que promovem o desenvolvimento profissional do musicoterapeuta, como veremos ao longo deste trabalho.

Essencialmente, trata-se de uma auto-reflexão crítica sobre o meu processo de “ser”, de “estar” musicoterapeuta, sobre a minha consciência destas duas realidades tão distintas. Por outro lado, é um exercício pessoal de integração que, no meu entendimento, faz sentido, procurando a sintonia, a fusão entre o meu passado e o meu presente. São as competências reunidas pelo musicoterapeuta, é o seu processo discutido na primeira pessoa.

Contém referências a autores que reforçam a contextualização dos temas abordados mas, sobretudo, explicita a minha identificação com o autor do Modelo Benenzon de Musicoterapia - Rolando Benenzon.

Antes de realizar o meu percurso de formação complementar, elegia a música como o “motor” da relação terapêutica, sendo, portanto, uma produtora de sons. No presente, destaco a relação vincular, onde o musicoterapeuta conhece a sua identidade sonoro-musical, o seu carácter ou personalidade, os seus núcleos regressivos, o objecto intermediário corporal, que é o seu corpo.

A estrutura do trabalho assenta em quatro temas, articuláveis entre si, que correspondem temporalmente ao percurso pessoal e profissional que efectuei. Os dois primeiros incluem os aspectos directamente relacionados com o musicoterapeuta e a sua formação em Musicoterapia, assim como os efeitos das competências pessoais, das competências técnicas e teóricas, das competências artísticas e musicais do musicoterapeuta no processo da musicoterapia. Os outros dois, de natureza mais pessoal, englobam momentos narrativos, abordando o que considero serem os pilares da minha formação essencial em musicoterapia, ao mesmo tempo, determinantes no meu processo de crescimento e enriquecimento pessoal.

### ***1. A formação - Musicoterapia***

No início da minha prática de musicoterapia, comecei por desenvolver a minha actividade junto de crianças, adolescentes, jovens e adultos com algum tipo de dificuldades e/ou mesmo deficiência. Muitas vezes usava a música de forma intuitiva,

outras vezes as actividades musicais eram planeadas de acordo com os objectivos terapêuticos e tinha a percepção de que colhia bons efeitos. Ao longo do processo de tratamento, sessão a sessão, procurava estar muito consciente do que interessava desenvolver através da música e sentia facilidade em estabelecer a relação terapêutica.

Mas, desejava saber mais, fazer de outra forma, sobretudo porque dava conta do meu excesso de verbalização, do canto muito presente, do recurso à música gravada nas sessões e da postura directiva, controladora, que assumia com os pacientes.

A supervisão que realizei, enquadrada na parte curricular do curso de Musicoterapia, também já havia colocado em evidência os meus comportamentos musicais mais constantes – o canto e a estimulação instrumental com instrumentos de percussão, mas também a minha iniciativa, a minha criatividade e afectividade - características directamente relacionadas com a minha personalidade.

A intenção, sempre presente, seria a de utilizar a música, produzindo-a através dos instrumentos e da voz, dando mais espaço ao paciente.

Consciente das minhas necessidades, desejando reconhecer em mim outros recursos e poder fazer diferente, escolhi continuar o meu percurso de formação. Assim, nos primeiros dez anos de profissão, optei pela apresentação de trabalhos em seminários e em congressos e, ao mesmo tempo, pela frequência de acções de formação que, fundamentalmente, reforçavam as competências reunidas na formação inicial: utilizar a música como ferramenta de trabalho em pacientes com dificuldades ou incapacidade, conhecendo mais profundamente a metodologia a utilizar, especificamente as estratégias musicais mais adequadas a cada diagnóstico.

Sentia-me segura, capaz de desenvolver os projectos terapêuticos propostos aos meus pacientes ou às suas famílias. E confiava na minha capacidade de resposta aos desafios dos próprios processos terapêuticos.

Mas, alguns dos casos clínicos suscitavam-me questões, antes de tudo, do foro pessoal, principalmente relacionadas com o processo vincular, com o meu tempo biológico e com o tempo terapêutico da relação. Por outro lado, atribuía grande importância à gratificação que sentia quando verificava mudanças no paciente ou quando a sua família as apontava. Sempre de resposta pronta, por vezes antecipava-me ao paciente. Tentando ajudá-lo, retirando-o de um espaço vazio, recuperava-o para a actividade. Inconscientemente, não lhe dava o tempo e o espaço devidos, retirando-lhe o papel principal. Este comportamento mais controlador estimulava o paciente, tornando-o mais activo. As sessões decorriam na relação e com comunicação e, assim, o meu

“ego de musicoterapeuta” continuava forte pois, apesar das dúvidas que sentia, a evolução dos casos clínicos era muito notória e reconhecida pelos outros.

Contudo, algo residual permanecia dentro de mim pois sabia que o processo terapêutico musical é do paciente. Instalava-se a necessidade de ser acompanhada, supervisionada, assim como se justificava o desenvolvimento de um processo psicoterapêutico individual.

## ***2. O percurso profissional – Ser musicoterapeuta***

Na minha formação inicial em musicoterapia, as competências técnicas e teóricas, as artísticas e musicais foram muito trabalhadas; já as competências pessoais nem tanto, ou pelo menos, não de forma directa mas sim transversal.

Reconheço que os currículos em prática, na maior parte das Instituições de Ensino Superior, bem como as orientações emanadas da Federação Mundial de Musicoterapia, evidenciam a intenção de que os programas devem promover o crescimento pessoal e o desenvolvimento profissional dos estudantes. O mais comum é ser o próprio musicoterapeuta, mais tarde, a procurar e a definir o seu projecto de crescimento pessoal e profissional, isto se realizar a sua prática clínica de forma assídua. Neste caso e de forma natural, surgem as dúvidas no decorrer dos processos, os confrontos pessoais e as angústias profissionais, que podem promover a tomada de consciência desta falta e motivar o aprofundamento de questões enquadradas nestes domínios.

Quais então as competências pessoais e profissionais que o musicoterapeuta deve reunir para a eficácia do seu trabalho?

Que factores são identificados pelos musicoterapeutas quando procedem à avaliação da eficácia do seu trabalho e como se relacionam com as suas competências pessoais e/ou profissionais?

Procurando reflectir de forma crítica sobre estas duas questões, dentro da pouca informação divulgada pela comunidade científica relativa a estes temas, recolhi alguma, que de seguida apresento e comento sucintamente. Os aspectos fundamentais centram-se no processo da musicoterapia, nos seus pressupostos estruturais, nas características pessoais do musicoterapeuta e ainda, nas suas competências profissionais. A meu ver, todas elas podem interferir no estabelecimento e desenvolvimento do processo terapêutico, mas as pessoais sustentam ou comprometem a aquisição das outras, quer se trate de competências técnicas e teóricas ou de competências artísticas e musicais.

## *2.1. As competências pessoais (do musicoterapeuta)*

No âmbito das competências pessoais<sup>1</sup>, envolvidas num processo terapêutico, encontro algumas referências que considero essenciais. São elas: ser estável, ser de confiança, ser coerente e ter criatividade (Benenzon, Casiglio, D’Ulisse, 2005); ser autêntico e ter uma apropriada participação (Bruscia et al., 1981); ser flexível durante as actividades, ser objectivo em situações emocionais (Braswell et al., 1980); ter clareza, ter capacidade de compreensão, ser consciente de si e dos seus próprios sentimentos, ser capaz de reconhecer os seus pontos fracos, os seus limites e a sua contra-transferência (Camilieri, 2001).

Quais destas competências pessoais são essências para estruturar a relação terapêutica e promover o processo vincular? As atitudes e o comportamento do musicoterapeuta são a referência do contexto terapêutico para o paciente. Deste modo, as suas características pessoais devem ser as competências adequadas ao processo terapêutico.

A relação terapêutica desenvolve-se a partir da activação de todos os códigos que permitem a comunicação, originando momentos de transferência<sup>2</sup> e de contra-transferência<sup>3</sup> entre os implicados nessa mesma relação. “Um dos problemas estratégico-terapêuticos mais sensíveis, com o qual se enfrentará o musicoterapeuta, são os núcleos regressivos inconscientes dos pacientes”<sup>4</sup> (Benenzon, 2011, p.104)<sup>5</sup>. Será tão mais complexa a situação, quanto mais os pacientes se expressam no contexto não-verbal, onde, segundo o mesmo autor, o fazem com maior liberdade. Tal situação pode provocar dificuldade e mesmo alguma incapacidade na acção do musicoterapeuta e, assim, condicionar a sua relação com o paciente. Mais à frente, retomarei esta questão.

---

<sup>1</sup> Entendo “competências pessoais” como os elementos que caracterizam a Identidade pessoal do musicoterapeuta, podendo ser da sua realidade interna ou externa.

<sup>2</sup> Segundo o modelo Benenzon de Musicoterapia, é a comunicação que se estabelece entre o paciente e o musicoterapeuta, no seu estado regressivo, durante a sessão, onde o paciente repete episódios da sua história de relação maternal-paternal-infantil.

<sup>3</sup> Segundo o modelo Benenzon de Musicoterapia, é a resposta do musicoterapeuta ao receber a transferência do paciente, no seu inconsciente.

<sup>4</sup> “Uno de los problemas estratégico-terapêuticos más sensibles a que se enfrentará el musicoterapeuta, son los núcleos regresivos inconscientes de los pacientes”

<sup>5</sup> A partir deste momento, todas as citações, cujo original é de língua estrangeira, serão traduzidas directamente pela autora, não constando mais nenhuma informação, em nota de rodapé.

Na perspectiva daquele autor<sup>6</sup>, o musicoterapeuta deve ter um conhecimento profundo dos seus próprios núcleos regressivos, pois trata-se de uma parte fundamental da sua preparação pessoal. A este propósito, recordo Inge Nygaard Pedersen (1999), que no currículo do curso de musicoterapia da Universidade de Aalborg – Dinamarca, evidencia a necessidade do futuro musicoterapeuta ser colocado no lugar de paciente, durante mais de quatro anos, como preparação para trabalhar em musicoterapia numa base psicoterapêutica. Tendo por referência o programa curricular desta instituição do Ensino Superior, destaco duas áreas, identificadas pela autora, que o estudante de musicoterapia deverá adquirir: “aprender a lidar com projecções, introjecções e com a auto-contenção na prática terapêutica” e “aprender que deve ter as suas próprias necessidades adequadamente preenchidas para que os pacientes não sejam colocados numa situação onde devem preencher essas necessidades” (ibid).

Austin (1998), por seu lado, sublinha a importância do musicoterapeuta ser supervisionado e realizar o seu processo de psicoterapia, a fim de reconhecer e usar a contratransferência de forma adequada. Desta forma, ganhará consciência sobre as suas respostas, quando se confronta, a um nível inconsciente, com a transferência do paciente. Este poderá ser considerado o ponto basilar de qualquer musicoterapeuta, e aquele que se relaciona directamente com as suas características e competências pessoais.

Tanto num processo de supervisão, como num processo de psicoterapia individual, o terapeuta enfrenta as suas fragilidades, expondo a sua realidade pessoal e consequente actuação. Mas ao realizar estes processos, aumenta o seu auto-conhecimento, a sua interioridade, a sua capacidade de auto-interpretação, de simbolização e de abstracção. Promove a associação interna entre a sua musicalidade mais profunda e a sua própria realidade interna pessoal, valorizando a experiência interior e não a forma como a expressa em acção.

Tendo em conta a minha experiência como supervisora, verifico que os musicoterapeutas associam músicas, estilos musicais, sons específicos, identificam ritmos, melodias e harmonias, mas não se identificam projectivamente. O que é que todo este material musical tem a ver com a sua realidade interna, com a sua afectividade, a sua vida emocional e relacional, com a sua própria forma de se relacionar e comunicar com o mundo? “Os terapeutas necessitam aprofundar, integrar e ultrapassar (no bom sentido do termo verbal) a fase humanista em que se encontram” (Gomes, Rocha e Sabbatella, 2010).

---

<sup>6</sup> Rolando Benenzon (1939) é autor do Modelo Benenzon de Musicoterapia

Em quase todas as formações que realizei com Rolando Benenzon, ouvi-o proferir uma frase que pode representar o processo do musicoterapeuta, a sua actividade e o seu percurso pessoal e profissional: “Criar acreditando, criar crescendo”.

## ***2.2. Competências técnicas e teóricas, artísticas e musicais: seus efeitos no processo da musicoterapia***

No espaço vincular e num tempo terapêutico, surgem “os fenómenos corpóreo-sonoro-musicais, que se produzem durante a comunicação” (Benenzon, 2011, p.78). O tempo terapêutico resulta da comunicação entre o paciente e o musicoterapeuta, na qual cada um deles revela o seu tempo biológico, corporal, que é o seu próprio tempo (que o caracteriza). Quando estes tempos se juntam e se harmonizam para poder estabelecer-se um vínculo, o musicoterapeuta e o paciente partilham então um tempo terapêutico.

A musicoterapia estrutura-se num conjunto de meios e de técnicas utilizadas no espaço intermediário vinculativo, com suporte do musicoterapeuta. As possibilidades do som, da música e do movimento são inúmeras e encontram-se em cada um de nós, sendo muitas vezes recriadas e convertidas em linguagem musical, quer sejamos musicoterapeutas, quer sejamos pacientes.

Identifico-me com a definição de musicoterapia proposta por Benenzon (2011, p.272) “A musicoterapia é o processo da comunicação dentro do grande mundo do contexto não-verbal”. Segundo o autor, cabe ao terapeuta, “conduzir este processo de tal maneira que o paciente se veja exposto a situações e intercâmbios de mensagens que eventualmente produzirão relações sociais mais gratificantes” (ibid).

Numa outra leitura do processo da musicoterapia, “O musicoterapeuta digere o conteúdo do paciente e, tentando sempre acompanhá-lo, pode promover imagens, afectos e até novas representações, podendo transportá-lo para o lado simbólico da criatividade e da estética afectivo-relacional” (Gomes, Rocha e Sabbatella, 2010). Nesta situação tão complexa, o musicoterapeuta utiliza as competências que possui, a partir da sua identidade e da sua formação específica em Musicoterapia.

Concentrando-me ainda um pouco mais no processo terapeutico e baseando-me na minha experiência formativa profissional neste domínio, coloco em evidência uma das grandes dificuldades do musicoterapeuta, quando desenvolve a sua actividade - a dissociação. Sobre este aspecto, apoio-me nos estudos de Benenzon (2011) que refere que, por um lado, o terapeuta deve acompanhar o paciente na experiência que lhe provoca a contratransferência, partilhando das suas reacções no acto terapêutico e por

outro lado, “uma parte do musicoterapeuta deve permanecer em suspenso, para que não actue e não perca a contenção do setting<sup>7</sup> terapêutico”(p.293). Nesta situação, o musicoterapeuta deve reconhecer a identidade do paciente, não perdendo a sua como terapeuta e como pessoa.

São exemplos de competências técnicas e teóricas, relacionadas com as atitudes/comportamentos do terapeuta face ao cliente e à sessão: ser capaz de manter ou actuar numa distância terapêutica mas numa empática e contínua escuta do seu cliente (Benenzon, Casiglio e D’Ulisse, 2005); conhecer e gerir a dinâmica da contra-transferência (Pedersen, 2006); ser capaz de reconhecer e escolher as abordagens da musicoterapia para ajudar os seus pacientes (Braswell et al., 1980); proporcionar experiências terapêuticas musicais para estimular respostas afectivas do cliente; dar suporte ao cliente para comunicar mais eficazmente; reconhecer mudanças significativas e padrões nas respostas do paciente à terapia (Bruscia et al., 1981).

Como um exemplo específico de competência técnica, enquadrável num modelo teórico de musicoterapia mais de orientação cognitiva, destaco, “formular metas e objectivos para a terapia com base na avaliação, encontrar e criar experiências de musicoterapia indo ao encontro dos mesmos objectivos” (Bruscia et al., 1981). Se o terapeuta adopta uma orientação mais analítica, na sua prática clínica, o modelo que segue poderá ter objectivos, mas não os persegue de uma forma comportamental. Se, porém, o terapeuta aplicar os fundamentos teóricos do modelo Benenzon de musicoterapia, caracterizado por admitir uma liberdade total por parte do paciente e uma flexibilidade incondicional por parte do terapeuta, há ainda uma outra possibilidade - não se prender a objectivos nem a metas, nem definir as suas prioridades de intervenção, antes ter o desejo de acompanhar o paciente, sendo o seu suporte. Recordo Benenzon e as suas palavras, em vários momentos de formação que com ele realizei: “os musicoterapeutas não devem trabalhar por objectivos, não devem estabelecê-los em nenhum momento do processo terapêutico, porque isso condiciona o trabalho do terapeuta e a relação que cria com o paciente”.

Quanto às competências artísticas e musicais, saliento as mais referidas por Benenzon, Casiglio e D’Ulisse (2005): a criatividade e a liberdade na expressão a partir da improvisação musical. As referidas por Bruscia et al. (1981): ser capaz de compor numa variedade de estados emocionais, de estilos, a nível vocal e instrumental e as de Braswell et al. (1980): ser criativo e engenhoso no desenho musical ou nas actividades não musicais, indo ao encontro das necessidades dos pacientes, e acompanhar as metas

---

<sup>7</sup> Setting - espaço onde decorre a sessão de musicoterapia com os seus recursos sonoro-musicais.

e os objectivos da intervenção, assim como ser capaz de conduzir os seus pacientes para a expressão/performance musical.

Com base na minha experiência profissional, concluo que não se podem isolar as competências pessoais das competências técnicas e teóricas e das competências artísticas e musicais. O musicoterapeuta é uma só pessoa, tem a sua identidade e integra ainda a aprendizagem e o domínio de competências académicas e profissionais. Não há clivagens por competências. Em conjunto, reunidas no terapeuta, elas estão na base de todo o processo terapêutico, desde o estabelecimento da relação até ao seu encerramento. Outra nota é a de que não faz sentido discutir o grau de importância entre elas, mas o seu efeito de condicionamento na relação e na comunicação entre os participantes no acto terapêutico.

### ***2.3. A consciência da musicoterapeuta sobre o processo da musicoterapia***

Voltemos à perspectiva dos musicoterapeutas sobre a sua eficácia no processo terapêutico. Em 2004, Pascal Comeau estudou, junto destes profissionais, quais os factores que lhes permitiam ser eficazes na sua actividade. Nesta investigação, o autor identifica os quatro indicadores que os musicoterapeutas relacionam com a eficácia terapêutica e os indicadores de progresso do paciente, sentidos ao longo do processo terapêutico. No primeiro grupo estão: a relação terapêutica com o paciente, o terapeuta, a música e o método de musicoterapia. Quanto aos indicadores de progresso estes são: a criatividade, a receptividade, a sensibilidade, a capacidade para gerir a sessão, fluindo esta ao longo do tempo, e a própria percepção de que a metodologia utilizada produziu bons efeitos.

Posicionando-me em relação a este estudo, considero que está em falta outro elemento que, a meu ver, é extremamente importante - o setting - e proponho uma substituição. Em vez de apenas música, considere-se todo o contexto não verbal, incluindo o som, a música, o corpo e todas as energias sonoras, acústicas e de movimento menos conhecidas. A todos estes recursos, Benenzon (2011), chama ISO - a Identidade corpóreo-sonoro-musical que pertence a um indivíduo, que o caracteriza e o diferencia de todos os outros. São “as energias sonoras herdadas através das estruturas genéticas, pelas vivências vibracionais, gravitacionais e sonoras, durante a vida uterina, e por todas as experiências analógicas desde o nascimento até à idade adulta” (p.67).

Estas questões despertam a minha atenção para a leitura que faço sobre a definição de Musicoterapia, veiculada pela Federação Mundial de Musicoterapia em

2011 e a que é proposta por Rolando Benenzon (2011). A primeira definição, pressupõe que os recursos utilizados pelo musicoterapeuta são a música e os seus elementos que a constituem, refere os objectivos terapêuticos e relaciona-os com a satisfação de várias necessidades do indivíduo; a segunda, engloba o som, a música, os instrumentos corpóreo-sonoro-musicais e um infinito campo de recursos não-verbais, pressupõe o estabelecimento de uma relação entre os envolvidos, para se alcançarem melhoras na qualidade de vida do paciente.

As diferenças entre estas definições, que pretendo comentar, relacionam-se com o próprio enquadramento científico, com os recursos, com os efeitos decorrentes no próprio setting e com a relação terapêutica, podendo associar-se a postura do terapeuta e a metodologia que utilizará nas sessões de musicoterapia.

A mais recente definição, divulgada pela Federação Mundial de Musicoterapia, é o resultado de reflexões realizadas à volta das várias definições existentes e é a referência científica actual para os musicoterapeutas, de um modo geral. Os recursos são os instrumentos musicais que produzirão a música e/ou os seus elementos, por isso, o setting será formado a partir destes meios e a relação terapêutica estabelecer-se-á nesta realidade não-verbal. Ora, a forma como o musicoterapeuta se posiciona face aos referenciais teóricos do seu universo científico e profissional, evidencia o seu modo de vinculação e determina o tipo de processo e a relação terapêutica.

No início da minha carreira e durante alguns anos, identificava-me com a primeira definição. Actualmente, sou crítica porque a reconheço limitada. Ao estarmos em comunicação num setting terapêutico, integramos um enorme conjunto de fenómenos sonoros, musicais e de movimento, alguns deles ligados a outros fenómenos acústicos, não musicais, sendo estes, na maioria das vezes, os recursos terapêuticos efectivos. “Estes fenómenos são os que dão a possibilidade ao ser humano de reconhecer e redescobrir os fenómenos sonoros externos e de recriá-los para convertê-los em linguagem musical.” (Benenzon, 2011, p.27). Por isso, a musicoterapia não pode ter a sua base conceptual na música, propriamente dita. Por outro lado, as suas possibilidades terapêuticas são tão profundas, que se torna limitado não definir outras dimensões de aplicação da musicoterapia, tais como a área do diagnóstico e da prevenção.

A comunicação, a partir da formação dos vínculos paciente-terapeuta, promove-se pela expressão emocional do paciente, contendo os seus fenómenos regressivos. A história desta relação, que é em si o processo, não é planeada, constrói-se ao longo do tempo. O enfoque da intervenção passará por uma metodologia, estruturada para o

terapeuta, que se vai adaptando de acordo com as aplicações clínicas, enquanto facilitador, devendo acompanhar o paciente. E por esta razão, entendo não poder definir-se com precisão os objectivos terapêuticos, nem fazer sentido clarificar as metas a atingir. Contudo, admito a formulação desses objectivos como um guia no desenvolvimento do processo terapêutico que, fundamentalmente, promova a liberdade expressiva e, por isso, a comunicação sem fronteiras. Desta forma, o musicoterapeuta organiza-se para a escuta, para a espera e para acolher o paciente, compreendendo-o.

### ***3. O meu processo***

#### ***3.1. Ponto de partida***

Qualquer terapeuta é, antes de tudo, um paciente. Tem o seu potencial, as suas limitações e as suas dificuldades, que se traduzem em características, em atitudes visíveis durante as sessões de musicoterapia, em competências que se querem promotoras do processo terapêutico.

As experiências de vida que guarda consigo, desde a sua infância, nomeadamente a sua história não-verbal, a sua personalidade e o seu modo de comportamento, a sua identidade sonoro-musical, estarão presentes nos canais de comunicação, que são o suporte da relação com o seu paciente. Por isso, e de acordo com Benenzon (2011, p.104), o musicoterapeuta, “para estar em condições de trabalhar em musicoterapia é necessário, depois ou durante a sua formação curricular, submeter-se, por um lado, a um tratamento psicoterapêutico focado no reconhecimento dos aspectos inconscientes profundos e, por outro, a um tratamento musicoterapêutico didáctico”.

Se não o fizer, tudo o que é seu interfere no processo vincular, no espaço e no tempo terapêuticos, condicionando o estabelecimento e a dinâmica da relação, que se quer de comunicação. Saliento, como exemplo de reflexão pessoal, a “distância terapêutica”, a que Benenzon (2009, p.79) chama “distância óptima”. É uma competência de extrema importância em qualquer processo terapêutico, relacionada com o espaço vincular - é a sua medida. É a acção de aproximação e afastamento entre o musicoterapeuta e o paciente, e depende da territorialidade destes dois elementos. Ambas as partes devem respeitar o território do outro, não o invadindo. Do musicoterapeuta, espera-se o acompanhamento e a monitorização das acções do paciente, e este deve sentir liberdade para se expressar, tal como referi anteriormente.

A competência de que falo, aparece integrada no grupo das competências técnicas e teóricas a desenvolver na formação do musicoterapeuta. Este estará apto a exercer esta “distância óptima” se possuir características pessoais internas que lhe permitam estar suficientemente próximo e suficientemente afastado dos seus pacientes, tanto ao nível físico, como ao nível mental e emocional; em caso contrário, o musicoterapeuta deverá tomar consciência da forma como se posiciona face ao paciente, quando realiza a sua supervisão. A partir daí, procurará adequar-se, tentando promover a sua mudança. Importa ganhar a consciência de como pode estar consigo e com os outros, num espaço terapêutico comum, sendo o processo terapêutico individual fundamental para o conseguir.

Há alguns anos atrás tomei consciência da importância dessa “distância óptima” e da minha dificuldade em exercê-la. Necessitei realizar muitas sessões de musicoterapia, mas sobretudo, conhecer-me melhor, aprofundando aspectos da minha personalidade. Relembro a terminologia de Winnicott (1981), no que concerne à necessidade de conectar-me com “a realidade interior” e aceitar a “vida exterior”, permanecendo durante algum tempo na “zona intermédia de experimentação”; ao mesmo tempo, sentir, compreender, integrar momentos relacionados com a minha “musicalidade interna” e “desintoxicar-me”, num processo de psicoterapia individual.

Esta e outras competências foram integradas. Pouco a pouco, o meu corpo passou a ter uma identidade expressiva em mim, porque fundamentalmente, dei conta de que posso sentir e sinto, porque reconheci a dimensão corporal dos meus sentimentos e esta como dimensão do conhecimento de mim, como se o corpo fosse a ressonância da mente. Progressivamente, senti-me com maior liberdade interna, com mais espaço para mim e para o outro, com mais energia que flui internamente, fora de mim e em meu redor.

Por outro lado, o desejo de ser supervisionada conduziu-me a uma escolha que se revelou, ao longo do tempo, muito importante: um modelo de musicoterapia ao qual me sentia mais próxima, como pessoa e como profissional - “Modelo Benenzon de Musicoterapia”. Formar-me neste modelo, concluindo os seus cinco níveis, foi um desafio e também um compromisso pessoal muito importante. Destaco a musicoterapia didáctica, como o grande pilar desta formação e compreendo-a como a ferramenta fundamental para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais do musicoterapeuta. É através da promoção de várias experiências, que os musicoterapeutas reconhecem as próprias capacidades e os bloqueios no contexto não-

verbal, e se confrontam com muitos dos aspectos terapêuticos que ocorrem nas suas sessões de musicoterapia.

### ***3.2. A musicoterapeuta-paciente***

O percurso iniciado há alguns anos tornou-me mais consciente de vários aspectos pessoais e das suas consequências no acto terapêutico, onde estou por inteiro incluída e onde me incluo inteira.

Questionava-me como desenvolver um vínculo relacional com os pacientes, com base nas suas manifestações expressivas. Eu que gosto tanto de me sentir ligada, estarei apta a estar num processo vincular, num espaço vincular? Como estar no processo terapêutico, acompanhando e não estimulando?

As respostas a estas perguntas não foram imediatas. A verdade é que estabeleço ligações afectivas com os pacientes - gosto deles, necessitando estar muito atenta à distância criada entre nós, à forma como constituo o setting e me posiciono na sessão e na relação.

Sentia também que tinha bastante dificuldade em escutar. Como me escutariam os outros, como escutaram a minha criança interna? Poderia desenvolver em mim competências de escuta? Poderia identificar em mim acções não verbais, depois reconhecer e compreender as dos pacientes como expressão de algo, de um corpo, de uma mente, de descargas energéticas?

Não foi fácil descentrar-me do que é a comunicação predominante - a verbal - embora, entendesse e aceitasse que o corpo é um recurso não-verbal importantíssimo. Este pensamento dominou a minha acção durante vários anos.

Progressivamente, comecei a observar de uma forma mais próxima, vendo mais do que um corpo actuante, que recebe, que absorve informação, que cria e recria constantemente. Comecei a atribuir mais sentido à comunicação analógica<sup>8</sup>, com todas as suas possibilidades expressivas e perceptivas que aparecem associadas à relação paciente-terapeuta. Assim, a palavra “expressão” adquire um sentido mais amplo. Fiquei mais apta para acolher os vários modos de expressão do paciente e para reconhecer a sua importância no processo terapêutico.

Fui musicoterapeuta-paciente quando, por vezes, estimulava propondo e/ou combinando sons, em vez de permitir ao paciente experiências corpóreo-sonoro-musicais, de acordo com o seu tempo biológico e com a sua identidade (corpóreo-

---

<sup>8</sup> Comunicação não verbal.

sonoro-musical), sem interferir, sem invadir, sem condicionar o seu tempo terapêutico. Também o fui, quando esperava que o paciente fosse musical e/ou participasse de forma activa nas actividades musicais e quando na relação terapêutica esperava gratificações para o meu esforço (o sorriso, o olhar do paciente, as reacções que demonstrassem o seu bem-estar).

### ***3.3 A Psicoterapia Individual e os seus efeitos***

O processo de crescimento interior e de mudança das nossas próprias vivências ou das representações interiores, permite-nos uma maior consciência do que somos e de como estamos, connosco e com os outros em geral. O processo psicoterapêutico que realizo há 3 anos, semana a semana, permite-me crescer e renascer para a vida, estabelecendo uma nova relação com o meu mundo interno e externo. Tem sido uma enorme aprendizagem sobre as realidades primárias que conduzem ao simbolizar de realidades internas, sobre o meu carácter e sobre o meu funcionamento psicológico.

Faço escolhas em liberdade, em função de mim e da consciência que vou adquirindo sobre os meus sentimentos e emoções. Verifico que o conhecimento que tenho de mim e a tolerância que exercito comigo mesma torna-me mais humana e possibilita uma maior abertura ao outro, ao que ele é ou como está, respeitando a sua individualidade, mas sem anular a minha.

Acredito que a consciência é a competência pessoal mais importante na minha vida, nomeadamente na dimensão emocional. A consciência que tenho sobre mim, sobre o meu potencial, sobre as minhas fragilidades, sobre os meus limites, tranquiliza-me, dá-me serenidade, vincula-me e traduz a minha identidade. Sinto-me mais habilitada neste conhecimento individual, que integra também informação sobre o meu “eu-outro”. Assim, é cada vez mais frequente, nas sessões de musicoterapia, ter consciência do que é meu e do que projecto na relação terapêutica. Tendo esta consciência, posso trabalhar a partir do que existe na relação, sem contaminação. A contra-transferência inclui respostas menos impulsivas, menos reactivas, conseguindo diferenciar o que é do outro e que ressonância provoca em mim. É interessante constatar como a minha consciência me alerta em situações de eventual projecção. É como se falasse comigo, dando-me a possibilidade de escolha entre o que é meu e é projectado inconscientemente na relação terapêutica, e o que é do paciente, que acolho, compreendo e trato sem limitações pessoais nem preconceitos. Isto faz-me sentir mais capaz de estar na relação terapêutica, integrada e vinculada.

### ***3.4. A formação no Modelo Benenzon de Musicoterapia e os seus efeitos***

Este modelo, criado e desenvolvido pelo psiquiatra e músico argentino Rolando Benenzon, baseia-se em conceitos de “identidade sonora”, “objecto intermediário”, “objecto integrador”, “espaço vincular”, “tempo terapêutico”, “distância óptima”, o que implica a dimensão interna do terapeuta, nas suas características psico-afectivas e psico-corporais. Ao longo dos cinco níveis de formação, o formando vai sentindo as fragilidades, as dificuldades pessoais e vai aumentando a consciência do quanto são determinantes as competências pessoais do terapeuta no estabelecimento do vínculo relacional e no desenvolvimento do processo terapêutico; descobre aspectos relacionados com a sua identidade sonora e a dos outros, trabalha a percepção sobre as experiências inconscientes dos pacientes e as suas, a consciência sobre a sua capacidade vincular e sobre a competência de utilizar os objectos intermediários que favorecem o referido vínculo.

Ao longo da formação, senti estar a realizar um outro processo analítico pessoal, onde fiquei mais consciente da minha realidade interior, do meu carácter ou estrutura de personalidade. Fui adquirindo um conhecimento dos meus limites internos, que possibilita uma delimitação face ao paciente, sem o ver na relação como alvo de projecção ou de identificações projectivas. Por outro lado, senti também que estava a realizar um processo analítico musical, onde conheci melhor a minha musicalidade interna: a identidade sonoro-musical, as representações internas musicais, a identificação de experiências musicais e suas sensações integradas na minha história de vida. Estabeleci ligações e despertei a minha memória corpóreo-sonoro-musical e por fim, conheci melhor e assumi a minha identidade global.

A supervisão que realizei e continuo a realizar, no âmbito deste modelo, ajudame a reflectir sobre os processos terapêuticos, permitindo-me elaborar de forma orientada sobre outros meios de abordar os casos clínicos, nomeadamente, sobre outros recursos de comunicação não verbal adequados ao processo terapêutico. Ao mesmo tempo, sinto que tenho espaço para partilhar a minha condição de musicoterapeuta com a satisfação de estar a facilitar um processo de crescimento pessoal, quaisquer que sejam os objectivos terapêuticos e assumir/dar forma aos momentos de dúvida que existem e a outras características da relação terapêutica, ainda por descobrir. É como se estivesse e me sentisse acompanhada no meu processo de auto-análise, o que é simultaneamente libertador e reparador.

Ainda neste contexto da supervisão, tomei novamente consciência de alguns dos aspectos do meu carácter e personalidade, que integro na sessão de musicoterapia, (embora de forma inconsciente), da minha expressividade corporal, que me denuncia tanto na transferência como na contra-transferência com os pacientes, das atitudes e/ou comportamentos que podem condicionar o processo vincular no contexto não-verbal.

Durante a formação no Modelo Benenzon de Musicoterapia, tive espaço e tempo para dar visibilidade e permitir acção à minha dimensão corpóreo-sonoro-musical, para dar forma às experiências onde estive em contacto com os meus momentos regressivos e os dos outros. Pude reconhecer as minhas próprias competências perante experiências não-verbais, pude sentir o potencial expressivo dos recursos corpóreo-sonoro-musicais e pude ainda, compreender como o corpo é efectivamente um objecto intermediário no contexto da musicoterapia.

A distância existente na relação terapêutica entre mim e o paciente, foi um dos aspectos centrais da minha auto-análise, no âmbito deste modelo. Como afirmei anteriormente, existia em mim uma tendência para cuidar, proteger e gratificar. Mas a conjugação entre o meu processo terapêutico individual, a formação específica em Musicoterapia Didáctica (Modelo Benenzon de Musicoterapia) e a supervisão, deram-me a consciência do que sou como pessoa, de como estou com os outros, e da postura que adopto nas minhas sessões como musicoterapeuta. Nesta dimensão relacional, outro aspecto trabalhado foi a aquisição da capacidade vincular total e não parcial, estar nos processos terapêuticos com conforto, sendo competente na forma de utilizar os elementos intermediários que favorecem o vínculo, dando liberdade aos pacientes. Ou seja, estar na relação com o que existe e não com o que eu quero que exista.

Assim, integrei o modo de estar no espaço de vinculação, não estimulando nem retirando liberdade ao paciente, respeitando o seu tempo biológico e por consequência, não condicionando o tempo terapêutico da relação.

Sinto-me mais capaz quanto ao processo de transferência do paciente, sendo com facilidade o seu “continente” (suporte). Desde muito cedo, habituei-me a conter as acções do outro - as suas frustrações, as tensões declaradas e emergentes - e a tentar compreender o porquê da agressividade como linguagem relacional. Sinto que o papel de “terapeuta” foi-me atribuído pelo meu núcleo familiar e que absorvi estas funções durante muitos anos, adequando-me e estando preparada para todos os acontecimentos.

Ao tomar consciência da “toxicidade” que isso representava, que tem origem na minha história pessoal, fiquei mais habilitada para o processo de transferência e de contra-transferência, mais capaz de ser espaço potencial do paciente, continente das

suas descargas de energias sonoras, acústicas e de movimento, de permitir o aparecimento dos seus núcleos mais regressivos inconscientes e de me relacionar e comunicar no contexto não-verbal.

Outras competências adquiridas no âmbito desta formação, que destaco, são: ter interiorizado que o recurso facilitador relacional é o musicoterapeuta; ter integrado que devo escutar, monitorizar o paciente, sendo capaz de actuar e manter-me na relação terapêutica, com a distância devida; ter reconhecido e compreendido o paciente através das suas expressões e manifestações, sem rotular, sem interpretar; ter percebido a necessidade de saber estar, saber acompanhar a associação corpo-som-musica do paciente; ter sabido aceitar totalmente o seu tempo biológico, adequando-me ao tempo terapêutico da relação.

Ao longo da formação, foram vários os momentos em que relacionei os sons e a música que ouvia e que produzia com a minha história de vida. Estabeleci ligações, despertei a minha memória não-verbal e por fim, assumi a minha identidade.

#### ***4. Reflexão sobre “o ser e o estar” (musicoterapeuta)***

Creio que os primeiros anos da minha actividade de musicoterapeuta evidenciaram organização, método, iniciativa, prazer, e muita criatividade. A música conduzia a minha acção. O acto de estabelecer a relação e a comunicação através da música dominava a minha atenção. Estimulava, observava os pacientes e planeava com muito cuidado a intervenção. Os olhares, os sorrisos, a alegria e a participação dos pacientes nas actividades terapêuticas constituíam indicadores preciosos da qualidade das sessões de musicoterapia. E sentindo as reacções muito positivas, indiciando uma boa comunicação, por consequência acreditava que a relação terapêutica era forte, como uma aliança, da qual eu era responsável. Os pacientes tornavam-se cada vez mais musicais, e o processo terapêutico evoluía. Sentia que promovia a mudança.

No presente, considero que o essencial no acto terapêutico musical é a relação, que tem que ser vinculativa, entre o paciente e o musicoterapeuta. Segundo Benenson (2011) esta estrutura-se pouco a pouco, através de elementos sonoros, musicais, corporais e de movimento, e ainda, de elementos acústicos que produzem principalmente efeitos regressivos. Neste caso, o paciente tem sensações e comportamentos que o conduzem a “etapas evolutivas primárias” (Benenson, 2011, p.32). A música não é o recurso mais importante, são os corpos do paciente e do terapeuta (objectos intermediários). O aspecto musical associado à identificação desta

terapia, apenas distingue os meios e as técnicas do seu próprio objectivo que é o terapêutico. O protagonista deste processo terapêutico é o paciente, por isso, os bons efeitos que daí decorrem e a gratificação são seus. O terapeuta dá o suporte e desenvolve a sua actividade sendo um trabalhador-facilitador e a sessão flui ao ritmo do paciente, não havendo necessidade de ser controlada, de forma directiva, pelo terapeuta, evitando-se, assim invasões da sua parte. O tempo terapêutico é ajustável entre os dois e a distância vai-se instalando, de forma flexível e gradual. É pois a relação terapêutica que promove a mudança no paciente.

O prazer que o paciente pode sentir no contexto terapêutico e na comunicação que se instala, certamente proporciona-lhe emoções positivas e gera nele a vontade de estar na relação construída com o terapeuta musical. Não necessita de ser estimulado, necessita ser escutado, atendendo a que o seu corpo tem um manifesto potencial sonoro-musical e potencial expressivo.

Reconheço ser difícil actuar no contexto não-verbal. Por parte do paciente, não é fácil relacionar-se, comunicar utilizando o seu corpo, o som e/ou os instrumentos musicais, num processo predominantemente expressivo, a partir da sua identidade. Pode por exemplo acontecer, terapeuta e paciente estarem em silêncio, assemelhando-se isso ao vazio, à ausência e assim provocar angústia. Pode também o tempo parecer outro, distinto do tempo sentido no contexto verbal. Pode o paciente, por vezes, repetir a mesma forma de expressão, até esta ser entendida pelo terapeuta. Noutras vezes, este tem de ser muito paciente e muito disponível para descobrir o canal de comunicação da relação e o seu conteúdo. Outra dificuldade ainda pode advir dos rituais dos pacientes, nem sempre de leitura fácil para o musicoterapeuta.

#### ***4.1. Os três pilares e as mudanças produzidas “no ser” (musicoterapeuta)***

Partindo da minha experiência pessoal, nos papéis de musicoterapeuta e de formadora/supervisora, admito que o domínio das competências, adquiridas na formação inicial, pode ser crescente e desenvolvido, conforme a experiência profissional do musicoterapeuta é maior, mas sobretudo, se ele investe no conhecimento de si, como identidade pessoal corpóreo-sonoro-musical. A consciência de si próprio, nas dimensões humana e terapêutica, torna-o mais competente, mais seguro e auto-confiante nas experiências vinculares, partilhadas ao longo de um processo terapêutico.

“Só podemos permitir que outros cresçam e renasçam para a vida e para o mundo, quando sentimos, experienciamos e vivenciamos nos nossos processos de

formação, o mesmo crescimento e renascimento, para uma nova vida, com uma nova relação com o mundo externo e interno” (Gomes, Rocha e Sabbatella, 2010).

De facto, o espaço terapêutico individual é um processo de crescimento pessoal de transformação interior – é o primeiro pilar. O meu, tem sido um processo de aprendizagem a partir da identificação das minhas representações internas, ou seja, permite-me a consciência da minha realidade interior, do meu carácter ou estrutura de personalidade, bem como do meu funcionamento psicológico. Possibilita-me a leitura do mundo externo sem preconceitos e uma delimitação face ao paciente. Por isso, sinto-me mais apta na condução do processo terapêutico, mais competente nos momentos de transferência e de contra-transferência.

Ao nível não-verbal, é fulcral o terapeuta trabalhar os seus aspectos pessoais relacionados com as suas expressões corpóreo-sonoro-musicais. Deve ter a possibilidade de contactar e identificar a sua identidade, de reconhecer-se e diferenciar-se dos outros. Para além destes aspectos, incluídos na formação didáctica do Modelo Benenzon de musicoterapia - o meu segundo pilar, tive a possibilidade de trabalhar os aspectos vinculares do contexto não-verbal e conhecer muitas das dificuldades técnicas que os musicoterapeutas sentem na sua intervenção. Fiquei mais consciente da minha personalidade e do modo como interfere na relação terapêutica.

A supervisão – terceiro pilar, é outro meio de crescimento pessoal e profissional, embora, de uma forma geral, seja relacionada mais frequentemente com a vertente profissional do terapeuta. O supervisor ajuda a reflectir sobre o processo terapêutico, nomeadamente sobre a abordagem que está a ser feita, fomentando a tomada de consciência pelo terapeuta, principalmente sobre dois tipos de aspectos: os do seu carácter e da sua personalidade, que interferem na relação – na transferência e contra-transferência, e os dos outros recursos de comunicação não verbal adequados à relação estabelecida. O supervisionado, pode assim reconhecer os seus aspectos pessoais, que estão a condicionar a relação vinculativa, ficando mais apto a identificar os aspectos do paciente. Esta consciência é benéfica para a evolução do processo terapêutico.

O meu percurso enquanto musicoterapeuta, demonstra-me que, na realidade, o terapeuta compreende e lê a situação de acordo com a sua percepção e experiências pessoais. Não é o seu conhecimento musical, nem a informação que possui sobre variados parâmetros clínicos que o tornam mais capaz, como recurso facilitador da mudança. A este propósito menciono, mais uma vez, Benenzon (2011, p.111) que afirma: “é a sua capacidade vincular e a sua competência para utilizar os elementos intermediários que favorecem o dito vínculo”.

#### ***4.2. Considerações finais: a consciência/integração***

O meu percurso de musicoterapeuta assenta nos pilares, anteriormente mencionados – espaço terapêutico individual, formação no Modelo Benenzon de Musicoterapia, supervisão. Juntos e em articulação contínua, após um tempo de desconstrução e de reconstrução interior e exterior que ainda se realiza, contribuem para me sentir consciente e integrada e mais eficiente na minha prática de musicoterapia.

As sessões de musicoterapia que oriento, reflectem actualmente a consciência do que sou e de como estou.

No presente, reconheço respeitar a diferença, conheço os meus limites e sei delimitar-me e diferenciar-me na relação eu-não eu, na relação eu-outro (onde incluo o paciente), sei identificar e associar com mais tolerância interna as partes “mais doentes” de mim, o meu sofrimento, as minhas tensões, mas também as partes sãs, o meu potencial, e isto sem condicionar a minha história pessoal e o meu funcionamento psico-corporal.

Relembrando as questões apresentadas no ponto dois – i. quais as competências pessoais e profissionais que o musicoterapeuta deve reunir para a eficácia do seu trabalho e ii. que factores são identificados pelos musicoterapeutas quando procedem à avaliação da eficácia do seu trabalho e como se relacionam com as suas competências pessoais e/ou profissionais – espero ter revelado ao longo deste trabalho que as competências pessoais, que se destacam e se tornam afinal competências profissionais na minha realidade de musicoterapeuta, são o estar presente e de forma contínua na relação, estabelecendo um vínculo terapêutico, permitindo ao paciente a livre expressão e comunicação corpóreo-sonoro-musical.

A terminar, diria então que o processo do(a) musicoterapeuta é: “um caminho sobre o caminhado e por caminhar, caminhando” (Benenzon, 2011, p.271).

## ***Referências Bibliográficas***

Austin, D., (1998). *When the psiche sings: transference and countertransference in improvised singing with individual adult*. In K.E. Bruscia (Ed.). "The Dynamics of Music Psychotherapy", p. 315-333. Gilsum, N.H: Barcelona Publishers.

Benenzon, R., Casiglio L., D'Ulisse M.E., (2005). *Musicoterapia e Profissione tra Teoria e Pratica*. Roma: Il Minotauro (ed).

Braswell, C., Maranto, C.D., Decuir, A., (1980). *Ratings of entry skills by music therapy clinicians, educators, and interns*. *Journal of Music Therapy*, 17, 133-147

Benenzon, R., *Musicopsicoterapia y edad evolutiva*, in Centro Benenzon España.

Benenzon, R., (2011). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Bruscia, K.E., Hesser, B. & Boxill, E.H., (1981). *Essential competencies for the practice of music therapy*. *Music Therapy*, 43-49.

Camilleri, V., (2001). *Therapist self-awareness: an essential tool in music therapy*. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 28, p. 79-85.

Comeau, P., (2004). *A phenomenological investigation of being effective as a music therapist*. *Qualitative Inquires in Music Therapy: A Monograph Series*, 1, p.19-35.

Gomes, J.L., Rocha, M., Sabbatella, P., (2010). *Training and Development of Therapeutic Competences of Music Therapists: boundaries of inner Musicality*, in VIII EMTC (Congresso Europeu de Musicoterapia), Cádiz, 2010.

Pedersen, I. N., (1999). *Self experience for music therapy students – Experiential training in music therapy as a methodology – A compulsory part of the music therapy programme at Aalborg University*. In *Proceedings of Education Symposium – Novembre 1999*, compiled and edited by Barbara L. Wheeler, Washington, DC, USA

Pedersen, I. N., (2006). *Counter Transference in Music Therapy*: Dissertation submitted for the Degree of Doctor of Philosophy. Department of Communication and Psychology. Aalborg University. Denmark, 2006.

Sheiby, B.B.,(1998). *The role of musical countertransference in analytical music therapy*. In K.E. Bruscia: "The Dynamic of Music Psychotherapy", p. 213-247. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Sheiby, B.B., (2001). *Forming an identity as a music psychotherapist through analytical music therapy supervision*. In Michele Forinash (Ed), *Music Therapy Supervision* (pp. 299-334). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Wigram T., (1998). *Music Therapy Training* (Chapter 15). In "Clinical Application of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology", Jos De Backer, Jessica Kingsley Publishers, January 1999, p. 283-297.

Wigram, T., (2005). *Survey Research*. In Wheeler B.L., *Music Therapy Research: Second Edition*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Winicott, D., (1981). *Escritos de psiquiatria y psicoanálisis*. Barcelona, Laia.

World Federation of Music Therapy (1999). *Guidelines for Music Therapy Education and Training*, in <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/.../637/155>, acedido em 15 de Junho de 2012.

World Federation of Music Therapy (2011). *Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy*, in [http://wfmt.info/WFMT/President\\_presents...\\_files/President%20presents...5-2011.pdf](http://wfmt.info/WFMT/President_presents..._files/President%20presents...5-2011.pdf), acedido em 15 de Junho de 2012.