



Universidades Lusíada

Correia, Artur Jorge Rodrigues Malícia, 1971-

Aventura de ser... musicoterapia em adultos com deficiência intelectual : estudo de caso

<http://hdl.handle.net/11067/2829>

Metadados

Data de Publicação	2017-02-17
Resumo	A musicoterapia é uma intervenção terapêutica expressiva junto de pessoas adultas com Deficiência Intelectual em regime residencial bem reconhecida pela comunidade internacional. Apesar de existir pouca investigação em Portugal, este trabalho pretende contribuir para o alargamento do campo percetivo dos interessados na aplicação da musicoterapia como potenciador do desenvolvimento pessoal e social, e saúde mental. Neste trabalho pretende-se avaliar o impacto do processo de intervenção musicoter...
Palavras Chave	Deficiência mental - Tratamento, Pessoas com deficiência mental, Musicoterapia
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2021-09-15T04:12:05Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Aventura de ser... musicoterapia em adultos com
deficiência intelectual: estudo de caso**

Realizado por:

Artur Jorge Rodrigues Malícia Correia

Orientado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientadora:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 9 de Fevereiro de 2017

Lisboa

2016



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Aventura de ser... Musicoterapia em adultos com
deficiência intelectual: estudo de caso**

Artur Jorge Rodrigues Malícia Correia

Lisboa

Outubro 2016



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Aventura de ser... Musicoterapia em adultos com
deficiência intelectual: estudo de caso**

Artur Jorge Rodrigues Malícia Correia

Lisboa

Outubro 2016

Artur Jorge Rodrigues Malícia Correia

Aventura de ser... Musicoterapia em adultos com deficiência intelectual: estudo de caso

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Musicoterapia.

Orientadora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Lisboa

Outubro 2016

Ficha Técnica

Autor Artur Jorge Rodrigues Malícia Correia
Orientadora Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Título Aventura de ser... Musicoterapia em adultos com deficiência intelectual: estudo de caso
Local Lisboa
Ano 2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CORREIA, Artur Jorge Rodrigues Malícia, 1971-

Aventura de ser... Musicoterapia em adultos com deficiência intelectual : estudo de caso / Artur Jorge Rodrigues Malícia Correia ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Dissertação de Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-

LCSH

1. Deficiência mental - Tratamento
2. Deficientes mentais
3. Musicoterapia
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Mental retardation - Treatment

2. People with mental disabilities

3. Music therapy

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.C67 2016

Ao Rodrigo.

Agradecimentos

À Professor Doutora Teresa Leite, pela disponibilidade, amizade, caminho, encontro, descobertas e deslumbramento que partilha e nos ensina.

À Professora Doutora Tânia Gaspar pelo apoio e momentos de orientação.

Aos residentes da Obra Social do Pousal da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa por todos os momentos de encontro e descoberta que fizemos juntos. Particularmente à colega Arminda Rodrigues, psicóloga da unidade, e toda equipa e assistentes pelo lado incansável de apoio, colaboração e conversas muito sábias de corredor.

A todos aqueles que o encontro e o caminho nos faz desejar relembrar e reencontrar, evocando relações, afectos, experiências e aprendizagens, ressoando esses momentos nas memórias de encontro e caminho. Entre tantos destes outros a minha gratidão para Nuno Torres, João Laureano, Floriane Silvestri, João Paulo Ribeiro, Maria José Vidigal, Eduarda Carvalho, Micaela Ramos, Helena Sousa, Márcia Vasconcelos, Miguel Alvarez, Andreia Duarte, Cláudio Fonseca, Júlio Santos, Nuno Simão, Carla Coutinho, Pia Kraemer, Graça Santos, Sofia Neuparth, Daniel Tercio, Gonçalo Tavares, João Hipólito e Odete Nunes.

Ao Niels Hannibal pela partilha do seu trabalho o que facultou uma diferenciação da reflexão sobre a intervenção que fiz.

A toda a família que se constrói e reconstrói em cada laço e abraço, em cada olhar e desejo, a de sangue e a de afectos, a todos um grande bem hajam, particularmente à minha irmã Carla pelo apoio e ao meu irmão Luís que me fez estar com uma guitarra pela primeira vez.

Aos companheiros das bandas e dos projectos musicais, com quem aprendi e partilhei momentos de criação e exploração musical, especialmente ao Cláudio, Hugo, Pedro, Mario, Ruben, Filipe, entre outros.

Ao Brain Eno, Nick Cave e ao Ludovico Einaudi pela companhia que fez durante as noites, e nos momentos de avanço e recuo.

Ao meu filho Rodrigo, com quem descobri a importância das primeiras relações precoces na primeira pessoa.

I was riding, I was riding
The sun was rising up from the fields
I got a feeling I just can't shake
I got a feeling that just won't go away
You've gotta just keep on pushing
Push the sky away
And if your friends think that you should do it different
And if they think that you should do it the same
You've gotta just keep on pushing
Push the sky away
And if you feel you got everything you came for
If you got everything and you don't want no more
You've gotta just keep on pushing
Push the sky away
And some people say it's just rock and roll
Oh but it gets you right down to your soul
You've gotta just keep on pushing
Push the sky away

“Push the sky away ”(Cave, 2013)

Resumo

A musicoterapia é uma intervenção terapêutica expressiva junto de pessoas adultas com Deficiência Intelectual em regime residencial bem reconhecida pela comunidade internacional. Apesar de existir pouca investigação em Portugal, este trabalho pretende contribuir para o alargamento do campo percetivo dos interessados na aplicação da musicoterapia como potenciador do desenvolvimento pessoal e social, e saúde mental.

Neste trabalho pretende-se avaliar o impacto do processo de intervenção musicoterapêutica em grupo com adultos com Deficiência Intelectual (DI), em regime residencial, em dois estudos de caso, permite o desenvolvimento das competências da expressão e da comunicação.

Para tal procedeu-se a uma intervenção em grupo composta por 21 sessões de musicoterapia com a duração de 45 minutos e uma periodicidade semanal durante cinco meses. Esta intervenção foi centrada no processo do grupo e para tal elaborou-se uma estrutura de sessão que permitiu a observação no envolvimento dos participantes no percurso do grupo. Para monitorizar a intervenção foi criada uma grelha de observação que facilitou o registo de dados como o tipo de experiência musical (improvisação ou recreação musical), a sua duração, as respostas imediatas após a experiência musical, quer ao nível verbal e não-verbal.

Este trabalho mostrou que a intervenção musicoterapêutica em grupo com um quadro teórico complementar entre a abordagem centrada na pessoa, e os contributos da psicodinâmica, permite o desenvolvimento das competências da expressão e da comunicação em pessoas com DI. E que existe uma maior produção de respostas não-verbais nos estilos de experiência musical de improvisação e recreação, e um maior número de RV ao nível das experiências musicais de recreação. O que leva a considerar que a complementaridade entre estas experiências musicais, no trabalho terapêutico, é eficaz na promoção da saúde mental de pessoas com DI.

Palavras-chave: musicoterapia; deficiência Intelectual; estudo de caso; respostas verbais; respostas não-verbais.

Abstract

Music therapy is a significant therapeutic intervention well recognized by the international community to adults with intellectual disabilities in residential settings. Although there is little research in Portugal, this work aims to contribute to the extending of the perceptive field of stakeholders in the application of music therapy as enhancing the personal and social development, and mental health.

In this paper we intend to evaluate the impact of group music therapy process with adults with Intellectual Disability (ID) in a residential scheme in two case studies, it allows the development of skills of expression and communication.

To do this we proceed to a group intervention consisting of 21 music therapy sessions lasting 45 minutes and a weekly for five months. This intervention was focused on the group process and we elaborate a session structure that allowed the involvement of participants in the group's route. To monitor the intervention we have created a grid of observation that facilitated the data set as the type of musical experience (improvisation or recreation), its duration, the immediate response after the musical experience, whether the verbal level and non-verbal.

This work showed that the music therapy group intervention with a complementary theoretical framework between the person-centered approach, and the contributions of psychodynamic, allows the development of skills of expression and communication in people with ID. And there is an increased production of non-verbal responses in the musical experience of improvisation and recreation, and there is a greater number of verbal response in terms of musical experiences of recreation. We conclude that the complementarity of musical experiences of improvisation and recreation, in group music therapy intervention, increases the production of verbal and non-verbal responses in people with intellectual disabilities.

Keywords: music therapy; intellectual disability; case study. verbal responses; non-verbal responses.

Lista de ilustrações

Ilustração 1 – 1º procedimento da estrutura da sessão de musicoterapia para o grupo (Ilustração nossa, 2014).....	86
Ilustração 2 – 2º procedimento (RENOVAR) (Ilustração nossa, 2014).....	88
Ilustração 3 - 3º Procedimento (RECTIFICAR) (Ilustração nossa, 2014)	89
Ilustração 4 - 4º Procedimento (RETOMAR) (Ilustração nossa, 2014)	89
Ilustração 5 – 5º Procedimento (RELIGAR) (Ilustração nossa, 2014).....	89
Ilustração 6 – 6º Procedimento (RECRIAR) (Ilustração nossa, 2014).....	90
Ilustração 7 - Média das RV e RNV observadas após os MEMR por sessão (Caso I)	107
Ilustração 8 - Média das RV e RNV observadas após os MEMI por sessão (Caso I)..	107
Ilustração 9 - Média das RV e RNV observadas após os MEMR por sessão (Caso I)	122
Ilustração 10 - Média das RV e RNV observadas após os MEMI por sessão (Caso I)	122

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização do grupo	80
Tabela 2 - Média das RV e RNV observadas após os MEM por sessão (Caso I).....	106
Tabela 3 - Média das RV e RNV observadas após os MEM por sessão (Caso II).....	121

Lista de abreviaturas

- MEM - Momento(s) de Experiência Musical
- EMR - Experiência Musical de Recreação
- MEMR - Momento(s) de Experiência Musical de Recreação
- EMI - Experiência Musical de Improvisação
- MEMI - Momento(s) de Experiência Musical de Improvisação
- RV - Resposta Verbal
- RNV - Resposta Não Verbal
- DI - Deficiência Intelectual

Sumário

Resumo	24
Abstract.....	26
Lista de ilustrações	28
Lista de tabelas	30
Lista de abreviaturas	32
Introdução.....	36
Deficiência intelectual	38
Intervenções psicoterapêuticas em pessoas com deficiência intelectual	42
Musicoterapia	44
Abordagem Humanista em Musicoterapia	47
Experiências musicais em musicoterapia	52
A intersubjetividade em musicoterapia	57
Aspectos da comunicação em musicoterapia	62
Dinâmica de grupos e grupos em musicoterapia	67
Musicoterapia na pessoa com deficiência intelectual.....	71
Questão de investigação	75
Objetivos propostos	76
Metodologia.....	77
Procedimentos	77
Descrição da amostra.....	78
Plano terapêutico para o grupo	81
Técnicas musicoterapêuticas	82
Recursos Materiais	83
Instrumento de avaliação	83
Estrutura da sessão	85

Estudo de Caso I.....	91
Historial	91
Observação inicial nas sessões de musicoterapia	92
Dimensões musicais observadas na fase de avaliação.....	93
Processo individual no grupo	94
Impacto do processo na produção de respostas verbais e não-verbais no caso I.....	106
Análise e discussão de resultados	108
Estudo de Caso II.....	110
Historial	110
Observação inicial nas sessões de musicoterapia	111
Dimensões musicais observadas na fase de avaliação.....	113
Processo individual no grupo	114
Impacto do processo na produção de respostas verbais e não-verbais no caso II	121
Análise e discussão de resultados	123
Discussão e Conclusão	126
Referências	132
APÊNDICES.....	142
APÊNDICE A.....	146
APÊNDICE B.....	150
APÊNDICE D.....	152
APÊNDICE C.....	156
APÊNDICE E.....	160

Introdução

A literatura científica mostra evidências inquestionáveis do efeito da música ao nível fisiológico, neurofisiológico, biológico e neuroquímico (Koelsch, 2009, 2010), reconhecendo os efeitos que a escuta musical proporciona ao nível do bem-estar e emoções positivas (Sacks, 2006), quer ao nível da identidade individual, quer ao nível das experiências sociais musicais (Ruud, 1998).

A musicoterapia evidenciou-se em diferentes contextos clínicos, e verifica-se a sua eficácia terapêutica em contextos de saúde mental (Gold, Solli, Krüger, & Lie, 2009), na área da deficiência intelectual (Savarimuthu & Bunnell, 2002), especialmente em pessoas com deficiência intelectual profunda (A Oldfield, 1990).

As mudanças em musicoterapia são evidentes, porque acontecem num processo relacional onde a potencialidade da pessoa acontece, quer na relação terapêutica, quer na relação musical. Bruscia (1987) considera que a musicoterapia envolve o uso de experiências musicais organizadas, para desenvolver a relação entre terapeuta e cliente, promovendo o bem-estar físico, mental, social e emocional.

Em alguns estudos anteriores Raglio (2011), mostra que os fatores de eficácia na prática da musicoterapia são a formação de uma relação terapêutica e musical, de um suporte teórico e metodológico, da orientação para objetivos a longo prazo, do domínio das técnicas ativas e recetivas, e do rigor da avaliação e diagnóstico. Fazer música pode ser uma forte fonte de prazer, promover aspectos relacionais e comunicacionais, desenvolver funções cognitivas, entre outras, mas só é prática terapêutica na presença destes factores. (Vink & Bruinsma, 2003)

A musicoterapia baseada na evidência é um método na qual o musicoterapeuta toma decisões integrando a informação científica que melhor evidencia a sua experiência, combinada com os valores, as expectativas e desejos do paciente. Uma revisão sistemática ao nível da literatura na área da musicoterapia, medicina e psicologia, que recorra a métodos explícitos de prática e estudos de caso, permitem uma apropriação destas técnicas para validar estudos (Vink & Bruinsma, 2003).

Este trabalho irá incidir sobre a intervenção musicoterapêutica em grupo com pessoas adultas com deficiência intelectual (DI). Para tal, será feito um enquadramento

teórico constituído por uma revisão da DI, da musicoterapia, dos grupos em musicoterapia e da intervenção musicoterapêutica com pessoas com DI.

No tópico DI serão abordadas as questões do enquadramento diagnóstico, os problemas/necessidades associadas, co-morbilidades, e os tipos de modelos da intervenção psicoterapêutica, que existem na literatura.

Dentro do tópico da musicoterapia irá ser abordada a definição, os contextos de intervenção e modelos, onde daremos destaque à abordagem humanista, às experiências musicais (Bruscia, 1998), dando relevância à improvisação clínica e as suas técnicas (Wigram, 2004), e recreação musical.

Este trabalho, assenta numa abordagem experiencial centrada na pessoa (Rogers & Kinget, 1975), e no seu contributo para a relação terapêutica e musical com os participantes. Com a integração deste modelo de relação terapêutica, pretende-se observar o impacto das experiências musicais de improvisação e recreação ao nível da reação verbal e não-verbal, em pessoas com DI.

Sabemos que a prática de intervenção musicoterapêutica, com o suporte do quadro compreensivo da intersubjetividade (Stolorow & Atwood, 1996), e dos processos de modelação e sintonia no desenvolvimento (Stern, 1998), da simpatia da ritmicidade (Trevarthen, 2009), permitem uma abordagem terapêutica ao nível pré-verbal na improvisação musical (Hannibal, 2000). O que poderá facilitar o desenvolvimento dos aspetos do *self* subjetivo (Stern, 1995) e deste modo a relação narrativa. Reconhecemos, ainda, o contributo das ideias de Winnicott (2012) do jogo, do lúdico e da criatividade, e os contributos dos elementos da musicalidade comunicativa (Malloch, 2000).

Verificada a eficácia da musicoterapia em pessoas com DI, iremos observar o tipo de intervenção existente e qual o impacto que têm na promoção e aumento das capacidades de comunicação, competências académicas, vocacionais e cognitivas, competências motoras, competências sociais, emocionais, de autonomia e de lazer (Peters, 1987).

Os estudos de caso resultam de uma intervenção em grupo, baseada numa estrutura de sessão, que será alvo de aprofundamento na metodologia da intervenção.

Esta estrutura da sessão permite a criação de um modelo de atuação, e observação do processo, adaptada da metodologia de microanálise de respostas comunicativas de Ridder (2007). Desta metodologia, resulta a observação da existência de MEM (momentos de experiência musical) ao longo das sessões, e de indicadores de classificação como o tipo de experiência musical e as reações imediatas após a experiência musical ao nível da existência de respostas verbais e não-verbais. Para a avaliação de impacto foi criada uma tabela com os indicadores da estrutura da sessão, como a atividade musical, isto é, MEM de improvisação ou de recriação de Bruscia (1998), as respostas verbais e não-verbais, e percentagem destas em relação ao número de MEM assistidos na sessão. No final, será elaborada uma reflexão sobre o progresso terapêutico e os resultados obtidos nos estudos de caso.

Deficiência intelectual

No decorrer dos anos, o conceito de DI passou por diversas definições e terminologias, tais como: Oligofrenia, Retardo mental, Atraso mental, Deficiência mental.

Na 5ª edição do Manual Estatístico de Diagnóstico das Doenças Mentais (DSM V), o diagnóstico de DI (perturbação do desenvolvimento intelectual) fez a revisão do conceito de Atraso Mental do DSM – IV, estando atualmente integrada nas perturbações do neurodesenvolvimento (Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013). Verifica-se uma mudança deste conceito ao nível do impacto nas funcionalidades e na promoção da estimulação de uma maior compreensão do diagnóstico. Os novos critérios deste manual para a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual não se baseiam só na codificação ao nível de quociente de inteligência QI, enfatizando a necessidade de avaliação da capacidade cognitiva (verbal e não-verbal) e das funções adaptativas. A avaliação de uma perturbação do desenvolvimento intelectual deve ser feita através de escalas. Isto significa que estes diagnósticos não devem ser baseados apenas na realização de um teste da capacidade intelectual (Carulla et al., 2011).

As características da DI envolvem défice das capacidades mentais, que afectam o funcionamento adaptativo em três áreas/domínios: área das competências da linguagem, da leitura, da escrita, do cálculo, do raciocínio e da aprendizagem e

memória; área social onde se inclui a empatia, julgamento social, competências de comunicação e relacionamento interpessoal, capacidade de fazer e manter amizades; e a área da autonomia como os cuidados pessoais, responsabilidades laborais e gestão financeira. Salienta-se, ainda, a importância do comportamento adaptativo (Tassé et al., 2012), isto é, o nível de funcionamento em domínios/áreas como: o auto cuidado, a comunicação, a segurança, a vida doméstica e tempos livres.

O défice cognitivo, segundo *MedSpace*¹, é um termo inclusivo que é usado para descrever défices no funcionamento global intelectual (deficiência intelectual), sendo menos usado para descrever défices nas capacidades cognitivas (disfunções da aprendizagem como a dislexia). Em contraste, termos como “*learning disabilities*” (dificuldades de aprendizagem) são usados para descrever défices específicos de processamento, que nada tem a ver com o funcionamento cognitivo global. Neste sentido, o termo DI é o diagnóstico correcto quando os sujeitos têm défice cognitivo ou têm comportamentos pouco adaptativos. Pessoas com capacidades cognitivas reduzidas, mas com comportamentos sociais adaptativos, não são diagnosticados como DI (“Cognitive Deficits,” 2014).

A DI, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), significa uma capacidade reduzida para compreender informações novas ou complexas, bem como aprender e aplicar novas competências (inteligência prejudicada). Isso resulta numa redução das competências para lidar de forma independente (funcionamento social prejudicado), e começa antes da idade adulta, com um efeito duradouro sobre o desenvolvimento. O uso do termo DI, também engloba as crianças que foram colocadas em instituições por causa da deficiência percebida ou rejeição familiar e que, conseqüentemente, adquirem atrasos de desenvolvimento e problemas psicológicos.

No Reino Unido, o conceito para DI, é entendido como deficiência geral na aprendizagem (*general learning disability*), como um estado permanente e incompleto no desenvolvimento mental. Alguém com uma deficiência geral de aprendizagem tem comprometimentos significativos ao nível das competências intelectuais e adaptação

¹ Site especializado em medicina e cuidados de saúde, que tem como objetivos: proporcionar a médicos e outros profissionais de saúde a informação clínica abrangente, relevante e oportuna para melhorar a assistência ao paciente; tornar a tarefa do clínico de recolha de informações mais simples, mais frutífera, e menos morosa; e fornecer médicos com as ferramentas educacionais necessárias para se manterem atualizados na sua prática (www.medscape.com).

social. Esta “deficiência geral de aprendizagem” não é adquirida na idade adulta, sendo verificado desde a infância. A incapacidade geral de aprendizagem deve ser diferenciada de dificuldade específica de aprendizagem (dislexia). A pessoa pode ter uma dificuldade na leitura, escrita e/ou compreensão, e não ter um problema com a aprendizagem noutras áreas (Hannon & Clift, 2010).

Muitos fatores podem desencadear DI. Estes podem ser de origem genética, metabólica, degeneração cerebral, intrauterina, consumo de drogas, mal formações cerebrais, problemas no período perinatal, neonatal, e pós-natal. Os problemas associados podem ainda ser ordem biológica (problemas motores, anormalidades do movimento, deficiência da fala, deficiência auditiva, deficiência visual), ordem psicológica psicológica (perturbações da ansiedade e do humor, perturbações da personalidade, demência precoce, autismo, défice de atenção e hiperatividade, perturbações alimentares), de ordem comportamental (por em ameaça a sua vida e a dos outros, períodos de violência e comportamento agressivo, atividade criminal) e de ordem das perturbações do sono (Fonseca, 1987).

Podem surgir ao longo do tempo um conjunto de complicações ao nível do comportamento (distração, impulsividade, auto agressão, atividades estereotipadas), problemas sexuais (curiosidade com o corpo dos outros, falta de compreensão os comportamentos sexuais, masturbação em público), problemas físicos (epilepsia, mobilidade e sensoriais), perturbações da visão e da audição, e problemas relacionados com a família (rejeição parental, ansiedade e depressão para os cuidadores, dificuldade com a dinâmica familiar como por exemplo o isolamento).

Como constrangimento de reabilitação existem ainda as limitações de recursos económicos, a mortalidade e as dificuldades ao nível da adaptação. A esperança média de vida em pessoas com DI é 25 anos menos que as pessoas sem DI. À medida que esta aumenta, a mortalidade nas pessoas com DI passa de moderado para severa sendo três vezes maior (Gillberg & Soderstrom, 2003). As pessoas com DI são mais propensas do que a população em geral em experimentar fatores de risco biológicos e psicossociais. Pequenos acontecimentos, ou experiências de dificuldades podem desencadear reações

de tensão e desconforto vividos de forma exacerbada por falta de competências de *coping*² (Hartley & MacLean, 2008).

Os problemas de comunicação verbal e não-verbal, em pessoas com DI, foram trabalhados pelo modelo de comunicação eficaz de Kelly (2001). Este modelo sugere que, para existir uma comunicação eficaz, o comunicador deve ter o desejo de comunicar-se com um recetor e ter ambas as competências para comunicar-se e ser capaz de usar essa capacidade de forma eficaz. O comunicador precisa então de um recetor que seja recetivo à comunicação, o que exige que o recetor seja recetivo, ou seja, que tenha a capacidade de entender o que o comunicador está a comunicar. Para pessoas com DI este ciclo tem o potencial de ser interrompido em cada etapa do processo.

Neste sentido, Silverman, et al. (2005) chama a atenção para a necessidade de reconhecemos os padrões de comunicação verbal e não-verbal, como expressão facial, contacto ocular, afeto, postura corporal, movimento, uso da voz, quer no paciente, quer por parte do terapeuta. Mehrabian (1971) afirma que os elementos não-verbais são extremamente importantes para comunicar sentimentos, atitudes, especialmente as incongruentes. Exemplo disso é quando as palavras não estão de acordo com a linguagem corporal.

Silverman et al. (2005, p. 123) sistematiza alguns aspetos da comunicação não-verbal como: (a) postura: sentado, em pé, ereto, relaxado, (b) a proximidade: o uso do espaço, a distância física entre e o posicionamento dos comunicadores, (c) o toque: aperto de mão, e contato durante a sessão, (d) os movimentos do corpo: gestos de mão e braço, remexer, acenar, movimentos dos pés e das pernas, (e) expressão facial: levantou as sobrancelhas, caretas, sorrisos, choros, (f) comportamento ocular: contato visual, segue, olha, (g) expressão vocal: altura, força, volume, ritmo, silêncio, pausa, entonação, discurso, erros, (h) o uso do tempo: cedo, tarde, na hora, ao longo do tempo, apressado, lento para responder, (i) presença física: raça, gênero, forma do corpo,

² O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. São esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio. Elas podem ser usadas para a resolução de problemas ou orientadas para a regulação emocional.

vestuário, (j) pistas ambientais: localização, colocação de mobiliário, iluminação, temperatura.

Intervenções psicoterapêuticas em pessoas com deficiência intelectual

Os conceitos e as intervenções com as pessoas com DI, são influenciados por compreensões normativas de desenvolvimento que, por vezes, restringem a pessoa a um estado “cristalizado” de diagnóstico que surge na sua infância, condicionando as necessidades emergentes.

Sabemos que existe uma relação entre os modelos médicos e sociais vigentes na construção de conceitos e crenças sobre a pessoa com DI e o impacto nas respostas ao adulto e promoção do seu desenvolvimento (Dias & Oliveira, 2013).

A perspetiva histórico-cultural da evolução do conceito permite uma reflexão sobre DI sob uma observação dinâmica, na qual as capacidades são o centro de valorização e observa-se um contínuo desenvolvimento da pessoa em relação com o seu meio. Com o desenvolvimento destas condições dá-se lugar à possibilidade da autonomia e uma visão crítica de si, da própria condição de deficiência e do mundo. Neste sentido é necessário identificar algumas evidências da existência de comorbilidades de doença mental em pessoas com DI, o que poderá refletir sobre o tipo de respostas e a eficácia das mesmas.

Apesar da prevalência da doença mental em pessoas com défice intelectual e perturbações do desenvolvimento estarem bem documentadas, e dos estudos evidenciarem os benefícios e eficácia no tratamento, a maioria dos psicoterapeutas não tem expandido a sua intervenção com esta população. Muitos dos psicoterapeutas têm-se orientado para grupos de treino de competências sociais em vez de grupos terapêuticos, colocando-se em questão o valor terapêutico dos grupos e o seu impacto na promoção da autoconfiança e melhoria da saúde mental (Hurley, Tomasulo, & Pfadt, 1998).

Reconhecendo a existência de co-morbilidades psicopatológicas associadas a DI, estas práticas psicoterapêuticas não farmacológicas, permitem colocar no centro a pessoa com DI e os seus quadros experienciais psicopatológicos e sintomatológicos (Pfadt, 1991), sendo necessário a sua complementaridade com programas terapêutico-

pedagógicos (Prout & Nowak-Drabik, 2003). Estas intervenções, deveram ter em conta o sistema onde a pessoa estabelece o seu contexto social (por exemplo, a família, a unidade de reabilitação e tratamento de carácter permanente, os técnicos, os terapeutas, os auxiliares, e os próprios pares da unidade de residência) (Hannon & Clift, 2010).

Sabemos ainda que a prescrição farmacológica revela, apesar da não identificação do duplo diagnóstico nas estruturas residenciais, a existência de problemas de saúde mental. Como é o caso da prescrição de antidepressivos, antipsicóticos, hipnóticos e ansiolíticos, muitas vezes para regulação comportamental, em pessoas com DI (Robertson et al., 2000).

Na Europa, o impacto do processo de integração das pessoas com DI na comunidade, permitiu aos serviços de saúde primários conhecerem as necessidades de respostas específicas ao nível da saúde das pessoas com DI (Lennox & Kerr, 1997). Como por exemplo a prevalência de epilepsia, obesidade, doenças de pele, perda de sentidos e risco de fraturas (Jansen, Krol, Groothoff, & Post, 2004).

Ao nível da doença mental verifica-se a existência de uma prevalência de perturbações neuróticas, afetivas, orgânicas, psicóticas (Taylor, Hatton, Dixon, & Douglas, 2004), e comportamentos agressivos associados com perturbações do humor (Anne D. Hurley, 2006). Entre outras, considera-se que a falta de capacidades adaptativas para lidar com situações da interação social, causa experiências de ansiedade e depressão, sendo necessário respostas eficazes de intervenção psicoterapêutica na comunidade (Hartley & Maclean, 2009). Outro estudo revela que os comportamentos agressivos estariam frequentemente associados com perturbações do humor (Hurley, 2006).

As pessoas com DI, que têm necessidades de saúde mental, têm recebido intervenção segundo três modelos psicoterapêuticos, o cognitivo-comportamental, o cognitivo e o psicodinâmico, sendo demonstrada a eficácia dos três apesar da limitação dos resultados (Willner, 2005; Whitehouse, Tudway, Look, & Kroese, 2006). Ao nível do psicodinâmico, verifica-se a importância da reflexão no enquadramento teórico, como é o caso da transferência e da contratransferência, das oportunidades perdidas pela intervenção terapêutica (O'Driscoll, 2009), na teoria do *attachment* e no trauma nas deficiências (Hollins & Sinason, 2000). A intervenção cognitiva-comportamental é considerada como a mais adequada na relação entre o nível intelectual e tratamento (Flynn, 2012; Hatton, 2002).

A experiência psicoterapêutica verbal e/ou não-verbal, individual e/ou em grupo, tem um valor experiencial para as pessoas com DI, que vai para além do que é identificado ou mensurável. A complementaridade e adaptação na intervenção das abordagens psicoterapêuticas verbais com a musicoterapia mostram eficácia nestas populações (Oldfield & Adams, 1990). Esta complementaridade, providencia aos terapeutas novas reflexões sobre a comunicação do não-verbal, a empatia das relações interpessoais, as experiências traumáticas, a dinâmica das emoções, o duplo diagnóstico, os modelos de avaliação clínica, os processos de estigmatização, e o significado e sentido da vida em pessoas com DI.

Musicoterapia

A musicoterapia, como intervenção terapêutica e clínica, surgiu no século XX nos Estados Unidos da América. Os primeiros trabalhos foram realizados por Ira Alshusler em contexto psiquiátrico. Partindo do conceito o “organismo como um todo”, Altshuler (1944), recorre à experiência musical para completar as intervenções médicas e aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Considerando o princípio homeostático, Alchuster verifica que proporcionar música a pacientes psiquiátricos facilitava a organização de sentimentos, percepções e imagens. Estes estados poderiam facultar material terapêutico como fantasias, alucinações, ilusões e medos. A este princípio designou por “princípio de ISO”, do grego, igual. Alchuster comprovou que a utilização de música idêntica ao estado de humor dos pacientes e ao seu tempo mental era útil para facilitar a resposta mental e emocional do paciente. Deste modo, constatou que os estados de humor e as respostas emotivas se alteravam de acordo com as escutas musicais e constatou nas suas observações clínicas que as pessoas em estados deprimidos poderiam ser mais estimuladas com peças musicais de carácter melancólico, enquanto pessoas com humor maníaco e em estados de exaltação e euforia reagiam mais a peças musicais com um andamento mais vivo e de carácter mais excitante. Este princípio teve grande impacto no desenvolvimento da musicoterapia, principalmente no trabalho de Benezon (1981).

Este princípio de ISO (Benezon, 1984), parte da noção da existência de um conjunto fenómenos sonoros que nos caracteriza e identifica, do ponto de vista

psicofisiológico e sociocultural e que permite a autorregulação. Estes fenômenos sonoros e movimentos internos são a síntese dos arquétipos sonoros, das vivências primordiais, desde a gestação até ao presente momento. O ISO é um som estruturado dentro de um mosaico sonoro, que por sua vez, estrutura-se com o tempo e que, fundamentalmente, encontra-se em perpétuo movimento. O ISO é um elemento dinâmico que potencia a percepção do sujeito sobre si no tempo passado e presente. Esta experiência é também em si um momento de atualização das experiências orgânicas.

Segundo Benezon (1984), este é ativado em processo musicoterapêutico em: ISO Gestáltico, como um canal de comunicação por excelência; ISO Complementar, caracterizado pelas mudanças que ocorrem durante as sessões de musicoterapia; ISO Grupal, estando este ligado ao esquema social que o indivíduo integra, necessitando de tempo para estabelecer-se e estruturar-se, sendo também observável na dinâmica que flui no grupo como a síntese em si mesma de cada identidade sonora, estando directamente ligada à identidade sociocultural; e por fim o ISO Universal, que é a identidade sonora que caracteriza ou identifica todos os seres humanos, independente dos seus contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos particulares. Exemplo: o batimento cardíaco, os sons da inspiração e expiração.

A primeira definição de musicoterapia surge com Thayer Gaston, professor de musicoterapia na Universidade de Kansas o qual define: “A música é a ciência ou a arte de reunir ou executar combinações inteligíveis de sons de forma organizada e estruturada com uma gama de variações expressivas, dependendo da relação de diversos fatores (ritmo, melodia, volume e qualidade tonal). Terapia tem a ver como pode ser utilizada a música para provocar mudanças nas pessoas que a escutam” (Gaston, 1957 *apud* Blasco, 1999).

Neste contexto, Scheneider indica a existência de três fases da evolução da disciplina, uma fase que dá ênfase à música sem a importância do terapeuta, outra que desconsidera a música e foca-se na relação terapêutica, e uma terceira fase em que procura um equilíbrio entre estes dois extremos (Bunt & Stige, 2014). Desde então a *National Association for Music Therapy* identificou a musicoterapia como “o uso da música centrada em objetivos terapêuticos de modo a restaurar, manter e aumentar a saúde física e mental. É também a aplicação científica da música, exercida por um terapeuta num contexto terapêutico para provocar mudanças no comportamento.” Esta

definição introduz três orientações: os objetivos terapêuticos, a utilização científica, e o contexto terapêutico de intervenção.

Kenneth Bruscia no seu livro *Defining music therapy* (1998) define a musicoterapia como um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente na promoção da saúde, usando as experiências musicais e as relações que nela se desenvolvem como forças dinâmicas de mudança. Esta definição releva a pertinência de alguns aspetos no trabalho musicoterapêutico: o processo sistemático de intervenção, um terapeuta que ajuda o cliente através da relação que se estabelece e de acordo com um modelo de terapia relacional, trabalho aspetos ao nível interpessoal e intrapessoal, o objetivo ultimo de promoção da saúde, o uso das experiencias musicais como mediador da relação terapêutica, e as forças dinâmicas de mudança que surgem no processo de intervenção.

No VII congresso mundial de musicoterapia em 1996, a comissão de prática clínica da federação mundial de musicoterapia, definiu-a como “a utilização da música e os seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo destinado a facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilidade, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolve e/ou restabelece funções do indivíduo para que ele possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente uma melhor qualidade de vida pela prevenção, reabilitação ou tratamento” (Bonde & Wigram, 2002, p. 30)

Os contextos de intervenção da musicoterapia são vários destacando-se a intervenção na área da saúde mental e psiquiatria como atividade de apoio e recreação, ou psicoterapêutica. Esta intervenção aplica-se em situações de internamento longo ou permanente. Esta foi a área de trabalho em que muitos musicoterapeutas pioneiros, dos estados unidos, recorreram para intervir. Áreas como promover alterações de humor, alívio da tensão, expressão de sentimentos, interação social, desenvolvimento da autoestima, facilitação dos processos verbais e qualidade de vida.

Outra área reporta-se às deficiências intelectuais e necessidades educativas especiais, na qual a musicoterapia é usada para desenvolver competências físicas,

sociais, cognitivas, linguagem e fala, de expressão não-verbal, tomada de decisão, autonomia e motivação. Esta área de intervenção poderá acontecer em contexto escolar, unidades de ensino especial, e unidades residenciais permanentes.

O contexto da intervenção comunitária, como contributo à reabilitação psicossocial e processos de integração, o contexto médico e de reabilitação física como facilitador de procedimentos médicos, gestão da dor e cuidados paliativos, e o contexto geriátrico como promotor da estimulação sensorial e cognitiva, revisão de vida e estimulação relacional, e por último como promotor de bem-estar e autoconhecimento.

A musicoterapia é influenciada por diferentes orientações e abordagens psicoterapêuticas, sendo estas psicodinâmicas, como a musicoterapia de orientação analítica (Priestley, 1975, 1994) e a improvisação livre (Alvin, 1975, 1976, 1978). A musicoterapia de orientação humanista com a *Guide Imaginary Music* (GIM) (Bonny, 1973, 1975) e o modelo de Musicoterapia criativa (Nordoff & Robbins, 1977). E os modelos de orientação comportamental como Musicoterapia Orff (Orff, 1974, 1989). No modelo de Musicoterapia analítica e GIM colocam uma forte ênfase na reflexão verbal de processos internos que surgem através da música. O modelo de Priestley, Nordoff e Robbins, e Alvin recorrem a atividades de improvisação livre e relação terapêutica. Já o modelo de musicoterapia Orff recorre à improvisação mas de uma forma mais estruturada e centrado na observação de comportamentos. Iremos de seguida aprofundar os recursos do modelo humanista usados neste trabalho.

Abordagem Humanista em Musicoterapia

A abordagem teórico-prática da musicoterapia humanista está largamente influenciada pela psicologia humanista e seus teóricos como Carl Rogers (2012; 2001; Rogers & Kinget, 1975) e Abraham Maslow (2013a, 2013b). É um modelo psicológico que inclui as necessidades da experiência humana como amor, crescimento, criatividade, valores, consciência, sentido da vida, transcendência, e altruísmo.

Estes princípios afirmam que saúde consiste em atributos do *Self* como a sensação de identidade pessoal, mobilização de autonomia, autodeterminação, criação do significado e propósito da vida, estabelecimento da dignidade básica, cultivo da

autoestima, persecução de agir de acordo com valores pessoais, realização do potencial individual, congruência e de autorrealização.

A musicoterapia de corrente humanista oferece oportunidades para o autodesenvolvimento e melhoria da saúde através de uma relação terapêutica enraizada na empatia, consideração incondicional positiva e congruência. O terapeuta responde ao cliente como um ser único em todos os momentos e adere ao princípio orientador de uma postura de respeito, confiança, honestidade, cuidado e não julgamento. Esta proporcionará um relacionamento ideal e o ambiente no qual o cliente pode atingir o crescimento e a maturação do seu total potencial (Wheeler, 2015).

Na musicoterapia criativa de Nordoff e Robbins (1977) considera a intervenção musicoterapêutica como um processo de crescimento a partir da pessoa como centro. O desenvolvimento do *Self* da pessoa acontece a partir de onde ela está, recorrendo a recursos internos. Este processo baseia-se num conceito designado de criança-músico (*music child*) que considera como a parte interior mais profunda do *Self* que responda às experiências musicais, que encontra um significado e envolve-se, lembra-se, e tem prazer nas formas das experiências musicais. Este conceito parte da universalidade do potencial criativo, não se limitando à criança com aptidões musicais especiais, mas de facto concentra a nossa atenção em toda e qualquer criança que apresente respostas à experiência musical, considerada como uma experiência cativante, com significado pessoal, que retém informação ligada à música e que gosta de uma ou outra forma de expressão musical.

A criança-músico é então a musicalidade individual que existe desde o princípio dentro de cada criança (ou adulto): o termo tem como base o carácter universal da sensibilidade musical – a característica hereditária de uma capacidade de aprender o ordenamento e a interligação de movimentos tonais e rítmicos; realça também o significado pessoal distinto das respostas musicais de cada criança (Leite, 2013).

Na musicoterapia criativa criam-se condições ambientais para facilitar o processo comunicacional e uma certa ordem nas respostas sonoras, uma certa abertura perceptiva ou alguma libertação do constrangimento e rigidez da atividade habitual, é que se pode dizer que a criança-músico está a ser acordada ou a tomar forma. Para que a “criança-músico funcione, a criança será aberta à experiência de si mesma, dos outros e

do mundo à sua volta. É através das experiências da relação musical que as capacidades cognitivas e de expressão são desenvolvidas” (Bruscia, 1996).

Daí que o termo Criança-Músico implique a organização de capacidades recetivas, cognitivas, criativas e expressivas que se poderão tornar num elemento central da organização da personalidade na medida em que a criança pode ser ajudada a utilizar estas capacidades com um nível significativo de envolvimento pessoal. Este envolvimento pessoal estimula as capacidades de reconhecimento, percepção e memória, inteligência, noção de pensamento direcionado, autoconfiança, surgindo espontaneamente no seio da expressão musical à medida que a criança se envolve mais profundamente na atividade musical. Aí a criança torna-se emocionalmente presente, não só na atividade musical propriamente dita, como num processo de consciência e integração de si próprio, no contexto do que a situação terapêutica reservou para ela (Leite, 2013).

Na abordagem centrada na pessoa, o terapeuta é visto como um cuidador de necessidades da pessoa e/ou grupo, através de um conjunto de competências de relação de ajuda como a escuta, a aceitação, e a empatia. A convicção na potencialidade da pessoa e do grupo, favorece a disponibilidade para a criatividade, a expressão e exploração da pessoa (Rogers, 2001; Rogers & Kinget, 1975).

Quando estas experiências de relação de ajuda, isto é, a criação de um clima de segurança e de confiança psicoafectiva, são vivenciadas, permite a auto-organização do Self no sentido da sua “*tendência atualizante*”, enquanto “*organismo vivo*” com as suas singularidades. Rogers define a tendência actualizante como algo que “(...) existe em todo organismo, em qualquer nível, um fluxo subjacente de movimento para uma realização construtiva das suas possibilidades intrínsecas. Há no homem uma tendência natural para o desenvolvimento completo. O termo mais frequentemente usado para isso é o de tendência de realização, que está presente em todos os organismos vivos. Trata-se do fundamento sobre o qual está construída a abordagem centrada-na-pessoa” (Rogers, 1986, p. 17). Deste modo, "a tendência à atualização é a mais fundamental função do organismo na sua totalidade. Preside o exercício de todas as funções, tanto físicas quanto experienciais. E visa constantemente desenvolver as potencialidades do indivíduo para assegurar a sua conservação e o seu enriquecimento,

levando-se em conta as possibilidades e limites do meio" (Rogers & Kinget, 1975, p. 41)

A experiência musical centrada na experiência da pessoa e do grupo, deve ter em conta, aspetos como: as experiências propriocetivas, as memórias, a tomada de consciência entre o corpo, a sensação, a imagem mental e o sentimento. Pretendendo um aumento da consciência da sensação, e do vocabulário experiencial psicofisiológico das sensações, sua qualidade e comparação, estas percepções são um ponto de partida para o trabalho, no aqui-e-agora de uma experiência integradora que inclua imagens, vocabulário do contexto propriocetivo do cliente, sentimentos, associações de sensações, imagens, e memórias. Intervir com atividades musicais com recurso a jogos rítmico, à dinâmica, à diversidade tímbrica, catalisa diferentes sensações, correlacionando-se com diversos aspetos da ressonância orgânica, isto é, experiências com vivência corporal e de inter-relação que trabalham a pulsação e ritmos individuais e de grupo. (Aldridge, 2005; Ansdell, 1995).

Quando se trata de um grupo musicoterapêutico, as experiências de escuta, aceitação e congruência emergem no ato coletivo de criatividade sonora musical. A pessoa do cliente escuta, empatiza e experiencia momentos de congruência interna em relação a si e em relação à experiência do outro em si, o que lhe proporciona movimentos de relação interna psicoafectiva e organísmica. A ressonância das experiências, permite uma receptividade direta e imediata à experiência. A relação terapêutica facilita a abertura à receptividade da experiência (Rogers, 2001). Este estado psíquico permite vivências propriocetivas na pessoa do cliente, como se de um diálogo ontológico interno se tratasse (Sidorkin, 1996). Neste conhecimento a "dois", a conscientização (Freire, 1972) ganha a sua intencionalidade. Em musicoterapia o som produzido, enquanto conteúdo sonoro e com os aspetos acústicos, neurofisiológicos, sensitivos, emocionais, viaja em direção tridimensional, com todo o potencial experiencial que acarreta.

Sendo a música um mediador expressivo, intrinsecamente ligado ao desenvolvimento humano, e às suas constantes tomadas de consciência, com todas as suas características psicológicas, fisiológicas, culturais e espirituais (Blacking, 1974), permitirá, então a música, uma abertura da pessoa às múltiplas dimensões do Humano, facilitando o percurso para o funcionamento óptimo da pessoa (Baltodano, 1998). A

escuta de si torna-se cada vez mais ativa e é experienciada como forma de relação de ajuda sonoro musical. Ela permite uma abertura gradual à expressão autêntica, verbal e não-verbal, de sentimentos que estão de acordo com a intencionalidade de escutas internas que o indivíduo tem da sua experiência, permitindo uma aproximação aos seus conteúdos afetivos (Rogers, 2001).

Na improvisação musical, a pessoa do cliente transporta um campo fenomenológico que atua constantemente com o seu mundo de produção sonora. O som criado passa a ter uma possibilidade intencional “aqui e agora” na escuta do cliente, o “eu” e o “tu” escutam-se mutuamente, atualizando experiências de empatia e congruência interna.

Durante a experiência da relação terapêutica, a compreensão empática permite uma abertura de um canal de comunicação entre a pessoa e a sua experiência. Ao ir aproximando a sua experiência do campo fenomenológico do seu *Self*, a pessoa experimenta uma vivência da liberdade de criar com autenticidade, e atualiza a descoberta do seu potencial criativo. Consciencializando-se do seu movimento interno para a percepção da mutação dos valores estéticos e relacionais, de acordo com a sua coerência interna entre as suas emoções e sentimentos (Rogers, 2001). Como se desenvolvesse uma “empatia sonoro musical” de si mesmo.

Vivenciando esta experiência, a pessoa quando está em grupo de musicoterapia, está em relação com um constante exercício de simultaneidade entre as suas produções sonoras e a dos outros elementos, entre os estados emocionais dos outros e os seus. Isto é, atua na paisagem sonora, na qual é um todo e uma parte (Ansdell, 1995).

O processo sonoro ou musical, enquanto expressão na história do desenvolvimento humano, procura a busca de um estado de acordo interno entre a produção sonora e o campo fenomenológico do sujeito na sua realidade subjetiva de mundo (Baltodano, 1998). O cliente, no percurso da sua improvisação musical, vai viajando por um conjunto de estados emocionais, procurando uma coerência interna do/no momento. Demonstrando o quanto a intenção do campo fenomenológico da experiência da pessoa, produzida no aqui e agora, é congruente com o seu estado emocional.

A experiência é aceite pelo cliente nos seus movimentos internos, presenciados com uma aceitação incondicional positiva na relação com o terapeuta, facilita a autenticidade o contacto com os estados emocionais, e promove uma aceitação de si e dos campos proprioceptivos (Rogers, 1963). Podemos considerar que a própria dinâmica da improvisação musical passa de momentos mais consonantes para dissonantes, ou vice-versa, de estados de excitação para momentos de relaxamento, entre outros. A experiência do fenómeno da relação musical em musicoterapia é percecionado como um processo de mudança criativa e construtiva.

Um dado experienciado em processo, está a acontecer num campo fenomenal da pessoa, com as possibilidades de observação interna, por si e pelos outros. O organismo na sua procura vai em direção à sua autenticidade de acordo com o aqui e agora do momento (Rogers, 2001).

Experiências musicais em musicoterapia

As experiências musicais em musicoterapia, segundo Bruscia (1998, pp. 113 - 125), são técnicas que permitem uma relação musical com o cliente. Estas são, a experiência musical recetiva, experiência musical de composição, experiência musical de recreação (EMR) e a experiência musical de improvisação (EMI). Descrevemos agora cada uma e quais os seus objetivos terapêuticos.

A experiência musical recetiva consiste em proporcionar ao participante uma escuta de peças músicas, proporcionando experiências de acordo com as suas necessidades, por exemplo: ao nível físico (relaxamento, controlo da dor), emocional, intelectual, estético, espiritual, quer de forma verbal, quer com outro mediador expressivo (movimento, pictórico, drama) (Ibid., p.120).

Esta experiência musical permite a promoção da recetividade, a reatividade a estímulos musicais, a facilitação do relaxamento, a estimulação, a evocação de estados afetivos, bem como explorar ideias e sentimentos, reminiscências. Promove ainda a evocação de fantasias e atividade imagética, como é o caso do uso da música em terapia verbal para estimular imagens; fantasias; associações e memórias facilitadoras do processo (Ibid., p.121).

Na experiência musical de composição, o terapeuta faculta os seus conhecimentos musicais ao serviço do cliente, ajudando-o a escrever canções, letras, executar peças instrumentais, vídeos, e gravações áudio. Nesta experiência, o terapeuta assume uma responsabilidade mais técnica e centra-se nas capacidades musicais do cliente, por exemplo: manter um suporte harmónico repetitivo para que o participante possa improvisar de acordo com as suas capacidades e potencialidades. Esta experiência musical permite o desenvolvimento de competências de planificação e organização, resolução de problemas, promoção da responsabilidade pessoal, exploração de experiências/vivências pessoais, para o cliente enquanto pessoa em processo (Ibid., p.119).

As experiências musicais de recreação (EMR) centram-se em atividades musicais estruturadas. Ela consiste na produção, por parte do participante ou do grupo, de uma performance musical através da reprodução de uma canção já existente, interpretando-a. Na escolha da canção os participantes recorrem à sua história musical (identidade musical) para a elaboração deste reportório (centrada na história musical do participante/grupo) (Ibid., p.117).

É indicada para pessoas que tem como objetivos terapêuticos: o desenvolvimento de competências sensório-motoras; a adaptação e organização do comportamento; a estimulação da memória; a promoção da identificação com os outros; o desenvolvimento da empatia, da comunicação e interpretação de ideias e sentimentos, o treino de papéis e respetiva melhoria da interação. Permite ainda a adaptação às ideias e sentimentos dos outros mantendo a sua identidade (Ibid., p.118). Esta EMR tem variações como a recreação musical, a recreação vocal, as produções musicais, os jogos e atividades musicais, e a condução musical.

A recreação musical num grupo terapêutico tem como objetivo envolver os participantes numa estrutura durante a sessão e promover o crescimento pessoal numa variedade de temas que estão presentes nas atividades musicais. Segundo Plach (1996) estas atividades podem ser enquadradas em quatro categorias que se distinguem pelo desenvolvimento que as atividades pretendem. Assim temos, a categoria da aprendizagem de competências sociais, a categoria terapêutica lúdica e de jogo, a

categoria do uso de tempo livre feito de forma construtiva, e a categoria dos jogos competitivos para aquisição de competências de *coping*³.

Ao nível das competências sociais as experiências de cantar em grupo permite a interação social e do divertimento, facilitando aspetos da diminuição da rigidez e ansiedade individual. Nesta prática devemos ter em conta o aspeto da criação de um repertório adequado à faixa etária e promotor do envolvimento e participação.

Ao nível da categoria de ludoterapia, permite que os aspetos de desenvolvimento e crescimento pessoal surgem pelo facto de se criarem sensações internas de alegria e prazer dos participantes, resultante de jogos e estratégias de motivação e de uma atitude de não julgamento e não analítica. Nesta categoria o objetivo é aumentar os sentimentos de energia, entusiasmo e envolvimento. Esta categoria poderá recorrer a momentos de atividade regressivos com o objetivo de permitir ao cliente a aproximação a estados de prazer infantil.

Na categoria de atividade de lazer, as atividades têm como objetivo promover o relaxamento e a realização pessoal. Estas atividades focam-se na apreciação musical, no desenvolvimento de competências de escuta musical. Como forma de implementar momentos de lazer promotores de saúde.

Na categoria de jogos de competição o objetivo é enfatizar os comportamentos reativos de forma construtiva, dando-lhe a atenção, e promover o reforço positivo na resolução de problemas. As reações competitivas, de conflito, de evitamento, podem tornar-se momentos de reflexão e aprendizagem para situações em que os mesmos comportamentos surgem fora da sessão de grupo.

Plach (1996), considera que “a melhor altura para implementar uma sessão de música recreativa é quando estamos a trabalhar com um grupo não-verbal ou que tenha dificuldade em discutir ou integrar conceitos terapêuticos. Idealmente o maior desenvolvimento dos participantes ocorre com poucos momentos de discussão de tópicos e o máximo de comportamento não-verbal.” (p.57).

³ O coping é considerado o conjunto de estratégias utiliza das pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi et al., 1998).

A EMR com pessoas com DI são orientadas para projetos performativos, proporcionando oportunidades para o envolvimento em situações sociais, o que leva os participantes a transferirem as competências desenvolvidas no trabalho terapêutico para outros contextos. Exemplo disso é o uso de peças musicais existentes para falar sobre situações sociais, cuidados pessoais, gestão emoções, etc. Quando os clientes aprendem e internalizam a estrutura da canção (melodia, harmonia e ritmo), adquirem uma ferramenta a que podem aceder sempre que precisarem. (Wheeler, Shultis, & Polen, 2005)

A experiência musical de improvisação (EMI), é a experiência onde a pessoa está ativa no processo e desempenha um papel central nas produções musicais. Isto é, tocando, cantando de forma espontânea, sendo o responsável pelo produto/processo musical, facilitado e apoiado pelo musicoterapeuta. O participante inicia o processo criando melodias, estruturas rítmicas, construção de canções, e a respetiva execução instrumental com recurso a qualquer mediador de produção sonora (voz, corpo, percussão, sopros, teclados, etc.). Esta intervenção pode ser aplicada ao nível individual, em duo ou em grupo (Bruscia, 1998, p.116).

O musicoterapeuta identifica elementos musicais (tempo, pulsação, padrões rítmicos, a dinâmica da expressão, os contornos melódicos) no comportamento musical e não musical da pessoa. Em seguida, fornece uma estrutura previsível, empática e de suporte musical, para envolver a pessoa. Isto acontece principalmente ao nível não-verbal e em contextos multimodais, envolvendo trocas vocais e instrumentais, contato visual, expressões faciais, movimento e gestos (Holck, 2007; Wigram, 2002).

Os objetivos clínicos das EMI, segundo Bruscia (1998, p. 116), são: estabelecer canais não-verbais de comunicação, facilitar a comunicação verbal; proporcionar significações expressivas de si e da identidade; explorar aspetos de si na relação com os outros; desenvolver a capacidade de intimidade intra e interpessoal; desenvolver competências grupais; desenvolver a criatividade, a liberdade expressiva com diferentes graus de vivacidade; desenvolver e promover a estimulação sensorial; aumentar os processos decisórios sobre a clarificação da intencionalidade; e desenvolver capacidades perceptivas e cognitivas.

Esta EMI tem variações, como as improvisações instrumentais sem referência temática, que consistem na execução musical, centradas na experiência sonora, enquanto na variação com referência temática o cliente usa a música para trabalhar algo não musical (sentimentos, pensamentos, imagens, acontecimentos, etc). Nestas variações das EMI (Ibid., p.117), existem ainda, a canção improvisada, a improvisação vocal sem referência, as improvisações com ritmos corporais, e a improvisação complementar. Esta última, recorre a todos os recursos sonoros (sons corporais, instrumentos musicais, voz, outras fontes de produção sonora).

As técnicas terapêuticas mais comuns na improvisação em musicoterapia são: o espelhamento (*mirroring*), a correspondência (*matching*), a reformulação (*refleting*) ou improvisação empática, a base rítmica (*grounding*), o diálogo (*dialoguing*) e o acompanhamento (*accompanying*). O “espelhamento” é a técnica na qual o terapeuta faz exactamente uma imitação do cliente está a fazer no instrumento melódico, harmónio ou rítmico. A “correspondência” é uma técnica básica de empatia na qual o musicoterapeuta corresponde em sintonia afetiva com as propostas do cliente, focando-se em qual quer elemento sonoro, rítmico, intervalo ou expressão facial. A “reformulação” é a técnica na qual o terapeuta expressa o mesmo estado emocional ou de sentimento que está acontecer com o cliente. A “base rítmica” é usada para estabelecer uma pulsação constante ou um ostinato⁴ rítmico de forma a suportar a improvisação do cliente. O “diálogo” é um processo no qual o terapeuta e o cliente comunicam através das suas improvisações, recorrendo a momentos de alternância e pausas na interação. O “acompanhamento” é uma técnica na qual o terapeuta suporta a improvisação do cliente proporcionando um acompanhamento que consiste em progressão de acordes, melodia ou ritmo (Wigram, 2004, p. 81 - 111).

A facilitação na relação musical entre terapeuta e cliente (s), foram alvo de uma sistematização (Bruscia, 1987 apud Wheeler et al., 2005, p. 143), na qual se identificaram técnicas clínicas de improvisação em musicoterapia. Este autor identificou uma taxonomia de 64 técnicas clínicas que são agrupadas em técnicas de empatia, de estruturação, de intimidade, de facilitação, redirecção, procedimento, referência e de exploração emocional.

⁴ Motivo ou frase musical que é persistentemente repetido. A ideia repetida pode ser um padrão rítmico, parte de uma melodia ou uma melodia completa.

As EMI com adultos com DI e perturbações do desenvolvimento, facilitam o desenvolvimento da comunicação não-verbal, a expressão emocional positiva, as iniciativas interpessoais, e a capacidade de resposta durante os episódios de envolvimento. As intervenções em improvisação musical ao nível da espontaneidade, expressão, comunicação emocional, participação social, são eficazes com perturbações globais do desenvolvimento e do espectro autista. (Gold, Voracek, & Wigram, 2004.; Roberts, 1996; Trevarthen e Aitken, 2001).

Dependendo do nível cognitivo do cliente, as EMI poderão ser referenciadas ou não referenciadas a temáticas, vocais ou instrumentais, e podem incluir percussão corporal e outros recursos expressivos. Em contexto de grupo, as experiências de improvisação facilitam a oportunidade para o desenvolvimento de relações com os outros membros do grupo, sendo resultado da relação musical desenvolvida ao longo do processo. Num grupo de improvisação aumentam os sentimentos de pertença e de produção, contribuindo para a autonomia do grupo. As EMI proporcionam oportunidades para os membros do grupo experienciarem papéis de liderança, bem como, processos de comunicação com alternância, partilha e acompanhamento (Wheeler et al., 2005).

A intersubjetividade em musicoterapia

A musicoterapia, enquanto terapia expressiva, é um tratamento por excelência não-verbal para pessoas com dificuldades em competências verbais ou que tenham dificuldade em expressar verbalmente os seus sentimentos, na interação com outros ou tem um comportamento desafiador e de oposição (Watson, 2007).

A comunicação não-verbal (seja paraverbal ou pré-verbal) é uma forma de comunicação onde inclui a expressão facial, os gestos e a linguagem corporal. A comunicação não-verbal pode ser expressa através da interação entre o terapeuta e o cliente, silenciando por vezes as áreas analíticas e racionais do cérebro. Os clientes podem expressar-se através da escolha dos instrumentos, da intensidade, do estilo de tocar, padrões simbólicos sonoros, escolhas melódicas e de silêncios, entre outras (Bell *in* Kirkland, 2013).

As terapias paraverbais, segundo o modelo de Heimlich recorrem a canais de comunicação verbal e não-verbal (Heimlich & Mark, 2012). Esta terapia utiliza vários mediadores combinados como a música e seus componentes de ritmo, tempo, dinâmica, a dança, a mímica, o drama, e a pintura. A interceção destas várias modalidades permite uma conexão com a experiência emocional, libertação da tensão, e facilita as vivências de prazer (Wheeler *in* Kirkland, 2013).

Nesta dimensão da relação que envolve experiências de prazer, Winnicott (2012) salienta o valor do brincar e do simbólico e descreve esta zona de criatividade como uma área de interações prazerosas entre a criança e os seus cuidadores, sendo de grande importância no desenvolvimento da criança e das suas relações com os outros. Com o tempo as interações sonoras espontâneas são identificadas como respostas da mãe.

Em musicoterapia a interação entre cliente e terapeuta, resultado de uma área transacional de jogo e brincadeira, facilita a sensação de experiências de prazer, o que permite uma relação entre a díade terapêutica. Em pessoas que foram privadas desta experiência de brincar juntos nas fases do seu desenvolvimento, torna-se necessário o uso no plano terapêutico de gestos, movimento, sons, expressão corporal e criação musical para proporcionar as condições saudáveis da experiência de jogo e brincadeira em terapia (Leite, 2007).

A área intermediária de experiência é considerada, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), e constitui a maior parte da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador (Winnicott, 2012). Tanto a subjetividade e a objetividade são ligados pela área intermédia da experiência, que também pode ser pensada como área psíquica do jogo, das possibilidades e da imaginação. Mais tarde na vida, esta área intermediária de experiência incorpora as artes, a religião, a imaginação e a criatividade na ciência.

Para que as interações entre o terapeuta e o cliente sejam seguras, será necessário um ambiente contentor que Winnicott (2012) descreve como a natural competência e constância dos cuidados da mãe suficientemente boa. Isto permite à criança experienciar a onipotência essencial para futuras fases do desenvolvimento. Em musicoterapia poderá ser metaforicamente entendido como o suporte do terapeuta,

os limites e a regularidade das sessões, a continuidade de acontecimentos durante as sessões, a empatia e o uso de peças musicais para conter mudanças de estado emocional durante a terapia (Leite, 2007).

Para Winnicott (2012) a experiência do jogo e do brincar em psicoterapia para promover desenvolvimento deve ter em conta uma sequência. Primeiro deve se verificar a emergência de um relaxamento resultante das condições de confiança baseada na experiência da relação. Por outro, observar e experienciar uma actividade criativa, física e mental manifestada no jogo; por fim a soma destas experiências forma a base para o "*sense of self*". Esta soma ou processo de ressonância depende da confiança que o individuo constrói na comunicação com o terapeuta e do resultado da devolução que este lhe dá.

Hannibal (2000), integrando o conceito de intersubjectividade (Stolorow & Atwood, 1996) e os conceitos da teoria do desenvolvimento de Daniel Stern (2009), estudou o papel da improvisação musical e a transferência pré-verbal, considerando a transferência como um processo de repetição e re-experienciação de emoções em fases precoces do desenvolvimento com pessoas significativas.

Este processo de repetição e re-experienciação pode ser observado nos padrões relacionais da interação musical (Hannibal, 2000). Este estudo identificou, que as teorias de Stern sobre as relações pré-verbais, podem ser usadas para descrever temas relacionais em contexto verbal ou musical, no trabalho terapêutico com adultos, e as qualidades transferências que existem nos temas e padrões relacionais da música.

A "intersubjetividade" refere-se à constituição de sistemas psicológicos ou campos de interação onde diferentes mundos experienciais se organizam. Para Stolorow & Atwood, (1996) as experiências emocionais tomam sempre forma nos sistemas intersubjetivos. Esta perspectiva constrói a experiência da realidade de forma narrativa, na qual a investigação da realidade influencia a realidade, e que esta influência subjetivamente o conteúdo da observação, impactando no campo de interação em situação terapêutica.

Tanto o cliente como o terapeuta são observados como interagindo com subjetividade, pois ambos têm uma influência mutua e de impacto no relacionamento. Estas pessoas em relação têm diferentes princípios de relação e de colisão com a sua

experiência subjetiva. A experiência pessoal é um desenvolvimento formado pela matriz intersubjetiva (Stolorow, 1997). Nesta perspectiva intersubjetiva a transferência emerge em duas dimensões, a dimensão *Self-Objeto* e dimensão repetitiva. A dimensão *Self-Objeto*, é uma relação transferencial, ideal, na qual, o cliente usa o terapeuta para fornecer experiência de desenvolvimento em falta ou insuficientes. A dimensão repetitiva da transferência é a fonte de conflito e resistência, porque o cliente "espera" e teme uma repetição de experiências passadas de fracasso do desenvolvimento.

Neste sentido, (Stolorow & Atwood, 1996), em vez de falarem de transferência positiva e negativa como na psicanálise clássica, focam na função e na razão dinâmica para a experiência. Para estes autores, o terapeuta tem diferentes maneiras de processar o material do cliente, podendo ser intersubjetivo conjuntivo ou disjuntivo. Ser intersubjetivo conjuntivo é o processo em que o terapeuta assimila o que o cliente está a expressar através de configurações que lembram a sua própria experiência de vida. Isso inclui a interpretação e a contra-transferência. Ser intersubjetivo disjuntivo é o processo em que separamos o material do cliente do nosso próprio entendimento (Stolorow & Atwood, 2002). Neste processo o terapeuta procura aumentar a importância ou significado que o material tem para o cliente, facilitando a partir do seu quadro compreensivo, muito semelhante à terapia centrada na pessoa (Rogers, 2012).

A influência de Stern (1998) no campo da psicologia quando apresentou a sua teoria do desenvolvimento do mundo interpessoal do bebé, descrevendo como o bebé desenvolve e constrói a sua sensação de si (*sense of self*), teve grande impacto na intervenção psicoterapêutica, e principalmente na musicoterapia com a adaptação de alguns conceitos como "*musical attunement*" (Wigram & Elefant, 2008; A. L. Wigram, 2002), conceito que aprofundaremos mais adiante.

Na sua teoria Stern (1998), identifica cinco níveis de desenvolvimento, três pré-verbais e dois verbais. Estes níveis estão relacionados com as sensações do *Self* do bebé e os diferentes modos de experienciar em "como-estar-com-o-outro" (*how-to-be-with-the-other*). Este conhecimento básico é generalizado em esquemas de interação, e por sua vez o conhecimento relacional é originado nas experiências com as pessoas significativas. Na sua teoria do desenvolvimento pré-verbal descreve a existência de uma matriz de pensamento (*self experience*) explícito e implícito. Por matriz de pensamento implícito refere-se a um "*self-sense*" que não é simbólico, que é a

capacidade de conhecer sem colocar em palavras ou símbolos. A matriz de pensamento explícito é verbal, simbólica e consciente.

Stern evidencia um conjunto de pressupostos sobre o percurso para o desenvolvimento psicológico. Estes são, em primeiro lugar, que a criança interage ativamente com meio envolvente desde o nascimento; em segundo, que este desenvolvimento é caracterizado por sensações diferentes de si e dos modos de estar com o(s) outro(s); em terceiro, que a criança constrói uma base relacional de conhecimento implícito acerca do mundo antes do desenvolvimento da linguagem; e que a emergência da linguagem torna a comunicação precisa, mas inibe o acesso à sensação de si (*sense of self*) pre-verbal (Bonde & Wigram, 2002, pp. 85–88).

Esta sua teoria tem tido grande contributo para o processo relacional em psicoterapia, pois as experiências pré-verbais incluem dois momentos de “sensação de si” (*self-sense*): o “núcleo do eu” (*core-self*) e o eu subjetivo (*subjective self*). O “núcleo do eu” (*core-self*) é entendida como a capacidade para reconhecer estados internos, é a experiência de “mim”, é um conhecimento processual de base corporal, uma capacidade para agir, de sentir o corpo coerente como um todo. O “núcleo do eu” é a construção de estruturas esquemáticas baseada na memória episódica, é a capacidade de regular estados internos. Para isso a criança precisa do outro para regular a sua tensão interna (Ibid., p. 86). Quando esta regulação da tensão emocional emerge na terapia, implica que o cliente está confrontado com problemas psicológicos relacionados com a invariância dos esquemas mentais sobre si. Podemos dizer que para trabalhar com a sensação do núcleo de si (*core-self sense*) devemos regular a tensão interior.

O “eu subjetivo” (*subjective self*) é a capacidade intersubjetiva da pessoa. Esta capacidade é a forma como a criança desenvolve e aprende a expressar sentimentos, bem como, a identificar quais as emoções que podem ou não ser partilhadas com os outros, isto é de negociar o ambiente socio-emocional. Este processo tem um grande significado na forma como a pessoa é capaz de expressar o seu mundo interior com os outros. Sem esta capacidade estaríamos isolados ao nível mental e emocional (Ibid., p. 86).

Em terapia o processo de partilhar emoções pode causar problemas, e por esse motivo a pessoa tem dificuldades ao nível intersubjetivo. A mudança é uma linha de

tensão emocional, que está em torno da experiência, e que foi transformada em memória episódica. Esta memória é transformada em representações generalizadas de interação. Estas formam uma rede de esquemas (*shemas*) de-ser-com-outro (*of-being-with-another*) (Stern, 1995, p.89).

Stern ao descrever estes princípios básicos pré-verbais, identificou que a interação, a comunicação e a música são fundamentalmente feitos dos mesmos elementos. Estes elementos como o tempo, o tom, a frase, a forma, e a intensidade, são necessários para a criança codificar e organizar as experiências sensoriais em estruturas mentais ou esquemas (Stern, 2010).

Neste sentido a criança obtém um conhecimento esquemático de estar com o outro. Considerando que a improvisação e a escuta musical conseguem refletir um padrão relacional e a forma da sensação de si (*sense of self*), os objetivos terapêuticos são a exploração e mudança das disfunções dos padrões de relação. Em musicoterapia devemos estar atentos à sintonia (*attunement*), intencionalidade e afeto que é expresso na música. Neste caso, não se pretende regular o eu subjetivo (*subjective self*), mas expandir as suas capacidades intersubjetivas (Bonde & Wigram, 2002, p. 87).

Hannibal (2000) sabendo que a improvisação facilita a matriz relacional, verificou que o cliente repete padrões de conflito na interação musical. Desta forma, é possível desenvolver a capacidade de envolvimento nesses temas de conflito relacional, que surgem na improvisação musical, sem elevar o nível de sintomas do cliente. Recorre-se à neutralidade da relação musical, em relação ao medo ou perigo, para regular a tensão psíquica e emocional do cliente, permitindo-lhe desta forma encontrar, desenvolver e mudar alguns padrões básicos de funcionamento.

Aspectos da comunicação em musicoterapia

Os elementos pré-verbais no contexto musical em musicoterapia são: o reconhecimento de estruturas invariáveis na dinâmica, no tempo, no ritmo, no timbre, na harmonia e na melodia; e a negociação intersubjetiva, isto é, a reação à intenção da outra pessoa, da sua forma, do tempo, e do ritmo (Hannibal, 2000).

A musicalidade é definida como a expressão do desejo humano pela aprendizagem cultural, como a nossa capacidade para o movimento, memória e

planificação solidária com o que os outros fazem com a nossa apreciação e a produção de uma infinita variedade de possibilidades temporais de narrativas dramáticas (S. Malloch & Trevarthen, 2009). Sejam elas, as narrativas em formas culturais específicas, como a música, dança, poesia ou cerimoniais, ou universais, como a narrativa da mãe com um bebé conversando tranquilamente um com o outro, ou seja a narrativa emocional e motivacional que existe entre uma conversa de dois ou mais adultos.

O modelo da musicalidade comunicativa “*communicative musicality*”, foi inicialmente descrito por Malloch (2000) como o acompanhamento comunicacional. Consistindo nas capacidades inatas humanas, que desde o nascimento somos capazes de movimentos simpáticos entre nós. Somos veículos que transportam as emoções de um para o outro. Quando a nossa capacidade para partilhar emoções é prejudicada, os elementos da musicalidade comunicativa tornam-se menos “musicais”. A musicalidade comunicativa é designada “*communicative*” porque os elementos dinâmicos identificados são considerados serem a base da comunicação humana de intenções, interesses, e sentimentos. E designa-se “*musicality*” pelas qualidades específicas da sua forma dinâmica de movimento de comunicação não verbal.

Este conceito resultou da análise acústica da comunicação mãe-bebé, o qual confirmou a proto-conversa que existe nos bebés e é identificada com vocalizações e gestos na inter-sincronicidade para a criação da narrativa de expressão não-verbal (S. Malloch & Trevarthen, 2009). Esta proto-conversa é considerada como uma cronobiologia intersubjetiva definida por qualidades expressivas, ritmos e narrativas (Trevarthen, 2009).

Os movimentos como gestos, voz ou de expressão emocional, permitem que a musicalidade comunicativa ocorra. Quando este movimento é estrangido ou impedido, a musicalidade comunicativa sofre e os companheiros de comunicação sofrem. Malloch (2000) recorreu à análise acústica das vocalizações para observar os movimentos de forma precisa. Para tal recorreu a parâmetros de controlo como o tempo (pulsção), e a expressão (qualidade), os quais são integrados em sequências narrativas.

A pulsção é a sucessão regular de movimentos expressivos discretos, vocais ou de gesto, na qual duas ou mais pessoas, podem coordenar no tempo a sua comunicação e criar significado, bem como antecipar o que poderá acontecer e quando pode

acontecer. A qualidade refere-se à sensibilidade para as variações de intensidade da modulação da expressão afectiva, consistindo nos atributos psicoacústicos da vocalização – timbre, altura, volume – e os atributos da direcção, e de intensidade dos gestos do movimento corporal. Estes atributos de qualidade são percebidos através de modalidades de escuta, sinais, e toque e são geralmente coordenados cuidadosamente, como por exemplo o movimento da mão ou do braço acompanhado (Malloch, 2000). Para estes autores, a música é terapêutica porque sintoniza “*attune*” com os esforços essenciais que a mente faz para regulação corporal, seja através de processos neuroquímicos, hormonais ou metabólicos, seja através do compromisso de envolvimento com os objetos do mundo e com os outros (Trevorthen & Malloch, 2002).

“*Attunement*” é definido como a sensação neurofisiológica, cinestésica e emocional dos outros, conhecendo o seu ritmo, afectos e experiência (Erskine, 1998). O “*attunement*” ocorre de forma automática numa relação sem que a díade tenha consciência das características de intensidade, duração e forma do comportamento. Para esta autora o “*attunement*” é um processo de contacto interpessoal de comunhão e unidade, é uma parte do processo que começa com um atitude empática, isto é, estar sensibilizado e identificado com as sensações, as necessidades e os sentimentos da outra pessoa, e incluir a comunicação dessa sensibilidade ao outro. O “*atunement*” cria uma experiência de conexão emocional provendo respostas de ressonância afectiva entre duas pessoas. Este processo proporciona uma sensação de segurança e estabilidade que permite ao cliente recordar experiências da sua história.

Este conceito de “*attunement*” é usado na psicologia do desenvolvimento contemporânea (Stern, 1998), bem como no trabalho do filósofo dinamarquês K.E. Løgstrup, no qual o conceito foi adaptado para a educação musical contemporânea como “*musical attunement*” (Fink-Jensen, 1997 apud Bonde & Wigram, 2002).

Para Fink-Jensen (2007) Løgstrup representa um exemplo de uma filosofia antropológica focada na questão ontológica da natureza dos seres humanos. Løgstrup indica que existem duas características básicas e diferentes atitudes nos seres humanos em relação ao mundo: uma atitude de sensação de abertura e uma atitude de intervenção ativa. Fink-Jensen (2012) considera necessária a existência de métodos que permitem melhorar a atitude de sensação de abertura à experiência. Para esta autora o “*attunement*” é descrito como um estado de abertura à sensibilidade, como um conceito

filosófico que caracteriza um modo de ser/estar existencialmente no presente e na situação musical. Metaforicamente, considera o “*attunement*” como a inter-relação entre a pessoa e a impressão da sensibilidade que pode ser mais ou menos consciente. Esta depende da perspectiva que a pessoa que tem numa dada situação, dependendo da intencionalidade, da corporalização da experiência e da sua compreensão.

Segundo Fink-Jensen (2012) o fenómeno “*musical attunement*” ocorre como uma abnegada concentração intensa, focando a atenção na articulação das narrativas ou nas diferentes articulações musicais. As articulações são expressões que surgem da experiência de significado para a pessoa. Estas articulações existem nos movimentos, na expressão facial, no cantar, na expressão dramática e verbal. O significado nos movimentos coordenados com a música, certos tipos de mudanças nas expressões faciais, e atitudes de concentração quando alguém está a tocar um instrumento. Além disso, “*musical attunement*” pode ser refletida em expressões verbais das experiências musicais.

Este fenómeno de “*musical attunement*” é adaptado do conceito de “*affect attunement*”, no qual Stern (1998) define como o “desempenho de comportamentos que expressam a qualidade do sentimento de um estado afetivo compartilhado, sem imitar a expressão comportamental exata do estado interno.” (p. 142). A sintonia afetiva “*affect attunement*” é uma forma particular de intersubjetividade que requer alguns processos que são únicos em si (Ibid., p.144). Para evidenciar o fenómeno de “*attunement*” Stern considera as seguintes dimensões: intensidade absoluta, intensidade do contorno, pulsação temporal, ritmo, duração e forma. Estes aspectos podem ser observados no comportamento das pessoas. Os aspetos energéticos da sintonia “*attunement*” são designados por afetos de vitalidade (“*vitality affects*”), e estes estão presentes em todo o comportamento. Para Stern, nós experienciamos os afetos de vitalidade como mudanças dinâmicas ou de padrão dentro de nós mesmos ou dos outros (Ibid., p.156). A capacidade para seguir e sintonizar com os afetos vitais permite a uma pessoa “estar com o outro numa sensação de partilha de experiências internas semelhantes de forma continua” (Ibid., p.157).

Stern define que existem conceptualizações alternativas (Ibid., p.142) como a correspondência (*matching*), como o comportamento imitativo que em circunstâncias naturais é seguido de estruturas de alternância e estabelece a existência de semelhança

entre o adulto e a criança, Uzgiris (1981) propôs que a imitação é uma espécie de comunicação pré-verbal que facilita o desenvolvimento de modelos convencionais de comunicação. Outros dois conceitos como, espelhar “*mirroring*” e ecoar “*echoing*”, representam conceitos clínicos que estão ligados ao “*attunement*”. O termo espelhamento sugere a completa sincronia temporal. O termo ecoar sugere o evitamento da restrição temporal. Estes conceitos representam tentativas de lidar com o problema da pessoa que reflecte o estado interno do outro (Ibid., p. 144).

Muitos musicoterapeutas reconhecem o conceito nuclear do “*affect attunement*” como elementos característicos que existem dentro de improvisação clínica entre o terapeuta e o cliente, quando aplicada a populações com perturbações globais do desenvolvimento do espectro autista (Pavlicevic, 1997). Os musicoterapeutas procuram estabelecer uma relação significativa através da partilha do processo de fazer música. (Alvin & Warwick, 1991; apud Kim, Wigram, & Gold, 2009) Na intervenção terapêutica identificam elementos musicais (pulsção, padrões rítmicos, dinâmicas de expressão, altura e contornos melódicos) no comportamento musical e não musical que existe numa relação musical. Deste modo, proporcionam na experiência musical de improvisação estruturas musicais de suporte, empáticas e previsíveis para atrair e envolver a pessoa. Isto acontece num contexto multimodal não-verbal, envolvendo intercâmbios vocais e instrumentais, contato visual, expressões faciais, gestos e movimento (Holck, 2007; A. L. Wigram, 2002).

A abordagem terapêutica que está subjacente a este processo é o “*musical attunement*” que recorre a várias técnicas musicais e empáticas voltadas para promover as capacidades de resposta, as suas características e necessidades. Este processo é intuitivo e desenvolvido momento a momento, sintonizando a sensibilidade, elaborando e regulando o comportamento e a expressão emocional de cada participante através do envolvimento musical. Na literatura musicoterapêutica isto é referido à interação precoce entre mãe – bebé (Holck, 2007; Robarts, 1996; Wigram and Elefant, 2009 apud Kim et al., 2009). Wigram (2004) elaborou um manual compreensivo sobre os métodos terapêuticos para estabelecer a sintonia musical “*musical attunement*”.

Na improvisação em musicoterapia entre o terapeuta e o cliente, onde os sons são mimetizados, mudados, transformados, e elaborados em cima de uma cooperação de dar e receber, devolvendo com outras qualidades emotivas os sons que acabam de

produzir, demonstram a atenção dada um ao outro. As mudanças e elaborações que acontecem passo a passo mostram um processo primordial de musicalidade comunicativa. A combinação entre refletir, ecoar, espelhar, ampliar e completar, através de movimentos de cooperação corporal, que se criam nos significados das sequências sonoras, oferece possibilidades de relação. Esta experiência será entendida pelo cliente ou grupo como presença e disponibilidade para facilitar a sua expressão pessoal, verbal e não-verbal.

Dinâmica de grupos e grupos em musicoterapia

Na década de 40 do século XX, Kurt Lewin, considerado o pai da psicologia social, considera o grupo como um processo resultado das suas dinâmicas. As ideias iniciais de Lewin partiram dos estudos da Teoria de Campo como uma aplicação de princípios da física nas ciências sociais. Nesta teoria o grupo deve ser sempre estudado como inserido num campo social mais amplo e as mudanças que ocorrem neste são sempre localizadas num determinado tempo e espaço da existência do grupo. Para Lewin o trabalho de dinâmica de grupo não era a mera aplicação de técnicas com o objetivo de produzir mudanças no grupo, mas, algo bem mais profundo, que levasse a uma reflexão e análise de todas as interferências contextuais que se expressam nos grupos e nas instituições.

A teoria do campo postula a ideia de que o comportamento de um indivíduo deriva de uma totalidade de factos coexistentes. A imensa informação de dados sobre um acontecimento fornece um campo dinâmico no qual todos os factos são interdependentes (Dreyfus, 1983).

Assim o comportamento (C) é a função da pessoa (P) e do seu meio circundante (E), lei que Lewin traduz em linguagem matemática por $C = f(PE)$. A pessoa e o meio são variáveis interdependentes e da sua interação nasce o “espaço de vida” (Ev). É este espaço da vida que interessa ao facilitador do grupo. Este espaço abrange todos os factos que tem importância para a pessoa e exclui todos aqueles que não tem. Estando integrado na experiência do “aqui e agora”, Lewin considera que o passado e o presente estão no presente psicológico da pessoa.

Como o “campo” e o “espaço da vida” estão em mudança permanente. O campo está geralmente em equilíbrio dinâmico, as forças tem uma resistência nula. Quando acontece um desequilíbrio, resultado de uma necessidade insatisfeita, cria-se uma tensão representado por um vector, dirigido para um determinado fim. O fim pode ser fugir a um perigo, o impacto sobre o sujeito é designado por valência. Atingido o fim ou afastado o perigo, a tensão reabsorve-se e o campo fica de novo em equilíbrio. Em caso de fracasso a tensão subsiste o que pode ocasionar uma modificação do equilíbrio geral do campo. Introduzindo-se elementos de agressividade ou desânimo, modificando o nível de desejo do individuo (Dreyfus, 1983).

O campo para Lewin é representado por três círculos concêntricos. No centro está o círculo do “eu intimo” onde agrupa os valores que o individuo considera como fundamentais, em volta deste está o círculo do “eu social” onde estão os valores sociais pelos quais o individuo se integra no grupo, e na periferia existe o círculo do “eu público” referindo-se às relações com os outros. Todos estes círculos estão integrados no “campo social”. O equilíbrio deste campo arrisca-se a estar em dinâmica permanente resultado de variações exteriores ou interiores (Dreyfus, 1983).

Um outro modelo de abordagem à dinâmica de grupo como espaço de desenvolvimento humano foi os “Grupos de Encontro” criado pelo psicoterapeuta americano Carl Rogers (1978), como proposta de atuação centrada na experiência do grupo. Este é um modelo de grupo onde as relações de poder são as mais horizontais possíveis. O modelo centrado no processo do grupo é um processo que vai acontecendo espontaneamente, sem um objetivo previamente definido e sem uma preocupação com resultados. A finalidade destes grupos é que as barreiras que impedem as pessoas de se desenvolverem apareçam e que as mudanças aconteçam naturalmente.

Rogers (1978) confirmava que os únicos conhecimentos que podem influenciar o comportamento de alguém são aqueles que a própria pessoa descobre e dos quais se apropria, logo o papel do facilitador é criar um clima suficiente de facilitação e de confiança no grupo para desenvolver as suas potencialidades e as dos seus membros, isto é, baseia-se no princípio da compreensão empática e da aceitação incondicional dos membros do grupo.

Para Rogers (1978) o processo de grupo passa por quinze momentos: a fase de hesitação, de andar à volta; a resistência à expressão ou exploração de sentimentos pessoais; a descrição de sentimentos passados; a expressão de sentimentos negativos; a expressão e exploração de material com significado pessoal; a expressão de sentimentos interpessoais imediatos no grupo; o desenvolvimento de uma capacidade terapêutica do grupo; a aceitação pessoal e o começo da mudança; o estalar das fachadas; o indivíduo é objeto de reação por parte dos outros através de devoluções; a confrontação; as relações de ajuda fora das sessões; o encontro básico; a expressão de sentimentos positivos e intimidade; e as mudanças do comportamento do grupo. Estes processos não são lineares com uma sequência definida em que termina uma fase para dar lugar a outra. Estas surgem em interação e no processo do movimento do grupo.

Irving Yalom (2008) desenvolveu uma lista de onze fatores que tornam a experiência de grupo um processo terapêutico. Esta lista surge após ter observado os indivíduos, as interações e os sistemas de grupo. Passamos agora a identificá-los: (1) instalação da esperança; (2) universalidade; (3) partilha da informação; (4) altruísmo; (5) recapitulação corretiva do primeiro grupo familiar; (6) desenvolvimento de técnicas sociais; (7) comportamento de imitação; (8) aprendizagem interpessoal; (9) coesão do grupo; (10) catarse; e (11) fatores existenciais.

MacKenzie (1997) rearranjou estes fatores em quatro dimensões: (1) Suporte: a sensação de pertença ao grupo, incluindo a universalidade, a aceitação, o altruísmo, a esperança, e a coesão grupal. (2) Auto revelação: como a auto descoberta e a catarse que está separada das dimensões afetivas e cognitivas. (3) Aprendizagem: educação, orientação, imitação, vicária, e modelação. (4) Trabalho psicológico: aprendizagem interpessoal e auto compreensão (*insight*). Estas dimensões são vistas como um paralelismo ao desenvolvimento do grupo. Fatores de suporte e auto-revelação surgem nas fases iniciais do processo, enquanto os processos de aprendizagem possam estar sempre presentes, surgem em fases mais adiantadas do processo. A dimensão do trabalho psicológico surge numa fase mais madura do processo de grupo (Rutan, Stone, & Shay, 2014).

Os processos terapêuticos em grupo, com recurso a musicoterapia, foram comparados com um processo de psicoterapia verbal de grupo e mostraram diferentes indicadores qualitativos para a musicoterapia. Os fatores curativos foram instalados em

ambos os grupos, como coesão, instalação da esperança e altruísmo. Os terapeutas avaliaram a existência de diferenças qualitativas nos dois grupos. A musicoterapia promoveu o envolvimento e a expressão emocional, enquanto no grupo verbal enfatizou-se a concretização de soluções para os problemas (Goldberg, McNiel, & Binder, 1988).

As formações de grupos em musicoterapia têm em conta a duração, isto é, de curta ou longa duração, sendo que poderá haver tratamentos em regime hospitalar de internamento de quatro semanas, e as intervenções em contexto de residência institucional de longa duração. Ao nível da estrutura, a intervenção pode ser do estilo diretivo (o terapeuta estabelece o tipo de experiências musicais e lidera o grupo de acordo com um plano de intervenção) ou não-diretivo (apesar de providenciar uma ligeira direção o terapeuta encoraja o grupo a tomar a direção) (Wheeler, Shultis, & Polen, 2005).

Existem alguns autores em que procuram complementar a intervenção diretiva com a não diretiva. Borczon (1997) recorre a atividades musicais que permitem focar os participantes em fases de desenvolvimento de grupo. Plach (1996) incorpora um conjunto de experiências sequenciais musicais que permitem estimular uma discussão, trabalho pessoal ou processo grupal.

Para implementar e planear um processo de musicoterapia em grupo, Plach (1996) refere oito orientações: (1) a atividade deve ser apropriada e em sincronia com a sintomatologia individual e as necessidades grupais, bem como as questões de limitação física, de integração e de conceptualização que existe no grupo. (2) a escolha musical deve considerar o contexto cultural e a idade dos participantes. (3) a estrutura da atividade deve ser contingente com os níveis de funcionamento do participantes do grupo. (4) o nível de participação do facilitador na atividade musical é determinada pelas necessidades sentidas pelos participantes do grupo para que se possa atingir o potencial total da experiência. (5) todas as respostas dos participantes do grupo durante a atividade musical são válidas. (6) quando apropriado, comunicar de imediato para o grupo as observações sobre o comportamento na atividade musical (7) quando necessário, referir a atividade inicial e as reações individuais e de grupo. (8) sempre que possível, explorar com o grupo a integração de novas tomadas de consciência, comportamentos, ou capacidades para situações fora do grupo.

Existe ainda um outro quadro conceptual aplicado à intervenção em grupo em musicoterapia de orientação psicodinâmica, onde se destaca a presença de referências de Winnicott (2012), o jogo, a criatividade, o ambiente facilitador. O objeto transformacional e o recreio (palyground) terapêutico, de Stern (1995, 1998) com o processo de desenvolvimento de relações pré-verbais, de *affect attunement*, o conhecimento implícito da relação, e as relações da música com os processos pré verbais, de Foulkes (1983) com o papel da comunicação na matriz grupal como o espelhamento, a troca, a livre associação, a ressonância e a tradução, de Bion (2004) com os pressupostos básicos de defesa, fuga e luta, e acasalamento. Neste enquadramento os objectivos gerais para a intervenção grupal com pessoal com dificuldades ao nível da saúde mental são: providenciar uma experiência de consistência, estrutura e limites (fronteiras); facilitar oportunidades para a comunicação não-verbal, o jogo, e narração; proporcionar uma experiência de autotransformação e relações com os outros através da partilha no jogo musical; ajudar a desenvolver a experiência de confiança, coesão e pertença; e proporcionar uma experiência de ser escutado e pensar sobre (Davies & Richards, 2002).

Musicoterapia na pessoa com deficiência intelectual

Segundo Peters (1987), a musicoterapia aplicada a pessoas com DI é usada como estratégia para desenvolver ou aumentar capacidades de comunicação, competências académicas, vocacionais e cognitivas, competências motoras, competências sociais e emocionais, competências de autonomia e de lazer.

Ao nível das competências da comunicação as atividades de exploração sonora, usando instrumentos musicais, sons vocais, ou corporais, estimulam a consciência sonora e atenção auditiva necessária para o desenvolvimento da linguagem (Boxill, 1985; Monti, 1985; Nordoff & Robbins, 1971a, 1977 apud Peters, 1987). Atividades musicais simples usando as técnicas musicais de corresponder (“*matching*”), sequenciar, e espelhar (“*mirroring*”) podem ser usadas para desenvolver a memória auditiva e capacidades de sequenciação. (Grant, 1989, apud Peters, 1987). Na área da expressão verbal, o uso de várias experiências e técnicas musicais podem estimular e aumentar as vocalizações, por exemplo os exercícios de imitação e exploração vocal (Boxill, 1985; Grant, 1989; Nordoff & Robbins, 1977 apud Peters, 1987).

Ao nível das competências acadêmicas, cognitivas e vocacionais, a musicoterapia estimula a atenção, a capacidade para seguir instruções. Por exemplo atrair a atenção e o contacto ocular. A atenção pode gradualmente ser estruturada através do aumento da duração das experiências musicais, e deste modo aumentar as competências de espera, escuta, alternância e sincronia num jogo musical. Este interesse no som e nos ritmos, no prazer de fazer musica e na gratificação que advém da participação na experiência musical, geralmente motivam os participantes menos disponíveis para o envolvimento, concentração e a participação (Boxill, 1985; Lathom, 1981a, 1981b; Nocera, 1979, apud Peters, 1987).

Ao nível das competências sociais e emocionais, os grupos de experiências musicais que recorrem a canções, movimento, e atividades com instrumentos podem ser usadas para integrar competências sociais. Por exemplo, partilhar e alternar (“*taking turns*”), escutar os outros, experiência de grupo e cooperação (Boxill, 1985; Grant, 1989; Krout, 1986; Lathom, 1981a, 1981b; Nocera, 1979, apud Peters, 1987). Os grupos de experiência musical de improvisação proporcionam oportunidades para que as pessoas com DI estejam em relação e interação com os seus pares. A recreação e improvisação musical permitem lidar com vários sentimentos, o que pode ser útil para os clientes expressarem as emoções de forma apropriada e socialmente aceite (Furman & Furman, 1988, 1996; Krout, 1986a; Madsen, 1981 apud Peters, 1987).

O impacto da música em pessoas com DI foi alvo de revisão (Hooper, Wigram, Carson, & Lindsay, 2008) e os autores confirmam que a musicoterapia ativa e recetiva têm impacto ao nível social, desenvolvendo a imitação, as competências de linguagem expressiva, desenvolvimento das interações entre pessoas com e sem DI, encorajando a cooperação e a aceitação dos pares. Que o uso dos instrumentos e dos sons permitem representar e exteriorizar sentimentos como a raiva, a tristeza e a melancolia, e outros benefícios emocionais como aumento da auto-estima, da sensação de concretização, e redução da agitação. A musicoterapia permite a concretização de objetivos psicomotores como a promoção da consciência corporal, a motivação para o movimento, o uso intencional dos membros superiores, o desenvolvimento da extensão dos membros e a coordenação muscular. Ao nível cognitivo, estes autores, identificaram que a musicoterapia aumenta a motivação e a concentração, as capacidades perçetivas e as competências de memória e retenção.

Existem diferentes abordagens no campo da musicoterapia e intervenções nas áreas da DI. Alguns estudos demonstram a sua eficácia, e demonstram métodos válidos que descrevem as mudanças ao nível do processo musicoterapêutico. Exemplo disso, o estudo realizado em que foram observadas 30 sessões por avaliadores independentes, verificando-se um aumento significativo dos níveis de envolvimento terapêutico ao longo do processo. Estes investigadores levantaram a hipótese que o envolvimento e a qualidade da relação terapêutica resultariam dos processos de expressão emocional que emergem na dinâmica da comunicação interpessoal para pessoas com limitações ao nível verbal (Toolan & Coleman, 1994).

As experiências musicais como cantar, demonstram ter potencial terapêutico para pessoas institucionalizadas ou em programas terapêuticos. Cantar tem um potencial de envolvimento social, cognitivo, emocional e físico permitindo uma melhoria de fatores psicossociais tais como o humor, a diminuição da ansiedade, e o aumento da motivação (Clark & Harding, 2012).

Estudos demonstraram evidências clínicas na proeminência de elementos rítmicos e temporais e o uso acidental de elementos tonais na produção musical de pessoas com DI (DiGiammarino, 1990; Bruscia, 1982; Wheeler, 1999; Holck, 2004; Nordoff-Robbins, 1977; Miller & Osmond, 1994 apud Luck et al., 2006)

Segundo Watson (2007), considera que se deve encaminhar pessoas com DI para a musicoterapia quando existe dificuldades em fazer e manter relacionamentos ou ter interações significativas; dificuldades no relacionamento com outros, tais como agressão repetida ou falta de auto-confiança; dificuldades relacionadas com a comunicação; dificuldades relacionadas com deficiências sensoriais; quando está a passar por um período de dificuldades emocionais (por exemplo, está preocupado, chateado ou irritado) e é difícil a comunicação deste sentimentos através de meios usuais de comunicação como falar ou escrever; quando há um problema específico para o qual a pessoa precisa de ajuda (como luto, raiva, uma resposta a um evento de vida); após a experiência de múltiplas perdas (por exemplo, a morte de um pai e de uma subsequente mudança de casa); quando uma pessoa experienciou abuso (por exemplo, físico, sexual, emocional, negligência); quando existe comportamentos desafiantes para com o pessoal e serviços; quando há um problema adicional saúde mental.

Em síntese, consideramos que a musicoterapia aplicada a pessoas com DI permite a promoção do desenvolvimento das competências de expressão e comunicação, e de saúde mental.

Questão de investigação

A intervenção musicoterapêutica em grupo permite o desenvolvimento das competências da expressão e da comunicação em pessoas com DI?

Para isso foram realizados dois estudos de caso, a serem descritos na secção seguinte.

Objetivos propostos

Este trabalho tem como objetivo avaliar o processo de dois casos de intervenção musicoterapêutica em grupo de pessoas com DI, ao nível das respostas verbais e não-verbais. A intervenção e a definição de objetivos terapêuticos foram feitas para o grupo mas os estudos de caso incidirão sobre o impacto da intervenção em dois sujeitos.

Neste trabalho foi criada uma grelha de observação para monitorizar e registar as respostas verbais e não-verbais após os momentos de experiência musical; e comparar o percurso de produção de respostas verbais e não-verbais entre as experiências musicais ao longo da intervenção.

Metodologia

Procedimentos

Este trabalho adota uma metodologia de estudos de caso, com uma intervenção direta composta por duas fases, e uma terceira fase, a de investigação, composta pela metodologia de observação e registo.

Na 1^o fase de preparação da intervenção, foram realizadas reuniões com a equipa técnica entre os meses de outubro e novembro de 2013. Estes encontros tiveram como objetivo criar as condições logísticas para realização das sessões, recolher informação sobre o instrumentário existente e o necessário, informação sobre os participantes do grupo, o tipo de diagnóstico clínico, as atividades musicais em que participam/participaram, e grau de envolvimento. Ainda nesta fase, foi desenvolvida a estrutura da sessão e respetivos procedimentos, que aprofundaremos mais adiante.

A 2^a fase, a de intervenção, foi composta por dois momentos. O primeiro momento desta fase, que decorreu no mês de dezembro de 2013, teve como objetivo a apresentação do terapeuta e da proposta de intervenção aos participantes, bem como obter informação sobre a sua história musical e sua identidade; experiências e vivências em relação a preferências musicais, observação dos seus comportamentos musicais e não musicais no grupo. No segundo momento foi criado um plano terapêutico para o grupo, de forma a criar as condições favoráveis ao processo de musicoterapia de grupo. Este plano terapêutico foi elaborado a partir das observações iniciais e de acordo com a abordagem teórica anteriormente referenciada.

A 3^a fase, foi baseada na metodologia de microanálise de respostas comunicativas de Ridder (2007) de forma a avaliar o progresso terapêutico dos estudos de caso de acordo com a abordagem teórica.

O nosso procedimento de avaliação foi composto por cinco passos: 1) registo integral de vídeos de todas as sessões, 2) criação de uma grelha de observação, composta por indicadores de organização temporal dos momentos de experiência musical, data da sessão, tipo de instrumentos musicais utilizados, início e fim da música no vídeo, tipo de experiência musical (improvisação ou recreação), nome da canção, proponente da proposta (terapeuta ou grupo), descrição geral do movimento do grupo e

descrição do comportamento por participante durante a experiência musical, reações verbais e não-verbais após a experiência musical, discurso verbal e observações.

No 3º passo iniciámos a recolha dos dados através observação dos vídeos, recorrendo a uma grelha em EXCEL, para tornar mais flexível a análise e permitir focar as respostas e reações, verbais e não-verbais, e outros acontecimentos específicos do processo terapêutico. Para a observação das respostas não-verbais optámos por fazer duas a três pausas no visionamento do vídeo, nos dez segundos após o momento de experiência musical, de forma a identificar respostas psicofisiológicas dos membros do grupo. Retificámos em seguida esta observação, escolhendo aleatoriamente vinte momentos de experiência musical, verificando se o preenchimento da grelha estava correto. Ao nível das respostas verbais, transcrevermos as reações dos participantes após o fim de cada experiência musical, e o respetivo discurso verbal.

O 4º passo foi selecionar alguns videoclipes para observar o tipo de experiência musical, as canções, as técnicas terapêuticas, e evidências do processo terapêutico, considerando as variáveis de respostas e reações verbais e não-verbais.

O 5º passo foi registar as nossas perceções de aspetos emocionais, participação e envolvimento, comunicação e relação musical, diálogos e momentos de relação intersubjetiva como criatividade conjunta, jogos, envolvimento emocional, e intimidade dos estudos de caso.

Descrição da amostra

Para este trabalho a amostra é constituída por dois indivíduos integrados num grupo constituído por 8 participantes, residentes numa estrutura residencial de estadia prolongada. Esta instituição tem como missão dar resposta a casos sociais que surgem por parte das equipas da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com uma população acima dos dezoito anos, com diferentes necessidades especiais, entre elas, doenças neurológicas como paralisia cerebral, perturbações do desenvolvimento, deficiência intelectual, doença de Huntington, demência, e respetivas comorbilidades psicopatológicas, bem como doença mental como esquizofrenia, entre outras áreas de promoção e tratamento da saúde mental.

De seguida serão caracterizados os participantes do grupo em relação ao sexo, idade, diagnóstico, ano de internamento, suporte familiar, grau de dependência dos indivíduos e atividades ocupacionais.

O grupo é constituído por oito elementos oriundos da zona de Lisboa, dos quais quatro são do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A faixa etária do grupo situa-se entre os 35-55 anos (5 indivíduos), sendo que quatro elementos têm mais que 50 anos, três tem entre os 40 e os 50, e somente um tem 35 anos.

Ao nível do quadro clínico, seis sujeitos têm défice intelectual associado a disfunções pré-natais cromossómicas (síndrome *down*, mucopolissacaridose) e pós-natais ambientais (meningite, traumatismo de parto, privação do desenvolvimento), e uma perturbação neurológica (neurosífilis com comorbilidade de doença mental e défice intelectual) e outro com doença mental (quadro psicótico).

Alguns participantes desta amostra têm um grande percurso de institucionalização (C,M,S,N,L), tendo estado noutras unidades antes da permanência nesta instituição. Nesta amostra existem 3 elementos que estão há 20 anos nesta unidade, e os restantes há cinco ou menos.

As razões de internamento, prendem-se com o facto de as famílias não terem possibilidades socioeconómicas (3 sujeitos), ou por encerramento de estruturas de educação especial (3 sujeitos), ou encaminhamentos de serviços hospitalares (2 sujeitos).

Ao nível das atividades da vida diária quatro sujeitos necessitam de apoio permanente e os restantes tem competências de autonomia nas atividades de vida diária mas precisam de ajuda e supervisão.

Tabela 1 – Caracterização do grupo

Participantes	Sexo	Idade	Diagnóstico	Ano de Internamento na Unidade	Suporte Familiar	Grau de dependência	Actividades ocupacionais
C	Feminino	40	DI por traumatismo de parto. Amaurose bilateral. Lúpus.	2011	Sim	Apoio nas Atividades de Vida Diária	Movimento
M	Masculino	48	Trissomia 21 – Síndrome de Down.	1991	Não	Apoio nas Atividades de Vida Diária	Escola; Mobilidade; Dança; Hidroginastica
T	Feminino	51	Doença mental Quadro Psicótico	2012	Não	Basta-se com alguma ajuda	Escola; Mobilidade; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional; Hidroginastica Bingo
R	Masculino	56	Deficiência Intelectual Doença mental Neurosífilis	2009	Sim	Basta-se com alguma ajuda	Escola; Mobilidade; Terapia da Fala; Hidroginastica; Bar
S	Feminino	57	Deficiência Intelectual Quadro Psicótico	1995	Sim	Basta-se com alguma ajuda	Escola; Mobilidade; Dança; Hidroginastica;
Ro	Masculino	35	Deficiência Intelectual. Quadro Psicótico Obesidade Problemas cardíacos	2009	Sim	Algum Apoio nas Atividades de Vida Diária	Escola; Mobilidade; Dança; Hidroginastica;
N	Masculino	43	Deficiência Intelectual Mucopolissacaridose	1994	Não	Basta-se com alguma ajuda	Escola; Mobilidade; Dança; hidroginastica
L	Feminino	49	Deficiência Intelectual Quadro Psicótico	2012	Sim	Algum Apoio nas Atividades de Vida Diária	Movimento; Expressão e Criatividade

Ao nível do suporte familiar, seis elementos tem contacto regular com a família e dois (T, N) não tem qualquer contacto familiar por motivos de morte ou abandono na infância.

Os sujeitos desta amostra frequentam as atividades ocupacionais, e como podemos observar na tabela 2, estas perfazem num total de 36 horas semanais, entre as 9h00 e 12h00 e das 14h às 17h00 de segunda a sexta-feira. Para além das atividades em contexto de ATL (atividades de tempo livre) existem outras, com objetivos fisioterapêuticos, pedagógicos, expressivos e clinico-terapêuticos nas quais os elementos do grupo participam. Como podemos observar na tabela 1, quatro sujeitos, respetivamente M; S; N; Ro, participam em atividades extra na sala de tempo livre, num total de 6h30m, T num total de 9h30m, L num total de duas horas, e C num total de uma hora. Outro sujeito, R, além das 5 horas em atividades, tem a sua ocupação no apoio ao serviço de bar (10h).

Ao nível das atividades musicais, tomámos conhecimento que o grupo já existia, com um formato de “classe” musical, desde 2010. Baseado num modelo centrado na tarefa, e na realização de atividades de recreação, animação musical e performance. As sessões eram orientadas por um professor de música, e os grupos eram compostos por 16 participantes e uma duração de 90 minutos.

Plano terapêutico para o grupo

O plano terapêutico foi constituído com vinte e uma sessões de musicoterapia em grupo, com a duração de 45 minutos cada, com uma periodicidade semanal. As sessões foram planeadas recorrendo à estrutura de sessão centrada no processo de participação do grupo, conforme o nosso modelo de intervenção neste trabalho.

De acordo com este pressuposto, foram definidos objetivos terapêuticos para o grupo na área do desenvolvimento pessoal, das competências relacionais e comunicacionais, e do desenvolvimento da criatividade e espontaneidade.

Ao nível do desenvolvimento pessoal e da identidade:

- a) Proporcionar momentos de partilha das experiências e vivências em relação a preferências e criação musical;

- b) Aumentar os momentos de contacto psicofisiológico com as experiências;
- c) Proporcionar momentos de prazer e diminuição da ansiedade e tensão;
- d) Facilitar momentos de partilha verbal e narrativa autobiográfica.

Ao nível das competências relacionais e comunicacionais:

- a) Proporcionar condições facilitadoras com recurso a experiências musicais, de forma a reparar as limitações expressivas e comunicativas do grupo, aumentando a qualidade da intersubjetividade nas improvisações (exemplo: alternar, escutar, imitar, responder, espelhar, sincronizar, concentrar, esperar, partilhar);
- b) Facilitar a expressão não-verbal como fator de desenvolvimento da comunicação;
- c) Promover experiências ativas de autonomia, liderança e tomada de decisão dentro do grupo;
- d) Aumentar a sensação de presença dos participantes no grupo, através da construção um repertório musical identitário do grupo e partilha verbal das experiências, como forma de promover a vinculação no grupo.

Ao nível do desenvolvimento da criatividade e espontaneidade:

- a) Facilitar e encorajar o envolvimento, a exploração e o desenvolvimento de processos criativos através das atividades musicais, com recurso a experiências musicais de improvisação e recreação.

Técnicas musicoterapêuticas

Nesta intervenção recorreremos a técnicas de improvisação e recreação, já mencionadas no enquadramento. De forma a facilitar a compreensão das experiências musicais emergentes no processo do grupo recorreremos à taxonomia em musicoterapia de Unkefer & Thaut (2005). Para tal, propomos uma complementaridade de diferentes técnicas musicoterapia, como os grupos de improvisação, improvisação rítmica, de canto, e os jogos musicais. Estas propostas de experiência musical surgem da interação entre o terapeuta e do grupo.

Recursos Materiais

Ao nível dos recursos materiais foi utilizado: (1) uma sala ampla e oito cadeiras para os participantes; (2) um equipamento de vídeo-gravação, *Tablet Edison 2 Quad Core*, com qualidade VGA⁵ (640 x 480) de gravação; (3) Um dossiê de argolas para construção de um cancionário do grupo; (4) Instrumentos musicais de percussão: 2 blocos de madeira (dois tons), 2 bloco de madeira (quatro tons), 1 caixa chinesa, 2 pares de clavas, 1 octobloco, 1 reco-reco, 3 tamborins, 2 tambores, 1 par de *jingle stikes*, 2 pares de maracas, 1 guizeira, 1 pandeireta meia-lua com soalhas, 1 *schaker*, 2 *egg schaker*, 1 ferrinho, 1 pandeireta, 1 pau de chuva, 1 cabaça e 1 conjunto de *boomwhackers*; (4) Instrumentos melódicos: 1 xilofone alto e 1 jogo de sinos; (5) Instrumentos harmônicos uma guitarra flamenga e um teclado electrónico (som piano e instrumentos de percussão).

Instrumento de avaliação

Para este trabalho, criámos uma grelha de observação das sessões em formato EXCEL, partindo da estrutura da sessão, composto pelos seguintes indicadores que passamos a descrever, conforme tabela em anexo “Grelha de observação das sessões”.

- Coluna A - O nº do momento de experiência musical (MEM), onde indicamos as unidades de experiência musical de forma numerada e continua. Os MEM são entendidos como a existência das unidades quantitativas e temporais da experiência musical ocorridas na sessão. Estas foram registadas ao longo de toda a intervenção
- Coluna B - Nº da sessão, onde indicamos o número da sessão, de forma numerada e continua.
- Coluna C - Data da sessão, onde indicamos a data (dia-mês-ano).
- Coluna D - Instrumentos musicais por participante, onde indicamos a escolha do instrumento musical por participante por MEM.

⁵ Video Graphics Array (VGA) é um padrão de gráficos de computadores.

- Coluna E - Início e o fim da experiência musical no vídeo, onde se identificou os minutos e segundos do início e fim da unidade da experiência musical, de forma a verificar a duração do MEM.
- Coluna F - Tipo de experiência musical, onde indicamos se esta é recreativa (MEMR) ou de improvisação (MEMI).
- Coluna G - Nome da canção da experiência recreativa, indicando o título da canção desta experiência musical.
- Coluna H - Proponente da proposta musical, identificando quem propõe a experiência musical, se o grupo, o terapeuta ou ambos.
- Coluna I - O movimento do grupo, com uma descrição geral dos acontecimentos durante a experiência musical.
- Coluna J - O envolvimento por participante, para registar o comportamento de cada estudo de caso durante a experiência musical.
- Coluna L - Resposta verbal após a experiência musical
- Coluna M - Resposta não-verbal após a experiência musical
- Coluna N - Discurso verbal após a experiência musical por estudo de caso, onde consideramos a interação com o grupo.
- Coluna O - Observações, onde descrevemos acontecimento e notas da observação, percepções, hipótese, entre outras.

Neste trabalho pretende-se realçar a importância deste instrumento como potenciador de focagem no registo das reações/respostas verbais e não-verbais ao longo do processo de intervenção após que momentos experiência musical (MEM).

Como “resposta verbal”, considera-se a resposta ao estímulo/experiência do MEM, toda e qualquer reação verbal que surge nos segundos posteriores ao MEM. Considerando esta resposta verbal a matriz de pensamento explícito de Stern (1998), como simbólico e consciente. Por exemplo, mencionar agrado pela experiência musical, associar a memórias ou narrativas pessoais, bem como mencionar aspetos do comportamento do outro e/ou pedir a outro elemento do grupo para não tocar, etc.

Como “resposta não-verbal”, considera-se expressão facial, os gestos, a linguagem corporal, a sensação neurofisiológica, cinestésica e emocional da ressonância da experiência musical vivida. Deste modo foi considerado a matriz de pensamento implícito de Stern (1998) como a capacidade de conhecer sem colocar em palavras ou

símbolos, e as articulações expressivas que surgem da experiência de significado para a pessoa no fenómeno de “*musical attunement*” (Fink-Jensen, 2012). Na “Resposta não-verbal” considerou-se toda e qualquer reação visível que surge nos segundos posteriores à experiência musical, por exemplo a resposta psicofisiológica de alívio, da expressão facial de satisfação (sorriso). Neste ponto não considerámos o silêncio como resposta não-verbal, isto é sem reação corporal visível.

Deste modo, pretende-se verificar a relação entre estas duas respostas, verbal e não-verbal, após o fim da experiência musical, onde existiram fenómenos de “*communicative musicality*” Malloch (2000), “*musical attunement*” (Fink-Jensen, 2012), “*matching*”, “*mirroring*”, “*echoing*” (Stern, 1998), e a forma como estes são experienciados e conhecidos de forma implícita ao nível pré verbal, e explícita, causando mudanças ao nível do “eu subjetivo” (*subjective self*) como capacidade de aprender a expressar sentimentos negociando o ambiente socio-emocional. Este processo de contacto, na relação terapêutica, facilita a abertura à recetividade e à experiência (Rogers, 2001).

Estrutura da sessão

Para a estrutura de sessão, foi criado um esquema operativo, que permitisse a organização e a compreensão do movimento do grupo, bem como o seu envolvimento na tomada de decisão. Esta estrutura é composta por cinco fases: o momento da chegada, o contacto com os participantes, a distribuição de instrumentos musicais, a produção ativa de momentos de experiência musical, a integração e o encerramento. Em seguida iremos clarificar cada fase da estrutura da sessão, e respetivos procedimentos. (ilustração 4)

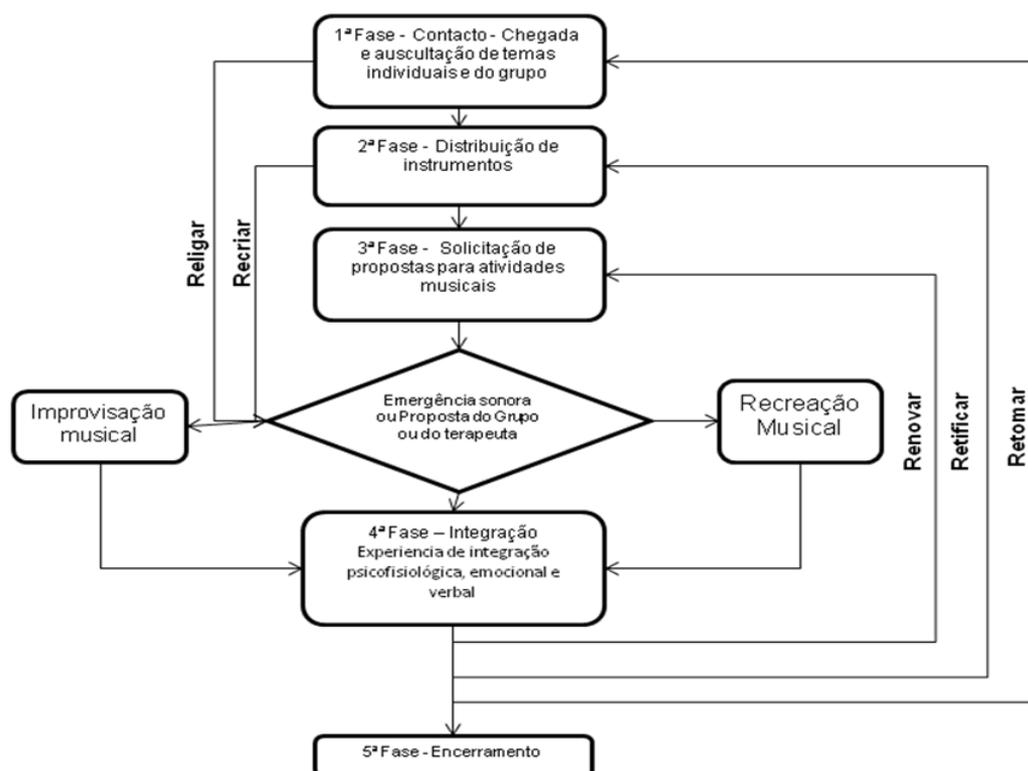


Ilustração 1 – 1º procedimento da estrutura da sessão de musicoterapia para o grupo (Ilustração nossa, 2014)

O 1º procedimento da estrutura da sessão é composto por cinco fases. Iremos agora identificar cada fase, os seus objetivos e indicadores, a atuação e as técnicas usadas pelo terapeuta.

A 1ª fase da estrutura da sessão, a qual designamos por contacto, tem como objetivo estabelecer contacto interpessoal entre os membros do grupo e facilitar a partilha da expressão. Como indicador temos os assuntos emergentes e iniciados a quando da chegada dos participantes no grupo. Para tal, a nossa actuação baseia-se na observação do comportamento, bem como auscultar sobre acontecimentos ou temas do grupo. A técnica terapêutica usada nesta fase foi a relação de ajuda (escuta empática, aceitação incondicional positiva, presença) para ativar o diálogo no grupo.

A 2ª fase da estrutura da sessão, designada como distribuição de instrumentos, tem como objectivo promover momentos de tomada de decisão e autonomia, e individualizar a presença e a relação por meio do instrumento. Os indicadores são a forma autónoma de escolher o instrumento e a demonstração da preferência. Para atingir este objetivo, procedemos a demonstração da qualidade sonora tímbrica, e perguntámos

aos participantes quem quer usar para estarmos em grupo. Durante a sessão, podemos ainda indagar se querem mudar ou manter o instrumento após algumas experiências musicais. Segundo De Backer & Van Camp (1999, p. 15) o uso e a escolha de instrumentos musicais em musicoterapia, revelam as influências e a construção de valores associados a experiências prévias, aspetos simbólicos de projeção e de transferência, bem como o contexto cultural da pessoa.

Na 3ª fase da estrutura da sessão, que designamos de proposta de atividade musical, é uma fase composta por dois momentos: O primeiro momento, relativo à decisão sobre o que iremos fazer musicalmente, para que os elementos do grupo estejam envolvidos na tomada de decisão e autonomia. Deste modo, procurámos identificar se é o grupo que propõe experiência musical, se é o terapeuta ou ambos, perguntando o que vamos fazer, ou quem quer começar. E um segundo momento relativo à experiência musical que poderá ser de improvisação, ou de recreação.

Para a improvisação temos como objectivos melhorar a atenção e a concentração no aqui e agora do produto sonoro que existe no grupo, e respectivos mecanismos de comunicação da improvisação. Com esta experiência musical, iremos facilitar comunicação interpessoal ao nível pré-verbal, bem como criar condições de contacto, presença e segurança emocional para a partilha de experiências.

Relativamente aos procedimentos para a improvisação, recorreremos a técnicas já existentes como a imitação, a reformulação (*reflecting*) base rítmica (*grounding*), dialogar e acompanhar (T. Wigram, 2004) e técnicas de empatia, de estruturação, de intimidade, de facilitação, redirecção, procedimento, referência e de exploração emocional. (Bruscia, 1987).

Relativamente à experiência musical de recreação, temos como objetivo, criar um repertório musical com referência à narrativa autobiográfica dos membros do grupo. Para tal solicitamos canções com significado na memória e narrativa dos participantes. Como se trata de uma atividade recreativa, o seu procedimento baseia-se no acompanhamento com instrumento harmónico e integração das peças musicais num livro de canções do grupo. Ainda nesta fase, e para além das técnicas serem o acompanhamento musical e apoio melódico com a linha de voz, existe a possibilidade de reintroduzir técnicas para ampliação da experiência musical, como é o caso da

entoação, introduzir jogos vocais e rítmicos, ou envolver a expressão corporal do terapeuta na estruturação da pulsação do grupo. A estas técnicas, designamos por técnicas de transição, pois inicialmente estavam ligadas somente há recreação, mas vieram a ser usadas para transitar para a improvisação.

A 4ª fase da estrutura da sessão, a qual designamos por integração, tem como objetivo observar o impacto da experiência musical, quer ao nível do comportamento não verbal (resposta psicofisiológica de prazer), quer ao nível verbal (esperando por reações do grupo), ficando em silêncio até existir uma reacção verbal.

Foi ainda estabelecido um outro objectivo nesta fase: facilitar o contacto psicológico e cognitivo com experiências emergentes. Para tal, temos como indicador as verbalizações associadas à experiência musical. Para desenvolver esta fase, recorreremos às competências de relação da ajuda.

Na 5ª fase da estrutura da sessão, que aqui se designa por encerramento, temos como objetivo situar e focar a experiência do grupo no aqui e agora. Para tal, temos como indicador, as partilhas sobre o grupo, sobre a sessão ou sobre outras temáticas. Para esse efeito solicitamos aos participantes se gostariam de partilhar algo sobre a sessão, de forma a avaliar e monitorizar o impacto da sessão. Serão de seguida clarificados os restantes procedimentos.

O 2º procedimento, tem como objetivo renovar os objetivos da 3ª fase da estrutura da sessão e manter as atividades musicais como promotoras de processos de integração e experiência relacional, quer esta seja com recurso ao canto de canções do reportório musical do grupo, ou a improvisações emergentes, ou a propostas do terapeuta, como podemos observar na ilustração 2.

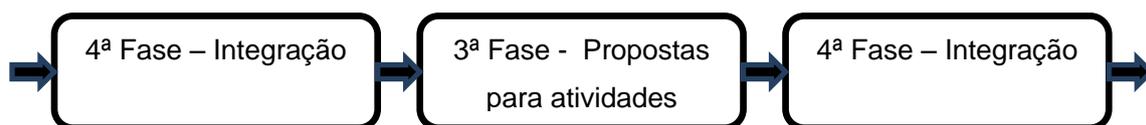


Ilustração 2 – 2º procedimento (RENOVAR) (Ilustração nossa, 2014)

O 3º procedimento, tem como objetivo retificar as opções iniciais na escolha de instrumentos, focar os participantes na possibilidade de terem experiências de exploração e mudança (ilustração 3).

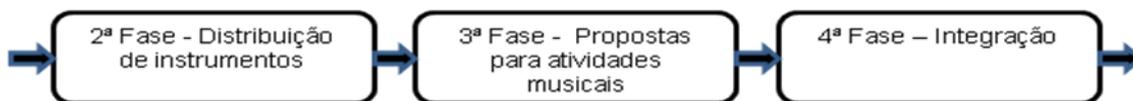


Ilustração 3 - 3º Procedimento (RECTIFICAR) (Ilustração nossa, 2014)

O 4º procedimento (ilustração 4), surge aquando dos momentos de associação com as temáticas iniciais que surgiram no início da sessão. Neste processo o terapeuta poderá passar à 2ª fase para redistribuir os instrumentos, ou iniciar o 5º procedimento.

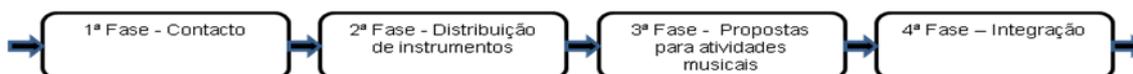


Ilustração 4 - 4º Procedimento (RETOMAR) (Ilustração nossa, 2014)

No 5º procedimento, ilustração 5, o terapeuta procura usar o ambiente sonoro existente e dar sentido e significado com recurso às técnicas de improvisação já identificadas na 3ª fase.

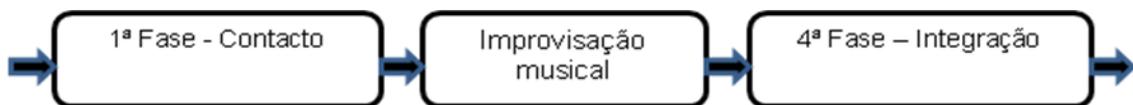


Ilustração 5 - 5º Procedimento (RELIGAR) (Ilustração nossa, 2014)

À semelhança do 5º procedimento, após a distribuição dos instrumentos, existem momentos de produção sonora que podem ir desde, a sugestão activa por parte de um ou vários participantes em cantar uma canção, ou dar consistência e estruturar experiência sonora de improvisação existente (ilustração 6).



Ilustração 6 – 6º Procedimento (RECIAR) (Ilustração nossa, 2014)

Neste trabalho, iremos focar-nos na 3ª e 4ª fase da estrutura da sessão do 1º procedimento, ao longo de vinte sessões observadas. Pretendemos observar o movimento do grupo na autonomia e tomada de decisão nas atividades musicais, bem como identificar o número de MEMR e MEMI, e impacto do tipo de experiência musical ao nível das respostas verbais e não - verbais durante as fases da intervenção.

Estudo de Caso I

Historial

S., do sexo feminino, de 56 anos, solteira e sem filhos, natural de Angola, tem vários irmãos que a visitam esporadicamente. Residia no Colégio de ensino especial, o qual foi encerrado em 1995.

Reside nesta instituição desde 1995, pelo facto de a família ter dificuldades em prestar apoio. Nas atividades de vida diária, tem alguma autonomia, necessitando de algum apoio. Ao nível de suporte familiar tem uma irmã que a contacta ocasionalmente.

O seu diagnóstico é de oligofrenia com debilidade mental, resultado de sequelas de meningite na infância, quando tinha dois anos. Está institucionalizada desde que chegou a Portugal, em 1976.

Apresenta co morbilidade com quadro de perturbação mental com sintomas de sentir coisas que não estão presentes, acreditar em coisas que não são reais ou sentir-se invulgarmente desconfiada, ansiosa, confusa e tensa. Por vezes sente-se eufórica e entusiasmada e tem momentos de comportamento disruptivos e agressivos ao nível verbal. Por vezes sente-se deprimida e com falta de energia.

Ao nível da atividade ocupacional participa nas atividades que frequenta na instituição como a escola, a mobilidade, e a hidroginástica e colabora e ajuda as auxiliares a servir as refeições a alguns dos residentes. Nas atividades de tempos livres ocupa-se a fazer artesanato que vende na instituição.

Ao nível de atividades de lazer gosta de ouvir música e ver televisão, preferencialmente telenovelas, concursos televisivos e telejornais.

Ao nível da prescrição farmacológica está medicada com Quetiapina 100 mg.

Observação inicial nas sessões de musicoterapia

Motricidade: apresenta uma boa capacidade de locomoção e capacidades preceptivas (estímulo visual e auditivo e resposta motora) e de motricidade fina como agarrar, puxar e segurar. Estabelece um grande envolvimento corporal com recurso a balanceamento acompanhando a pulsação rítmica. Apresenta coordenação motora ao nível das mudanças entre forte e fraco.

Comunicação: tem competência de linguagem verbal e fala com recurso a expressividade verbal e fonação (altura, volume, velocidade) tendo momento de linguagem invulgar e rápida. Ocasionalmente interage positivamente com o terapeuta estabelecendo uma contacto não-verbal ao nível ocular e musical. Tem uma expressão fácil, congruente com os estados emocionais. Tem momentos de linguagem verbal caracterizada por alteração do fluxo e da velocidade do discurso, apresentando abrandamento ou perda de sentido lógico na conclusão do raciocínio, tendo momentos de extremo detalhe com irrelevâncias para o momento.

Cognitivo: compreende a linguagem verbal, tendo dificuldades em usar vocabulário diversificado, e apresenta dificuldade de pensamento abstrato. Apesar de algumas dificuldades de compreensão apresenta um entendimento das letras das canções e associa memórias de características das canções (cronologia, autores) mostrando satisfação em saber estes aspetos. Tem algumas dificuldades de atenção e concentração, no entanto consegue acompanhar a letra das canções e o refrão. Apresenta momentos em que tem alterações da forma, do conteúdo e do curso do pensamento, monopolizando o grupo quando fala.

Afeto e Emoções: tem facilidade em expressar emoções e são congruentes com as expressões faciais. Apresenta oscilações entre estados de humor eufóricos, irritados, com labilidade emocional. Tem capacidade de verbalizar o que sente/pensa mas por contágio tendo dificuldade em iniciar uma conversa. Tem dificuldade em estabelecer uma relação empática com os restantes participantes, estando continuamente a corrigi-los ou a gritar para estarem quietos e calados.

Social: Tem um bom comportamento adaptativo permanecendo na sala e seguindo as regras como esperar pela sua vez para escolher um instrumento. Usa os

instrumentos de forma responsável. Interage com o terapeuta tendo momentos de relação positiva com este e com os pares após as experiências musicais sentidas como satisfatórias. Tem plena consciência de si e dos outros que a rodeiam, apresentando consciência da atividade do eu, da sua identidade, história de vida.

Comportamento: permanece na sala e sentada, mostrando em geral uma boa conduta adaptativa, seguindo regras de convivência grupal, mas tem momentos de agressividade e falta de auto controlo começando a gritar com outros participantes para estes serem mais moderados na execução musical ou estarem calados. Estabelece contacto musical e ocular com o terapeuta e com alguns elementos do grupo. Relaciona-se de forma positiva com o terapeuta e com alguns membros do grupo, tendo momentos de liderança e trabalha em direção ao objetivo de grupo.

Dimensões musicais observadas na fase de avaliação

Vocal: tem afinação e mantém o centro tonal com capacidade de mudança de tom. Canta palavras e reproduz as letras e as melodias das canções.

Ritmo e percussão: escolhe os instrumentos (tamborim) e mantém padrões rítmicos repetitivos. Identifica mudanças de ritmo e aprecia atividades musicais com intensidade rítmica moderada. Tem capacidade para escutar e reproduzir frases rítmicas. Mantém o contacto ocular com o terapeuta para organização dos estímulos visuais para a participação nos círculos de percussão. Tem mobilização corporal com as atividades de percussão.

Preferências musicais – revela conhecimento de canções, letras, cantores. Tem um radio leitor de CD com músicas de Tony Carreira, José Cid, Carlos Paião, música popular portuguesa e música romântica. Em relação aos instrumentos mostra preferência por instrumentos rítmicos como o tamborim. Em relação à criação musical nas improvisações aprecia música que evoquem calma, e tranquilidade e seja ritmicamente sincopada.

Perceção Musical – acompanha as mudanças e dinâmicas rítmicas e melódicas.

Experiências musicais de recreação: participa no grupo cantando partes da letra e do refrão. Mostra competências de canto, amplitude vocal e afinação. Canta parte das

letras das canções de memória mantendo-se em contacto visual e musical com os elementos do grupo e com o terapeuta.

Experiências musicais de improvisação: escolhe o instrumento que quer tocar (tamborim) e tem capacidades para manter o tempo e ritmo com o grupo. Em simultâneo aprecia acompanhar-se a cantar. Estabelece contacto verbal e não-verbal durante as experiências musicais com o terapeuta e outros elementos do grupo. Tem expressividade vocal e na execução dos instrumentos. Inicia e conduz o grupo para momentos de improvisação quando acompanhada pelo terapeuta.

Processo individual no grupo

Na 1ª fase, respetivamente da 1ª à 4ª sessão, S. mostra interesse pelas atividades musicais, estando envolvida no grupo com acompanhamento rítmico e vocal. Conhece as letras das canções propostas pelo grupo, e em alguns momentos, alterna entre o acompanhamento rítmico e o canto. Na última sessão desta fase, recorre a processos criativos de entoação vocal, acompanhado com balanço corporal e menciona que gosta de música “baixinha”.

Na 2ª sessão, aquando do momento de falar de ir a casa no Natal, S. partilha que gostava de ter a irmã na festa do fim-de-semana mas não aconteceu. Partilha no grupo que todos os anos vai passar o Natal quando a sua irmã tem férias e fica lá uma semana. Na experiência de grupo quando alguém inicia uma proposta diz que não quer mas acompanha o grupo. Ainda nesta sessão menciona que o grupo não está a aderir como ela deseja, considerando que o grupo está “adormecido”.

Na 4ª sessão, S. volta da semana de Natal, que passou com a família, e acompanha a partilha de R. sobre o facto de estarem a ficar mais velhos, e começamos a falar de aspetos pessoais como de onde somos e as nossas idades. S. mostra não saber a sua idade dizendo que tem 50 anos mas os colegas dizem que ela tem mais. Durante a improvisação, mantêm o contacto ocular com o terapeuta e alterna o olhar para a janela. Após a 1ª improvisação, verifica-se que existem respostas tónicas de satisfação e relaxamento, e reações em espelho em relação à posição corporal do terapeuta.

Terapeuta - Essa música relaxou-a? Quando acabou a música você fez [suspiro]?

S - Assim é que eu gosto... Gosto de música baixinha!

Terapeuta – Gosta de música baixinha!

S – Agora uma baixinha!

Quando integramos jogos rítmicos, reconhece e participa nos momentos de alternância e pulsação com o grupo e o terapeuta. Mencionando que “está a fazer devagarinho!”. No final desta sessão, é proposto por alguns elementos cantar o Natal. Em desagrado com a proposta, afirma que “o natal já passou!” e quando procurámos integrar uma mudança no sentido de devolver ao grupo a possibilidade de nos despedirmos do Natal, entra em discurso desorganizado com o terapeuta, afirmando que não quer participar. Apercebemo-nos que nesse momento relaciona experiências desagradáveis que observou na semana de Natal, aquando da sua estadia em casa da família, e transfere-as para o terapeuta com uma atitude de desconfiança afirmando:

S – Não! Não! Você é daqueles que não faz por mim! Não fazes!

Terapeuta – Acha mesmo?

S – Não! Não! ...Você! Não! Você é...[faz uma pausa] Prof Artur eu já vi as pessoas a apanhar lixo.

R – Estão em greve!

S – E as pessoas que não tem contentor, que não tem, que não tem, querem meter o lixo e uma senhora estava a pedir, uma velhota dos 50 anos, dos 40 anos... uma velhota a ir ao lixo. Não quero!

No final da sessão S. continua a conversar com o terapeuta sobre o tema das pessoas irem ao lixo. Nesta sessão foi observado algumas respostas não-verbais de prazer e alegria, e a nível verbal existem evidências da reação que não estão associadas à experiência musical do grupo. Foi visível que existe uma dimensão repetitiva da transferência como fonte de conflito e resistência, sendo que espera e teme a repetição de experiência passadas. Ao mesmo tempo evoca que as experiências musicais estão de acordo com o cuidado e suavidade que estavam a acontecer no seu campo fenomenal sobre a relação entre criação musical e experiência corporal.

Na 2ª fase, respetivamente da 5ª à 9ª sessão, ao nível musical, S. mantém o uso da voz, é observado um envolvimento corporal (balanço) com as experiências músicas

que envolvessem jogos de ostinato rítmico. Começa a usar o jogo de sinos e o teclado eletrônico, com o som de piano ou com o som de instrumentos de percussão. Acompanha ritmicamente de forma suave e repetitiva, e explora melodias em alternância com glissandos.

Na 5ª sessão, entra na sala muito incomodada, manifestando que não quer fazer nada hoje, nesse momento começo a distribuição de instrumentos, e S. diz não quer nada hoje, e ameaça ir-se embora, estando totalmente indisponível para a relação. Quando foi perguntado “porquê é que se quer ir embora?” diz “Consigno não! Não vou contigo! Desaparece!”, foi devolvido que não quer isto para si e responde “Desaparece. Vai-te embora! Não quero nada consigo! Você é vigarista!”. Um participante do grupo informa que está irritada com uma pessoa da intuição e procura reparar a tensão dizendo que não deve falar assim com o terapeuta. Entretanto S. fica em silêncio. Nesse momento o terapeuta deixa cair o casaco, como se fosse um acto de desatenção de forma a provocar algo alguma reação.

S - Olhe o seu casaco professor! As pessoas levam mas não levam jeito. Um dia eu saio daqui para fora e vou para casa da minha prima. Vais ver se eu não vou?

Terapeuta – O que está a dizer é o que sente. Gostavam de sair daqui mas têm de ficar!

Continuando com a sua zanga, foi devolvido ao grupo que talvez todos tenham pensado em desejar sair mas ter de ficar. Nesse momento alguns acenam com a cabeça confirmando o que estava a ser devolvido. E S. responde com um sentimento de zanga, “Eu quero a minha vida tranquila!”.

Iniciada a 1ª EMI, acompanha ritmicamente e mantém a estruturação, mas começa a ser influenciada por L e entra em disrupção. Para regular mantém repetição rítmica, e mostra-se incomodada. No final da experiência musical olha para outro participante e diz para ele parar porque já tínhamos parado, como assegurando que o outro estava a fazer de errado e o que ela estava a fazer corretamente como se desejasse ser reconhecida e valorizada. No final desta MEM devolvemos a um participante que tinha dito que lhe doía a cabeça e esta disse que sim. S. diz que é do tempo. Um

elemento do grupo diz que estiveram cá um grupo de pessoas a ajudar durante uma semana. R. aproveita para enquadrar a história. S. está atenta ao discurso e partilha que está incomodada ao grupo, falando de uma situação do dia anterior, como um processo em eco em relação ao discurso do grupo.

S - Foram cantar lá para cima para os quarto.... Para os... Que estavam na cama e foi tudo mandado embora!

R - Depois era a tocar era truca truca truca. São pessoas novas. Tiveram cá uma semana.

L - Ainda dói a cabeça!

S - Entravam nos quartos e foi tumtuntumtumtutuut.... Era um ruído!....

O grupo mostra que não gostou do comportamento dos visitantes, aproveitando este momento para expressar como se sentiram com os acontecimentos e, em simultâneo, agredindo a relação e o impacto emocional da participação destes grupos nas suas vidas e respetivo tipo de atividades. Ainda nesta tensão, inicia-se a 2ª MEMI, e verifica-se uma contínua tensão que desencadeava comportamentos de agressão verbal entre os participantes no grupo. Tentando integrar isso musicalmente, alternámos e integrámos as intensidades na percussão como forma de canalizar a tensão, procurando uma pulsão que fosse comum. Recorrendo a jogos rítmicos e alternâncias entre forte e fraco ao nível da intensidade, duração e pulsação, esta experiência musical regulou a tensão do grupo e permitiu um outro tipo de relação ao nível do discurso verbal sobre os acontecimentos do dia anterior.

Antes do último MEMI, foram redistribuídos os instrumentos musicais e perguntámos quem quer este instrumento (jogo de sinos), S. quando menciona que não quer, no qual foi devolvido com discurso verbal e não-verbal uma intencionalidade de querer e não querer. Nesse momento S. ri-se e diz para o terapeuta “Levas uma mossa!”, com um sorriso e uma cumplicidade, como se percebêssemos que podemos reparar os conflitos que surgem na relação em grupo em direção a momentos de encontro e criatividade. Antes de iniciarmos S. diz que quer fazer devagarinho tentando controlar as excessividades dos outros participantes. No final da improvisação foi devolvido que estamos a fazer umas improvisações agradáveis, S. após algumas piadas que surgem no

grupo dá uma grande gargalhada, e um dos participantes do grupo diz: “Já se está a rir!”. O grupo menciona que fizemos uma música que tirou a dor da cabeça, sendo devolvido que “esta música é melhor que comprimido! Tira a dor da cabeça!” e S. confirma “Olhe professor tirei a dor de cabeça!”. No final da sessão mostrou agrado em estar na sessão afirmando “Foi bom estar com vocês e com o professor.”

Nesta sessão mantém o mesmo padrão repetitivo da transferência e conflito, percebendo que teme a repetição destas experiências. Mas com uma ligeira mudança ao nível da capacidade de resolução da tensão com o terapeuta e grupo. As experiências musicais permitem uma perceção da alternância do estado fisiológico de tensão e de alívio, um contacto entre os aspetos implícitos e explícitos da relação musical e experiência corporal.

Na 6ª sessão começa a identificar-se com o terapeuta, mencionado ao grupo que “Ele é da minha terra!”. Partilha que sente o corpo a tremer e que está com frio, e está constipada. Na 1ª MEMI acompanha ritmicamente e usa braços para coreografias. Apresenta cuidado e controlo da intensidade batendo suavemente as maracás uma na outra. Gradualmente canta com entusiasmo. Após uma o 2º MEMI, onde o grupo esteve todo envolvido, e ter surgido um silêncio, Ro, membro do grupo, que estava a tocar xilofone, toca a última nota da improvisação no piano e S. repreende-o, dizendo para ele estar quieto. É devolvido ao grupo que por vezes estamos preocupados com o que os outros fazem mais do que aquilo que estamos a sentir. S. encolhe os ombros e diz “pois é assim!”. Em seguida, e após uma proposta de uma participante começamos com MEMR “Todos me querem”, começa o diálogo no grupo sobre quem quer quem, o estar sozinho, e a companhia dos animais. S. menciona os animais abandonados e foi devolvido ao grupo que não gostam de se sentir abandonados. S. diz que não. Continuamos com vários MEMR, e partindo da estrutura destes começamos a transitar para MEMI, sendo estes propostos pelo grupo. S. participa com recurso aos instrumentos de percussão (maracas) e voz, balanceando o corpo na pulsação da peça musical. Em determinado momento, um participante menciona a outros que estão a tocar muito alto e que deveria ser devagarinho, é proposto ao grupo tocarmos e usar a voz com força “tocar o mais alto possível”, estimulando um jogo competitivo para ver quem toca mais alto. Todos começam a rir durante a experiência. S. coloca a mão na cara, como se estivesse envergonhada e ri-se como se soubesse que estava a fazer algo de proibido mas permitido naquele espaço. É devolvido ao grupo que às vezes

precisamos de gritar e se queriam continuar neste jogo de cantar-gritar. Todos aceitam e começamos com entoação vocal livre. Todos têm respostas não-verbais de alegria e satisfação. No final terminamos com um MEMR em que todos estavam envolvidos, com uma pulsação firme, suave e segura. Deixámos que o fim acontecesse naturalmente. Quando terminou S. diz “Professor fiz devagarinho!” o que foi devolvido que é bom estarmos num espaço onde é bom poder fazer devagarinho. Entretanto alguns participantes do grupo começam a fazer perguntas e a dar respostas procurando identificar-se com o terapeuta e S. menciona “Sabes que ele é meu patrício?”, nesse momento sai da sala e diz adeus.

Na 7ª sessão S. começa por informar que um dos residentes está na cama. Na distribuição dos instrumentos escolhe o xilofone e começa a explorar o instrumento com subidas e descidas de escala, no qual outros participantes começam a acompanhar. O grupo está entusiasmado e muito disponível para começar e verifica-se que estão interessados em concretizar a tarefa. Começa-se a tentar estruturar uma improvisação e S. toca impulsivamente. Para acertar a pulsação do grupo o terapeuta envolve-se corporalmente balanceando de forma a estruturar a pulsação do grupo. S. está desconfortável com a posição do xilofone, o que foi retificado. Nesse momento, um participante começa a falar de assuntos fora do grupo e o grupo reage com tensão, o que se verifica na improvisação seguinte. S. mantém a sua impulsividade. No MEM seguinte, de recreação “A saia da carolina” o grupo fica satisfeito com a estruturação da pulsação e envolve-se vocalmente. S. começa a estruturar e a impulsividade inicial. Nesse momento verifica-se que o grupo consegue manter uma pulsação sem o acompanhamento do terapeuta. Observa-se a conectividade entre os participantes e a sua autonomia na peça musical. No final S. diz que T. está a tocar sozinha e foi devolvido que quando se está entusiasmado fica-se a tocar sozinhos. Em seguida, o terapeuta recorre a mais um MEMI, no qual foram possíveis estratégias para terminar a peça musical como momentos de alternância, a diminuição da intensidade, o aumento ou a diminuição da pulsação, entre terapeuta e grupo. Observa-se em S. o envolvimento corporal durante a experiência.

Na 9ª sessão, o grupo informa que a S. está aborrecida e que não vem à sessão, entretanto, S. entra a meio do 3º MEMI e pergunta se pode tocar dirigindo-se para o teclado eletrónico (som: piano) e começa a percorre as escalas de forma ascendente e descendente. O grupo fica satisfeito com a sua entrada e com o facto de estarem todos.

Durante a improvisação S. tem dificuldades em sincronizar com o grupo. Na penúltima improvisação inicia-se um círculo de percussão e S. mantém-se no piano, mantendo a pulsação com o grupo. Na improvisação final, usa a pulsação e figura rítmica do grupo, e mostra-se satisfeita por estar a criar e com o grupo.

Observa-se nesta 2ª fase um progresso ao nível dos processos relacionais como por exemplo, os processos transferências com o terapeuta, aspetos relacionais como o abandono, a identificação com aspetos pessoais do terapeuta, a procura por diferentes tipos de sonoridades e envolvimentos na relação musical, verifica-se a existência de uma manutenção da impulsividade nas figuras rítmicas das improvisações, e a sua flexibilidade nas MEMR. Observa-se a existência de momentos de autoperceção sobre os diferentes estados de tensão e alívio antes e após os MEM. Verifica-se um aumento das respostas verbais em ambos os tipos de MEM, destacando-se a existência de respostas não-verbais nos MEMI.

Na 3ª fase, respetivamente da 10ª à 15ª sessão, S. ao nível musical tem como instrumento de eleição o teclado eletrónico, alternando entre o som de piano e percussão, começando a verificar-se a existência de criações com intencionalidades melódicas. Destaca-se nesta fase, a permanência do uso da voz, entoando canções, ou partes do refrão, ou mesmo completando o final dos versos.

Na 10ª sessão, entra no grupo e informa que vai ganhar um telemóvel e está muito satisfeita porque um familiar lhe vai oferecer. S. começa por ir para o piano e diz “Hoje sou pianista!”. Mas prefere ficar com o som de percussão. Nesta improvisação o terapeuta recorreu a jogos de percussão e verifica-se o envolvimento e a satisfação de todos os participantes. O grupo começa a querer estar junto na intensidade e pulsação e reage às propostas de alternância e sincronia. No 2º MEMI, o terapeuta recorre a acompanhamento harmónico com a guitarra e S. passa para o som de piano, participando nas improvisações rítmicas. Nas recreações musicais mantém o uso da voz com acompanhamento rítmico.

Na 11ª sessão, existe uma alternância entre MEMI e MEMR para observar qual o impacto e o envolvimento destas na identidade musical do grupo e dos participantes. Nas MEMI mantem-se os jogos rítmicos de forma a integrar a pulsação e intensidade no grupo. No final do 1º MEMI foram realizados jogos de antecipação de forma

intermitente, proporcionando satisfação e alegria em S.. Verifica-se a existência de silêncios no fim das improvisações, sem qualquer interrupção, bem como respostas fisiológicas de alívio por parte de S.. Em seguida sugerimos um MEMR, “20 anos” José Cid, o que desencadeou no grupo a ideia de tarefa e por sua vez S. começou a mandar que os que outros tocassem. No grupo foi surgindo também outras propostas de MEMR. A sessão concluiu-se com um MEMR “O corpo é que paga” de António Variações. Verifica-se que sempre que é proposto ao grupo uma nova canção, S. mostra conhecimento sobre as canções, seus autores e os assuntos da vida dos mesmos.

Na 12ª sessão, S. começa por ser elogiada por um participante do grupo pela forma como colabora na instituição dando os pequenos-almoços aos residentes, ficando satisfeita com o reconhecimento. Inicia-se o 1º MEMI e S. começa a usar a voz recorrendo a uma entoação em ostinato. Depois afirma que fez essa música para o terapeuta. Quando foi devolvido que fizemos para nós, S. ri às gargalhadas.

S - Eu fiz... uma música para o professor. O professor não ficou zangado!?

Terapeuta – Não! Pelo contrário. Já temos a música mas um dia quando nos apetecer...

R – Pelo contrário está satisfeito.

S - ... Um dia mais tarde...

Terapeuta - ... Podemos por letra...

S - ... Um dia mais tarde canto com você!...

Terapeuta - ...cantamos todos! ...

S - Eu quero cantar para o professor. Eha eha eha.....

(e continuamos a improvisação)

No final deste MEMI, inicia-se um MEMR e surge no grupo a ideia de estarmos sempre a pensar. S. menciona que se fica cansada de estar a repetir a mesma ideia e que depois faz doer a cabeça. Neste momento verifica-se que o grupo e S., que estão a tornar explícito alguns dos padrões mentais e a conectar com a descrição fenomenológica da experiência na 1ª pessoa. No final da sessão S., no momento da partilha, menciona que

esta música foi para o professor e que a outra foi para o bebê, como se quisesse agradar e oferecer algo da sua criação para o terapeuta, e que gostou muito de estar conosco. Este bebê surge porque o terapeuta informou ao grupo da sua ausência por motivos de assistência de paternidade.

Na 13^a sessão S. chega atrasada dirige-se o teclado eletrônico, mas como não há luz, fica com uma pandeireta. Começa num ritmo impulsivo sem sincronia com o grupo. Para tentar integrar a sua pulsação com a do ambiente sonoro grupal, o terapeuta procura dar início a jogos rítmicos em círculo para estruturar a pulsação e a intensidade do grupo, recorrendo a dinâmicas relacionais de sincronia e alternância, facilitando o processo de envolvimento e atenção no e em grupo. No final desta improvisação, o grupo mantém-se em silêncio apreciando as experiências corporais. Em seguida começamos um ciclo de MEMR, alternando entre os que são propostos pelos participantes e pelo terapeuta. Verifica-se que a pulsação está segura com a estrutura do acompanhamento. S. acompanha vocalmente e observa-se intencionalidade emocional na entoação. Entre estes MEMR, o grupo retorna a momentos de percussão de forma densa com uma grande intensidade e pulsação rápida. O grupo propõe outros temas e a sessão continua, e S. mantém a necessidade de estruturar e apoiar o grupo que, aparentemente está a experimentar momentos de mudança ao nível da forma musical e de produto sonoro. S. revela conhecimento das canções, letras, refrões e autores. Quando começamos a cantar a “Cinderela” de Carlos Paião, S. acompanha e no final diz “Essa é do Carlos Paião. Morreu num acidente!”. Sendo devolvido que foi à muito tempo e S. menciona que ela era pequenina. No final da sessão cantámos “Na Cabana” de José Cid, e quando foi perguntado ao grupo sobre o que fala esta canção, S. prontamente diz que fala da praia, das gaivotas, outra participante menciona que fala da cabana e do amor, do amor na cabana, e S. ri-se.

Na 14^a sessão, S. menciona que este local é longe para ser visitados e que as tias vieram visitá-la e foram passear a Mafra. Inicia-se esta sessão com um MEMI e verifica-se uma mudança na intensidade e pulsação, com momentos de sincronia, alternância e escuta. No final verifica-se mais um momento de silêncio. Continuamos com EMR e S. acompanha vocalmente partes das canções e refrão.

Na 15^a sessão, o grupo começa a falar sobre quando eram pequenos e faziam “malandrices” como pôr os dedos nas fichas elétricas. S. relata uma história pessoal

sobre a sua infância quando estava na escola e a professora dar-lhe reguadas e de ela ter urinado. Revelando o medo e o receio da repreensão e a forma como isso ficou na sua memória.

S- houve uma vez na escola mijei-me toda.

Terapeuta – Foi? Como é que isso foi?

S- E a professora batia-me. A professora dava-me umas reguadas e eu quando chegava a escola mijava-me toda. E professora disse: então não tinhas casa de banho?

Na distribuição dos instrumentos S. fica com o teclado eletrónico com o som de piano. Iniciamos um MEMI e o grupo estava a ter momento de regulação da intensidade e sincronia afetiva com as dinâmicas musicais, jogos vocais, havendo momentos contínuos de alternância. S. entoa durante a improvisação e o grupo reconhece isso. Em seguida no MEMR, o terapeuta procurou integrar jogos vocais com “Apita o comboio”, e no final o grupo fica em silêncio e S. ri-se de satisfação. Um participante do grupo irrompe esse silêncio e o S. diz para ele estar quieto. Integramos esse momento para criar uma canção “Pára com isso”, continuando com os jogos vocais para envolver todos os participantes. Mencionando todos os participantes, inclusive o terapeuta. Nesta sessão foi observado que o grupo tem uma identidade. No fim da sessão S. conversa com o terapeuta sobre assuntos pessoais após grupo ter saído.

Na 16ª sessão, S. está tensa e não está envolvida, apesar de estar junto ao piano está incomodada. Reage na distribuição dos instrumentos impondo qual o instrumento que os outros devem ter. É proposta nesta sessão um conjunto de EMR no sentido de verificar, se conhecem as canções, e qual o impacto para cada um dos participantes. S. demonstra conhecer os autores das canções. Após cinco MEMR, S. irrita-se com o comportamento musical de um dos participantes e sai irritada, deixando o grupo ferido. O grupo clarifica que ela está assim porque está constipada e por esse motivo não pode participar em atividades externas às instituições.

Na 17ª sessão, foi alterado o local de intervenção para a outra sala e S. mantém a inquietação com o comportamento musical de um membro do grupo. Observa a sala e verifica pormenores que não estão bem. Começa a dizer que hoje não quer nada, mas aceita o tambor alternando com as maracas quando lhe é oferecido. O terapeuta inicia com MEMI e S. acompanha com o tambor e respostas não-verbais e verbais. Nas EMR, acompanha vocalmente e tem a tendência a distrair-se. No final da sessão foi proposto pelo terapeuta cantar “todo o tempo do mundo” e foi perguntado ao grupo de que falava esta canção. S. responde dizendo que fala do tempo do Rui Veloso, ao qual foi perguntado e como é o nosso tempo, e S. responde “No nosso tempo era criança.”, sendo devolvido como era para ela ser criança e S. diz “Era mais pequenina!”, “Ser criança é uma aventura...” mantendo-se em silêncio, entretanto, irrompe-o chamando a atenção ao comportamento dum participante.

Na 18ª sessão, S. menciona que está preocupada com o facto dos membros do grupo não estarem a horas para o grupo. Na distribuição de instrumentos segue para o teclado eletrónico com o som do piano. Continua a participar nas EMI e mostra-se interessada e completa os versos nas EMR, solicitando canções específicas.

Na 19ª sessão, S. menciona que foi passar a Páscoa com a família, e estava muito satisfeita, fazendo questão de partilhar isso no grupo, e aproveita para contar que foi ajudar a dar os pequenos-almoços e que ofereceu um tapete à irmã. Durante as EMI, S. acompanha com as maracas, voltando a um entusiasmo corporal de recorrer a coreografias, como se quisesse ampliar a sua própria experiência de criação. Quando lhe foi perguntado que canção gostaria de cantar, S. afirma que quer cantar a música do outro dia, a do José Cid, que tem a música decorada, e que gostava de ser ela iniciar.

Na 20ª sessão, dirige-se para o piano e quando se senta expressa uma sensação de desconforto doloroso resultado das suas costas, o que levou o terapeuta a dar uma atenção especial e S. diz que já falou com os terapeutas. Inicia a exploração do piano com repetição rítmica sem explorar alturas. Durante os MEMR acompanha com a voz e balanceia-se regulando com a pulsação rítmica das peças musicais. Antes de se dar início ao segundo MEMI desta sessão, S. propõe fazer uma música para um bebé. S. menciona que está a fazer uma música para embalar o bebé. E diz “Vês professor, estou a fazer devagarinho.” Envolvendo-se corporalmente como se estivesse a embalar um bebé durante o tema e começa a entoar. Termina perguntando se nós estávamos a gostar.

Dizendo que já adormeceu o bebê e deseja ir embora. No final da sessão levantou-se e começou a arrumar os instrumentos musicais.

Na 21ª sessão, na primeira improvisação foi espelhado ritmicamente o padrão de S. recorrendo a alternâncias e no 2º MEMI, com a estrutura de “blues”, S. toca piano e explora as tessituras e diferentes intensidades e pulsações mas procurando enquadrar a musicalidade na experiência musical do grupo, terminando com um grande sorriso de satisfação. No final desta sessão cantou-se a canção “20 anos de José Cid e S. acompanha vocalmente.

Impacto do processo na produção de respostas verbais e não-verbais no caso I

Para observação do impacto das RV e RNV, foi elaborado uma tabela onde se indica o número de sessão, os momentos de experiência musical realizados e assistidos, as RV e RNV, e a respectiva média entre as respostas e o número de MEM assistidos.

Tabela 2 - Média das RV e RNV observadas após os MEM por sessão (Caso I)

Sessão n°	Momentos de Experiência Musical de Recreação						Momentos de Experiência Musical de Improvisação					
	Realizados	Assistidos	RV	%	RNV	%	Realizados	Assistidos	RV	%	RNV	%
1	0	0	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-
2	7	7	2	0,286	0	0,000	1	1	0	0,000	0	0,000
3	5	0	0	-	0	-	4	0	0	-	0	-
4	1	1	0	0,000	0	0,000	3	3	1	0,333	2	0,667
5	0	0	0	-	0	-	4	4	3	0,750	2	0,500
6	6	6	2	0,333	2	0,333	3	3	0	0,000	3	1,000
7	2	2	1	0,500	0	0,000	3	3	1	0,333	2	0,667
8	0	0	0	-	0	-	3	0	0	-	0	-
9	1	1	0	0,000	0	0,000	5	4	1	0,250	1	0,250
10	1	1	0	0,000	1	1,000	2	2	0	0,000	2	1,000
11	5	5	3	0,600	1	0,200	2	2	0	0,000	1	0,500
12	5	5	2	0,400	3	0,600	3	3	3	1,000	3	1,000
13	6	6	4	0,667	2	0,333	4	4	1	0,250	0	0,000
14	6	6	2	0,333	1	0,167	1	1	0	0,000	0	0,000
15	2	2	0	0,000	0	0,000	4	4	1	0,250	2	0,500
16	14	5	2	0,400	1	0,200	1	0	0	-	0	-
17	1	1	1	1,000	1	1,000	3	3	0	0,000	1	0,333
18	4	4	1	0,250	0	0,000	2	2	1	0,500	1	0,500
19	1	1	0	0,000	0	0,000	3	3	1	0,333	2	0,667
20	5	5	3	0,600	2	0,400	2	2	1	0,500	1	0,500
21	3	3	0	0,000	2	0,667	4	4	1	0,250	1	0,250
Totais	75	61	23		16		57	48	15		24	

Para facilitar o visionamento elaborámos dois gráficos, ilustração 7 e 8, onde relacionámos as médias das RV e RNV pelos MEM assistidos. Nestes gráficos foram retiradas as sessões onde o participante não esteve presente. No gráfico relativo às repostas após o MEMR (ilustração 7), verifica-se a existência gradual de RNV entre a 10^a e a 17^a sessão. Ao nível das RV observa-se a presença das mesmas entre a 11^a e a 20^a sessão.

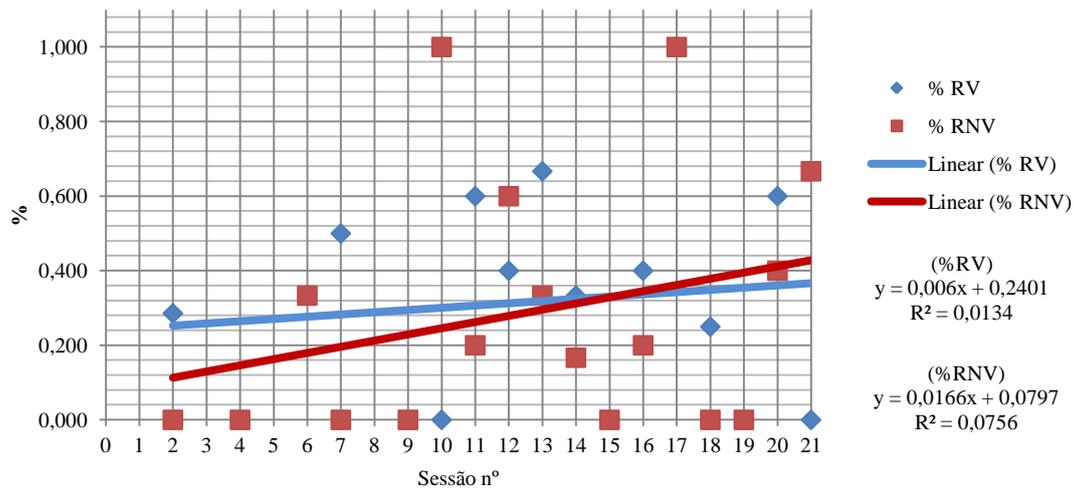


Ilustração 7 - Média das RV e RNV observadas após os MEMR por sessão (Caso I)

No gráfico relativo à média de respostas após o MEMI ao longo das sessões (ilustração 8), verifica-se a existência de um maior número de RNV entre a 5ª e a 12ª sessão, e entre a 17ª e a 21ª. Ao nível das RV observa-se algumas reações entre a 4ª e a 7ª sessão e entre a 13ª e a 19ª sessão. Comparando constata-se um maior número de RNV que RV.

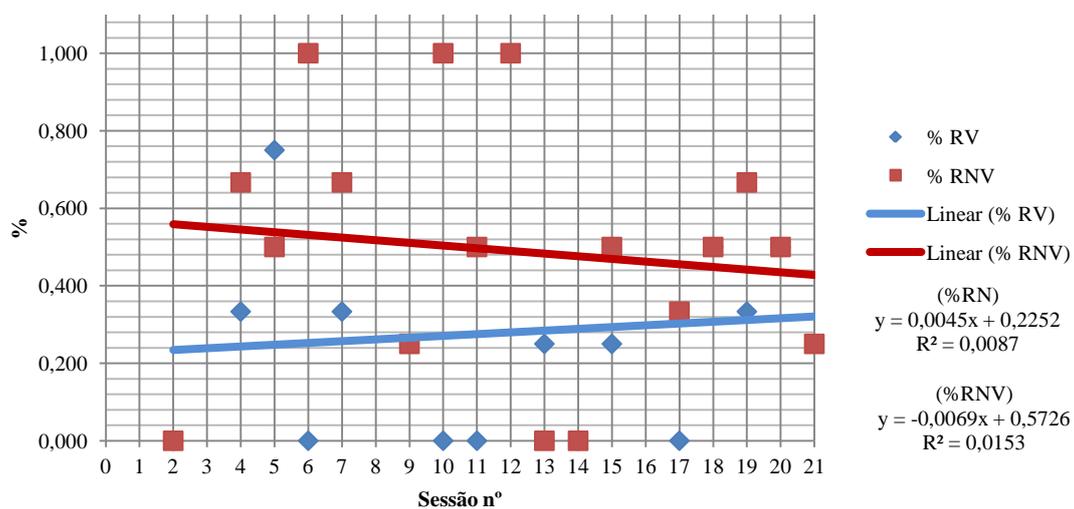


Ilustração 8 - Média das RV e RNV observadas após os MEMI por sessão (Caso I)

Pelo observado no processo, verifica-se neste caso, que o envolvimento qualitativo no MEMI, facilitaram um gradual aumento da produção verbal explícito, como o aumento das RV ao nível de MEMI entre a 12^a e 17^a sessão.

Análise e discussão de resultados

Em relação ao caso I, observamos emergência de aspectos criativos e autênticos, recorrendo à voz, experienciando cantar, e a uma vasta memória episódica em relação ao repertório musical. Consideramos que a intervenção teve impacto ao nível da confiança, aceitação dos processos de desconforto que S. experienciou sobre a sua vida na instituição e com a família.

Durante o processo mostrou momentos de raiva, zanga, frustração, o que lhe aumentava a reactividade e a sua oscilação de humor. Direccionando para o terapeuta conteúdos de agressividade resultante de falta de experiências de confiança na construção da relação. O qual foi transformado nas improvisações musicais que estavam de acordo com o estado emocional de tensão e ameaça e regulados através de processos de “*attunement*”, onde se verifica o envolvimento corporal e as suas coreográficas e o espelhamento por parte do terapeuta.

Winnicott (2012) refere que no jogo existe envolvimento corporal que resulta da manipulação dos objectos e um intenso interesse que estão associados a certos aspectos de excitação corporal. No piano mostrou o quanto estava rígida e fixa a padrões estereotipados de ritmicidade. Esta rigidez rítmica, levou-a a partilhar no grupo um aspecto de sintoma fisiológico da repetição, reconhecendo aspectos sintomatológicos da sua experiência. Para sair desta invariância, procuramos integra-la com apoio melódico da voz e sua fluidez. Esta voz é ponte de relação com os outros e sente satisfação nas suas improvisações vocais.

Observa-se, desde o início, a aparecimento do tema do cuidado, de fazer devagarinho, mostrando-se como “bem comportada”, em contraste com as oscilações de humor do estado descontrolado e agressividade. Com a regulação e aceitação deste aspectos de conflito, e do aumento da confiança no processo de grupo e na relação com o terapeuta, foi emergindo um lado cuidador. Da temática do lado cuidadoso, foi emergindo algo que cuidar, um bebé. Surge ainda, na última fase, que S. mostra uma

criança que se “aventura em ser criança” a quando da EMR “Todo o tempo do mundo”. No final deste processo de embalo, surgiu um jogo dramático, combinando a experiência musical activa como forma de enfatizar um embalo de um bebé, enquanto cantava e criava uma música. Os serviços clínicos da instituição informaram que em abril diminuiu a dosagem da sua medicação.

Estabelecendo uma relação entre a descrição do processo e os dados ao nível da produção de respostas verbais e não-verbais, verificamos uma tendência para o aumento do envolvimento do discurso verbal e não-verbal em relação às EMR. Observamos ainda uma relação entre as EMI, uma presença das reações não-verbais e uma mudança para um do conteúdo verbal. À luz da teoria do desenvolvimento pré-verbal (Stern, 1998) observamos a passagem de uma matriz de pensamento implícito refere-se a um “*self-sense*” que não é simbólico, para a matriz de pensamento explícito é verbal, simbólica e consciente.

Considerando os objetivos terapêuticos para o grupo, concluímos que neste caso, existe um aumento da partilha de experiências evidências em relação à musica e aspectos autobiográficos e de identidade ao nível verbal, e de ressonância psicofisiológica e diminuição das tensão ao nível não-verbal. Observamos ainda o desenvolvimento de aspectos de exploração e criatividade.

Estudo de Caso II

Historial

R., sexo masculino, de 55 anos, solteiro, sem filhos, residia com uma sobrinha, marido e filho desta, por quem tem um especial afeto, e um irmão de 48 anos com deficiência mental grave.

Reside na instituição desde Outubro de 2009. A razão deste internamento deve-se ao facto de existir falta de condições da família em prestar apoio face ao agravamento da sua situação de saúde. Tem autonomia na residência, precisado de algum apoio. Em relação ao suporte familiar, a irmã e cunhado visitam-no com regularidade. O irmão e sobrinhos visitam-no esporadicamente.

Frequentou o Colégio de Ensino Especial até aos 14 anos, tendo completado o 4º ano do 1º ciclo. Como atividade profissional, teve experiências de ajudante de pedreiro e padeiro. Em 2009, foi vigilante no período noturno, não tendo contrato nem cobertura da segurança social.

No 1º internamento, no Hospital de Santa Maria, em 2008, apresentava alterações ao nível da memória, alterações do comportamento com labilidade emocional, com oscilações ao longo do dia. No período noturno tinha manifestações de choro recorrentes, alterações ao nível da orientação espacial e temporal, assim como períodos de desorientação autopsíquica⁶.

Em Janeiro de 2009, é internado no Hospital Pulido Valente, por motivos de confusão mental com défice de memória, períodos de discurso delirante, comportamentos alcoólicos, tabágicos e alterações do comportamento.

Ao nível do teste *Mini Mental State Examination*, apresentam uma inexistência de défice cognitivo de grosso modo, mas com dimensões de memória de evocação (acesso e produção de informações já armazenadas), habilidade construtiva afectadas

⁶ Chama-se desorientação autopsíquica, quando o sujeito não tem a consciência lúcida em relação à noção do eu, isto é, não fornece ele próprio dados de sua identificação pessoal, revelando não saber quem é, ou como se chama, que idade tem, qual a sua nacionalidade, profissão, estado civil, etc.

(lesões parietais direitas), e orientação no espaço e no tempo, afectadas. No desenho do relógio coloca os números apenas do lado direito da figura, fenómeno que ocorre quando existe heminegligência, Este acontece após lesões neurológicas graves caracterizando pela perda da consciência para estímulos sensoriais localizados especialmente ao lado contra lesional. Apresenta também um défice no sentido de orientação e no comportamento exploratório a ele associado. No teste TONI 2 (*Test of Nonverbal Intelligence*), apresenta dificuldades nas áreas expressivas e emocionais.

Foram diagnosticados neurosífilis, metabolismo crónico, hipertensão, obesidade crónica, compulsão alimentar, problemas de comportamento e socialização, e alcoolismo.

Apresenta co morbidade com quadro de perturbação mental com sintomas de sentir coisas que não estão presentes, ter momentos de desconfiança, sentir-se muito excitado e agitado. Tem períodos de mania que ocorrem da doença denominada de bipolar.

Ao nível da atividade ocupacional o seu desempenho encontra-se condicionado por alterações de competências cognitivas, necessitando de supervisão para gerir adequadamente a sua pessoa e bens, e as suas atividades de vida diária, nomeadamente ao nível da higiene pessoal. Presta ajuda no serviço do bar da instituição e frequenta hidroginástica, atividades de mobilidade, e a unidade de atividades de tempos livres.

Ao nível de actividades de lazer gosta de ver televisão, especialmente futebol. Aprecia estar ocupado e colabora ao nível das tarefas propostas, mostrando ansiedade quando não consegue cumprir.

Ao nível da prescrição farmacológica está medicado com Risperidona 3 mg.

Observação inicial nas sessões de musicoterapia

Motricidade: apresenta capacidades de locomoção e capacidades preceptivas no contacto mão olho, capacidade para resposta motora baseada no input visual e auditivo. Estabelece envolvimento de movimento corporal rítmico em relação a atividades rítmicas. Apresenta coordenação motora com características de mudança entre forte e

fraco e acompanha endurances rítmicos. Tem capacidades de motricidade fina (agarrar, puxar e segurar).

Comunicação: tem boa expressão verbal, compreensão, e recorre a linguagem expressiva com recurso a altura, volume, qualidade, e alguma velocidade de discurso. Não apresenta linguagem invulgar ou estereotipada. Ao nível da comunicação não-verbal e linguagem corporal apresenta-se com limitações de expressão, tendo somente expressão fácil com ressonância emocional quando envolvido em atividades de jogos rítmicos. Estabelece ocasionalmente contacto ocular com o terapeuta e com os restantes membros do grupo.

Cognitiva: compreende palavras, linguagem e letras das canções. Mantem a atenção durante os momentos de partilha verbal e refere assuntos associados a memórias da historia pessoal de outros elementos do grupo.

Afectivo/emocional: tem expressões apropriadas e congruentes com o seu estado emocional, demonstrando irritação, desconforto, prazer e satisfação quer com as atividades quer com outros elementos do grupo. Tem a capacidade de se expressar verbalmente no grupo mas com dificuldade de contacto emocional. As verbalizações são de carácter descritivo de assuntos como tarefas, horários, historias de outros elementos e acontecimentos do dia-a-dia da instituição.

Social: tem consciência de si, dos outros, do ambiente e estabelece relações interpessoais com os outros elementos do grupo, tendo períodos de isolamento durante a atividade musical. Tem respeito e reage de forma apropriada com as figuras de autoridade. Ao nível da qualidade e quantidade de interações com os elementos do grupo apresenta-se com oscilações de controlo e de reatividade para com alguns participantes, apresentando alguma agressividade verbal para com alguns participantes.

Comportamento: ao nível do relacionamento interage positivamente com o terapeuta e com alguns elementos do grupo. Assume o papel de líder ao nível do discurso verbal. É cooperante e participa nas propostas de atividade musical, e apresenta um comportamento adaptativo, permanecendo na sala, sentado, e acompanhando e reforçando propostas musicais de outros elementos do grupo. Parece motivado e participante e envolvido na atividade, sendo que permanece preocupado com as suas obrigações das tarefas de apoio ao bar da instituição.

Lazer: refere que aprecia ver jogos de futebol e ver televisão. Participa em atividades recreativas quando lhe solicitado.

Dimensões musicais observadas na fase de avaliação

Voz/vocal: tende a participar ligeiramente a cantarolar, murmurando algumas partes da letra das canções. Tem dificuldades de afinação e de estar no centro tonal nas canções.

Ritmo e percussão: escolhe o instrumento que quer tocar (clavas) e reproduz padrões rítmicos permanecendo no mesmo com algumas alterações. Mantem esta escolha de instrumentos por ser a referenciada pelo antigo professor de música. Não escolhe nem diversifica a escolha de instrumentos durante as sessões. Mantem o ostinato rítmico e acompanha as mudanças rítmicas sugeridas pelo terapeuta com recursos a estímulos auditivos e visuais, tendo períodos que estabelece contacto não-verbal durante a execução musical.

Preferências musicais: nas primeiras sessões de observação as preferências musicais foram baseadas no repertório musical de canções populares portuguesas.

Perceção musical: discrimina ocasionalmente padrões melódicos, rítmicos e estruturas harmónicas das canções.

Experiências musicais de recreação: Participa no grupo envolvendo-se ocasionalmente no refrão. Procura afinar durante o refrão.

Experiências musicais de improvisação: Escolhe o instrumento que quer tocar (clavas) e demonstra interesse em participar acompanhando sempre as propostas do terapeuta e do grupo. Ocasionalmente estabelece contacto não-verbal durante a execução musical com o terapeuta. Mantem a pulsação e o padrão de ostinato rítmico, tendo momentos em que improvisa ritmos saindo do seu ostinato. Segue o ritmo do grupo e do terapeuta. Não escolhe instrumentos de improvisação melódica (xilofone, jogos e sinos e piano). Sente satisfação nas variações rítmicas. Interage ocasionalmente com outros membros do grupo através da observação durante a improvisação.

Processo individual no grupo

Passamos agora a descrever o processo de R. no grupo e apresentação de algumas vinhetas transcritas do visionamento do vídeo.

Na 2ª sessão da 1ª fase, revela cordialidade e apresenta elogios para alguns membros do grupo, tendo a necessidade de monopolizar a conversa falando de assuntos relacionados com outros participantes. Como esta sessão foi realizada em Dezembro, R menciona que quando vai a casa, é uma alegria para ele e partilha a forma como veio para esta instituição, no final da sessão considera que é bom cá estar. Do ponto de vista musical participa pontualmente com a voz acompanhando ritmicamente de forma rígida as experiências de recreação musical.

Na 3ª sessão, no final da segunda improvisação, mostra bastante satisfação. Por motivos da interrupção pela entrada de M., no meio da sessão, R. mostra desagrado. M. pede a atenção total do terapeuta e R. mostra aversão pela situação. M. menciona que vai passar o natal a casa dizendo: “amanhã!”. R. diz lhe que isso não é assim e que ele sabe quando vai a casa “vou amanhã às onze horas!”. R. demonstra que não consegue compreender como M. está a sentir-se. M. dirige-se ao terapeuta dizendo que “vai amanhã! O R. não!” dizendo que ele é “chato”. R. entra em conflito reagindo de forma agressiva, “eu não sou menino, sou homemzinho! Sou mais velho que tu!”, desviando o olhar como forma de controlar a sua irritação. Continuámos com EMI e R. ficou menos inquieto. Ao longo da sessão, tem momentos em que olha para o relógio mostrando a inquietação de não chegar tarde ao bar, local onde colabora.

Na 4ª sessão, partilha com o grupo que com a passagem do ano estamos a ficar mais velhos e aproveitamos para saber a sua idade, o dia de aniversário e o local onde vivia antes de vir para a instituição. Começa a querer partilhar no grupo alguns aspectos pessoais sobre a sua identidade. Após as primeiras improvisações, distribui o olhar, durante e no fim das experiências musicais, mostra respostas tónicas e psicofisiológicas de satisfação e alívio, e verifica-se momentos de mudança rítmica, sincronia, atenção, contacto e prazer. No final das improvisações mostra satisfação na antecipação do final com os jogos rítmicos. Nesta 1ª fase, R, mostra por um lado uma atitude de agressão a alguns elementos do grupo, e por outro a tentativa de se diferenciar no grupo pela forma como se relaciona com o terapeuta.

Na 2ª fase, 5ª sessão, R. partilha com o resto do grupo, acontecimentos sobre o fim-de-semana, partilhando com algum desagrado o que aconteceu, revela aspectos de pertinência estética e valores da relação humana.

R – Tiveram aí a cantar e eu mandei-os calar... Pimba! Pimba!...

(...) Vieram aí umas pessoas e não sabem trabalhar com as pessoas

Terapeuta – Bastava perguntar.

R – Eu não entrei no esquema.

S – Foram cantar lá para cima para os quartos.... Para os... Que estavam na cama.

R – Depois era a tocar, era truca truca truca. São pessoas novas. Tiveram cá uma semana.

S – Pessoas novas. Foi uma semana. Entravam nos quartos e foi tumtumtumtumtuut.... Era um ruído!....

Durante as improvisações, continua a contactar com a sua experiência interna e mostra gosto. Na última improvisação, e após ter escolhido o jogo de sinos mostra que fica satisfeito com a forma como cria. No final da sessão, menciona a sua apreciação da sessão dizendo “Hoje foi bom!”

Na 6ª sessão, após uma experiência de recreação musical, “Todos me querem!”, iniciámos uma temática, na qual R partilha sobre a sua percepção de querer estar sozinho e deste modo pode fazer a sua vida à vontade, tomar as decisões que quer, e que para ter companhia arranja um animal de estimação pois considera-os mais leais que as pessoas. Com a ideia de animal de estimação começa a partilhar a importância da lealdade, segurança, confiança das relações, a procura da presença e da companhia. Menciona que na instituição existem dois gatos e que o dinheiro da horta é para comprar comida para eles afirmando que “Aqui ninguém passa fome”. Ainda durante esta sessão, existe um MEM, no qual R solicita pede a N e a Ro, para tocar com menos força. Para que todos possam ouvir. Como se desejasse que todos possam ser escutados. Foi devolvido que podemos tocar com a intensidade e/ou usar a voz como quiséssemos, de modo a mostrar que este grupo é um espaço de liberdade expressiva. Em seguida começamos num jogo

rítmico catártico com recurso à voz. R. aderiu ao jogo com entoação vocal e mostrou apreciação. No final da sessão partilha verbalmente que: “Fez bem à garganta!”

Na 7ª sessão, R. inicia uma improvisação com o jogo de sinos e durante estas foi observado contacto com a experiência musical, estando atento às mudanças de intensidade, da pulsação temporal, do ritmo e duração. No final mostra satisfação com as improvisações quer ao nível verbal e não-verbal. Quando numa proposta de EMR, “Rosa arredonda a saia”, por parte de outro membro do grupo, R mostra que está saturado de cantar aquela música. Dizendo: “O disco está riscado. Á segunda-feira é sempre isto!”. Porém não apresenta sugestões. No final da última improvisação fica com a pandeireta e mantém uma estrutura e pulsação segura.

Na 8ª sessão, inicia-se uma improvisação em ostinato rítmico. Neste MEM foram visíveis momentos de sintonia, correspondência, espelhamento, alternância e sincronia. Após este MEM, R. mostra respostas não-verbais de sensação de alívio e relaxamento. Ao nível verbal não se verifica qualquer reação. Em seguida R. recorre ao pau de chuva para criar ambiente numa improvisação de alguma intimidade.

Na 9ª sessão, fica com o tambor e mantém o contacto e a presença na relação musical, apreciando a relação onde está estabelecida a intensidade, a pulsação temporal, o ritmo, a duração e a forma das estruturas rítmicas. Durante as partilhas verbais que surgem no grupo mostra sentido de humor. Ao nível verbal não se observam qualquer reações após as experiências musicais aguardando que o verbal surja do grupo para interagir.

Esta 2ª fase onde são consideradas da 5ª à 9ª sessão, destaca-se as respostas não-verbais e a forma como o processo da relação musical está a trazer alguns movimentos como gestos, as primeiras entoações de expressão emocional, persistência nas repetições e acompanhamento na intensidade, pulsação e duração. De forma implícita as respostas verbais e os processos de relação musical estão a trazer uma matriz de pensamento ao nível do “*self-sense*”.

Na 3ª fase, inicia-se um processo de alternância entre EMI e EMR, nas quais R. participa com instrumentos rítmicos e melódicos, destacando-se a sua capacidade para iniciar e terminar algumas experiências musicais, bem como recorrer à voz para entoar ou cantar algumas partes das peças musicais de recreação.

Na 12ª sessão começa a partilhar a apreciação por alguns membros do grupo, no dia-a-dia da instituição.

R – Sabe a S. desde o primeiro dia é uma pessoa que gosto. Falou comigo e é uma pessoa que trabalha aqui...ajuda as pessoas! Há uma menina que é a P ... Dá-lhe de comer e tudo.

[S. sorri e reconhece ser elogiada]

R – De manhã está sempre a dar o pequeno-almoço ao pessoal.

Em seguida começamos a improvisar, e reconhece que fizemos algo de bonito, com entoações por parte de S., R reconhece e elogia. Partilha ainda que a única coisa em que pensa é no trabalho. E comenta “ – Ao princípio é sempre assim... Convidaram-me para trabalhar no bar... E perguntaram-me se eu sabia. Eu disse que sim! É sorridente cá fora! A B. diz que eu sou uma pessoa ideal para estar no bar. Estava lá outro que não sabia tirar café e ia sair do balcão. Passado um mês ou dois chamaram-me para o bar.” Para ele, é importante ter um comportamento no bar e outro quando está fora do bar. Deste modo, revela o diferente tipo de papéis sociais que tem de acordo com as tarefas que lhe solicitam. Sendo significativo que começa a identificar quais as emoções que podem ou não ser partilhadas com os outros, os contextos e a necessidade de negociar o ambiente socio-emocional na instituição. No final desta sessão partilha que gosta das nossas sessões. Fazendo uma analepse com as experiências musicais e o tipo de relação que tinha com o professor do grupo de música anterior, menciona que tinham duas vezes por semana. Como se desejasse que estes momentos acontecessem mais vezes durante a semana.

Na 13ª sessão, R. participa com grande envolvimento em todas as experiências musicais, e revela recordar-se de letras de canções, entoando parte delas. Por vezes recorre aos colegas para saber se eles conhecem. Observa-se que está em contacto quando falamos sobre o tema das canções. Mostra alguma inibição na partilha verbal de sentimentos associados a relações íntimas. Como foi o caso da canção “Na cabana” de José Cid.

Na 14ª sessão, R. identifica-se e reconhece algumas das propostas de EMR por parte do terapeuta como “Vem viver a vida Amor”, “Cabana” de José Cid e “Cinderela” de Carlos Paião, entoando e acompanhando ritmicamente. Nas improvisações alterna padrões de ostinato rítmico, e começa a surgir o silêncio no fim das EMI. Aquando de

MEMR, por exemplo na peça “Na Cabana”, R. devolve ao grupo que estamos a melhorar, dizendo “isto devagarinho vai!”.

Na 15ª sessão, iniciámos com MEMI em silêncio, R. inicia no jogo de sinos, e procurando acompanhar o processo musical do grupo, revelando regulação da intensidade e sincronia afetiva. No 2º MEMI, procuramos recorrer a jogos vocais e R. menciona que o que falta é “uma cervejinha para afinar a voz”. No MEMR verifica-se que está síncronico com o grupo e participa nos jogos vocais. No final foi realizado um MEMI onde R. fica com o pau de chuva mantendo o ambiente sonoro e um pulsação muito estável.

Durante esta 3ª fase, continuámos com a introdução de EMR centradas na faixa etária do grupo, e observámos o surgimento de respostas verbais resultado da experiência musical. Mantendo as reações não-verbais de expressão facial de prazer e satisfação com a experiência.

Na 4ª fase, R. participa musicalmente no grupo de modo oscilante, passando de momento de cooperação e participação de forma compulsiva na sua performance musical, para momentos de isolamento musical ou posição de escuta, ou momentos de relação musical. Por vezes, acompanha vocalmente a letra das canções e menciona as suas preferências musicais ou histórias autobiográficas associadas. Destaca-se a escolha permanente do jogo de sinos nesta fase em detrimento de instrumentos rítmicos das fases anteriores.

Na 16ª sessão, R. parece estar isolado e a sua participação musical revela isso. Quando durante a sessão S. sai da sala irritada com N, fica preocupado e partilha com o grupo que, “ela está assim porque ainda não está curada da constipação”. R. fica incomodado com o comportamento de S. Nas EMR mostra conhecer algumas canções propostas. Entoando os versos e mantendo-se em silêncio após os MEM. Em relação a EMI propusemos um jogo de alguém iniciar e os outros seguirem. R participa mas sente inibição em cantar. Sendo apoiado pelo terapeuta no uso da voz a solo.

Na 17ª sessão, mudámos de sala, e R. tem uma participação muito compulsiva na sua performance musical, está preocupado com questões do funcionamento do bar e isso leva-o a expressar esse assunto no grupo. “Professor a máquina de café já esta boa! Já arranjaram e ficou a trabalhar bem ao fim de semana.”

Na 18ª sessão, R. partilha o seu interesse pelo futebol com o terapeuta e menciona o seu desconforto porque as pessoas não estão a horas no grupo, e com o tipo de conduta. Como se quisesse que o grupo participasse como ele, ao mesmo tempo como se a identidade do grupo só existisse com a presença de todos. E está preocupado com o facto de não existir ninguém para os ir buscar ou relembrar da hora.

S – Não vem hoje o N.?

R – O Ro há bocado estava na rua.

Terapeuta - Parece que não estamos completos. Há uns que querem vir outros que não querem vir. Há os que a gente se habitua.

[Silêncio]

Terapeuta – Parece que não estamos todos.

R – Pois!

Terapeuta - Sentimos falta deles.

R – Pois! Também não há ninguém para ir buscá-los.

Nesta sessão R. partilha que ouvia muita música na telefonia e que chegou a ver concertos de alguns dos autores das canções que cantamos aqui, bem como menciona onde, e como escutava a música, e quais as que aprecia. Exemplo disso foi mencionar que viu o Rui Veloso ao vivo mas que não se lembra de nenhuma canção. Quando questionado no ano em que isso aconteceu, refere que foi há muito tempo, quando era mais novo. Nesse momento, inicia-se um diálogo no sentido de enquadrar contextos e experiências musicais da sua história de vida, tendo momentos de analepse e de discurso narrativo sobre aspetos da sua identidade. Decorrendo deste espaço interno de discurso autobiográfico, observamos que um dado experienciado neste processo, está a acontecer no seu campo fenomenal., com as possibilidades de observação interna, por si e pelos outros. Continuando, menciona que ouvia fados à noite mas que tem dificuldade em recordar-se. Conclui esta sessão dizendo que “As canções antigas eram muito bonitas!”, como se estivesse em contacto com experiências de identidade da sua história pessoal.

Na 19ª sessão, foi identificada a necessidade de voltar a MEMI como forma de retornar a momentos de relação musical. Tendo ficado a maior parte da sessão neste tipo de experiência musical. Observa-se que o grupo está inquieto com o problema de não estarmos todos. No final solicitaram a canção do José Cid “20 Anos”. Na 20ª sessão R. não esteve presente.

Na 21ª sessão, R. menciona o seu desagrado pelo comportamento de alguns elementos do grupo no dia-a-dia da instituição, associando essa experiência com coisas da sua infância e seu pai. Menciona a sua correta conduta com o grupo e a instituição e sente o dever de defender a percepção que os visitantes têm da instituição. Sobre o comportamento de dizer asneiras, fala da forma como o pai colocava tento na língua. Com esta narrativa recorre a memórias da infância e da sua relação familiar.

Ao nível musical R. mostra dois momentos em relação a EMR e EMI. Ao nível da EMI, conseguiu-se, enquanto grupo e com os elementos presentes, ter um momento de improvisação musical, com espaços de evidência da alternância e sincronia. Em relação à EMR verifica-se que R. partilha com a colega que gosta da canção “Vem viver a vida amor”, mencionando com entusiasmo, a memória da sua apreciação e da sua experiência pessoal no grupo.

Terapeuta - Era essa? Ou era esta? ...vem... viver a vida amor....

R - É essa é que é bonita! S. esta é que eu gosto!...

Nesta 4ª fase, foi observado um crescimento do discurso verbal explícito, sobre o cuidado das condutas com o grupo por parte dos participantes, condutas pessoais na instituição e discursos associados a processos analépticos das suas memórias e identidade musical. Estas respostas verbais não aconteceram após os MEM, mas ocorriam antes ou depois dos mesmos.

Impacto do processo na produção de respostas verbais e não-verbais no caso II

Observando o impacto nas RV E RNV na tabela indicando o número de sessão, os momentos de experiência musical realizados e assistidos, e a respectiva média entre as respostas e o número de MEM assistidos. Verifica-se a existência de um grande número de RNV proporcionalmente às RV, quer ao nível dos MEMR, quer nos MEMI.

Tabela 3 - Média das RV e RNV observadas após os MEM por sessão (Caso II)

Sessão nº	Momentos de Experiência Musical de Recreação						Momentos de Experiência Musical de Improvisação					
	Realizados	Assistidos	RV	%	RNV	%	Realizados	Assistidos	RV	%	RNV	%
1	0	0	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-
2	7	7	3	0,429	0	0,000	1	1	0	0,000	0	0,000
3	5	5	0	0,000	1	0,200	4	4	0	0,000	2	0,500
4	1	1	0	0,000	0	0,000	3	3	0	0,000	2	0,667
5	0	0	0	-	0	-	4	4	2	0,500	1	0,250
6	6	6	2	0,333	5	0,833	3	3	0	0,000	3	1,000
7	2	2	0	0,000	1	0,500	3	3	1	0,333	2	0,667
8	0	0	0	-	0	-	3	3	0	0,000	3	1,000
9	1	1	0	0,000	0	0,000	5	5	0	0,000	3	0,600
10	1	1	0	0,000	1	1,000	2	2	0	0,000	2	1,000
11	5	5	1	0,200	2	0,400	2	2	0	0,000	2	1,000
12	5	5	0	0,000	2	0,400	3	3	2	0,667	3	1,000
13	6	6	1	0,167	5	0,833	4	4	0	0,000	2	0,500
14	6	6	3	0,500	4	0,667	1	1	0	0,000	0	0,000
15	2	2	0	0,000	0	0,000	4	4	2	0,500	3	0,750
16	14	14	1	0,071	1	0,071	1	1	0	0,000	0	0,000
17	1	1	0	0,000	0	0,000	3	3	0	0,000	0	0,000
18	4	4	2	0,500	3	0,750	2	2	0	0,000	2	1,000
19	1	1	0	0,000	0	0,000	3	3	0	0,000	3	1,000
20	5	0	0	-	0	-	2	0	0	-	0	-
21	3	3	0	0,000	2	0,667	4	4	1	0,250	1	0,250
Totais	75	70	13		27		57	55	8		34	

Visionando os gráficos onde relacionámos as médias das RV e RNV pelos MEM assistidos (ilustrações 9 e 10), no qual retirou-se as sessões onde o participante não esteve presente. Verifica-se no gráfico relativo às repostas e EMR (ilustração 8), a existência de RNV entre a 6ª e a 14ª sessão. Ao nível das RV observa-se a presença das mesmas entre a 6ª e a 14ª sessão, mas com uma tendência de decréscimo, nas restantes,

facto que consideramos associado a R. ter mais momentos de partilha autobiográfica e narrativa, como descrito no processo individual no grupo. Podemos observar um maior número de RNV do que RV.

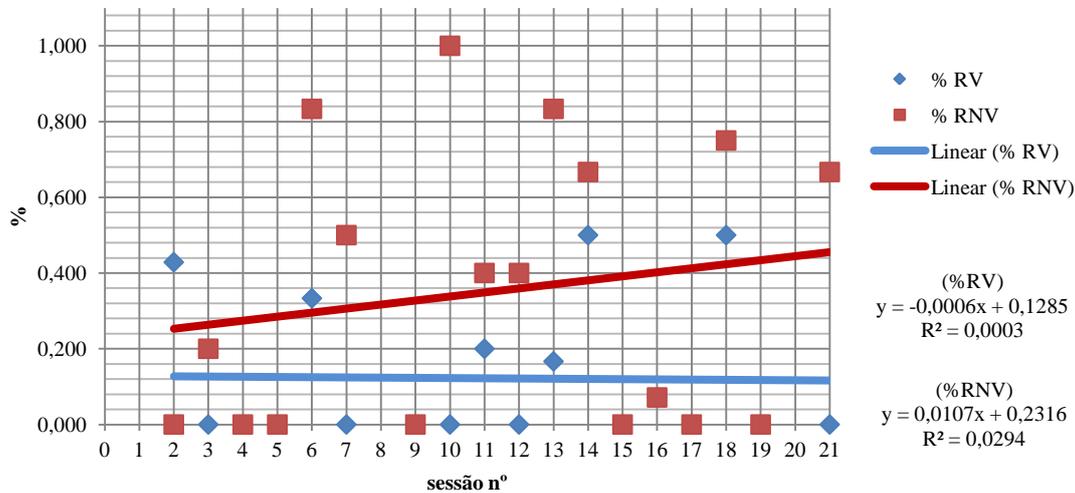


Ilustração 9 - Média das RV e RNV observadas após os MEMR por sessão (Caso I)

Em relação às RV e RNV após os MEMI, verifica-se a existe um maior envolvimento corporal e reação psicofisiológica, começando a ser visível a partir da 6ª sessão, e mantendo-se até a 19ª sessão ao nível das RNV.

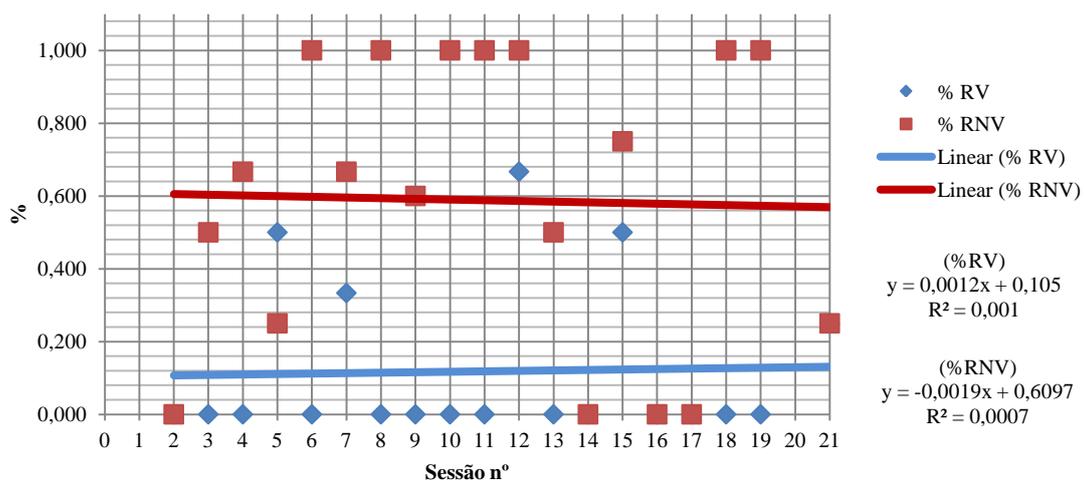


Ilustração 10 - Média das RV e RNV observadas após os MEMI por sessão (Caso I)

Entre a 5ª e 9ª sessão, verifica-se a existência de um maior nº de RV e RNV ao nível de MEMI em relação a MEMR. Situação que pode ser revista na descrição processo individual, onde foram trabalhados aspetos pré verbais através de jogos rítmicos e improvisações livres sem integração do novo reportório. Neste caso, verifica-se a existência de um maior número de RV ao nível das MEMR do que nas MEMI. O que indica que ambas as experiências musicais foram eficazes ao nível do envolvimento corporal e no jogo e facilitam a emergência de momentos de comunicação verbal.

Análise e discussão de resultados

O nosso estudo de caso II, R. mostrou a necessidade de perceber como construir uma relação de confiança. Procurando uma aliança com o terapeuta sobre o seu papel no grupo. Mostrando que era diferente dos outros. Inicialmente R. mostra ter um comportamento de “relator” de todos os assuntos do grupo, procurando contextualizar o terapeuta sobre os temas da instituição, os elementos do grupo, as suas visitas, a família, entre outros assuntos. Revela grande capacidade verbal e de conteúdo, mas mostra o padrão de necessitar de falar dos outros para falar sobre si.

Durante o início da intervenção R. escolhia as clavas para estar em grupo, mostrando um padrão rígido ao nível rítmico. Mantendo o mesmo modelo de participação que tinha com o grupo musical que frequentava anteriormente. Com a intervenção musicoterapêutica, foi experimentando momentos de relação de contacto e presença, o que facilitou o processo gradual de assuntos referentes a si e a exploração de outros instrumentos com características melódicas.

O seu primeiro assunto pessoal, surge com o tema do envelhecimento e de ir fazer mais um ano, fazendo sempre questão de mencionar que era o mais velho do grupo, como se para ele isso revelasse experiência e respeito.

Enquanto movimento de partilha de valores, R. partilha no grupo, comentando com o terapeuta um ideal de como “trabalhar” com as pessoas (5ª sessão), baseado no respeito. Nesta sessão reconhece que ficou satisfeito com o momento que estivemos juntos.

O seu segundo assunto pessoal refere-se ao facto de querer estar sozinho e viver desse modo. Partilhando que as pessoas magoam e que por esse motivo prefere estar

sozinho. Mostrando dificuldade em sentir bondade por parte das pessoas. Apesar da sua generalização reconhece que não gosta de se sentir abandonado, e prefere a companhia dos animais.

Na 3ª fase faz uma alternância na escolha dos instrumentos, entre o tambor, tamborim e o jogo de sinos. A sua participação nas experiências de improvisação mostra contacto com o controlo da intensidade, mudanças rítmicas, e fluidez na melodia. Começa a partilhar que sente apreciação por um elemento do grupo e pela forma como ela está com os outros. Reconhecendo que no grupo estão pessoas que estima, o que lhe permitiu espaço para partilhar com o grupo a forma como é reconhecido e valorizado pelos monitores da instituição no desempenho da sua atividade ocupacional. Neste momento sentimos que estávamos a contactar com memórias referentes ao passado recente.

Recorrendo a experiências de recreação começa-se a verificar alguns momentos de identificação com as suas recordações, bem como aspetos afetivos associados. Na 13ª sessão, revela inibição sobre a temática do amor. Na 14ª sessão, sente que o grupo está a ter um movimento de direção na qualidade das experiências musicais. Na 16ª inicia a sua experiência de estar a cantar a solo.

Na 18ª sessão mostra-se apreensivo e preocupado com o comportamento do grupo e pelo facto destes não estarem na sessão a horas, ou mesmo não aparecerem. Sente a falta. Podemos reconhecer aqui um pilar da história do grupo para R.. E a necessidade de o grupo ter uma continuidade e estrutura.

R. começa a autorreferenciar as experiências de escuta musical, contextualizando-os nos locais onde ouvia, começando a surgir aspectos da sua memória e partilhar as suas histórias fora da instituição. Este momento permitiu mostrar o interesse em organizar as suas narrativas autobiográficas no grupo.

Na última sessão surgiu a memória da sua infância e do seu pai, e a forma como os outros miúdos do seu tempo eram mal-educados e ele não. Reconhecendo-se como bem-educado e sem faltas de respeito. Preocupa-se como os outros vêem a instituição, o lugar onde vive.

Em relação ao caso II, podemos observar um grande benefício em ter no grupo de musicoterapia um espaço de apoio, caracterizado pela relação, criatividade e expressão não-verbal, e o trabalho efectuado ao nível pré-verbal com as improvisações. Na identificação do caso II, foi indicado défice na memória de evocação, bem como dificuldade nas áreas expressivas e emocionais. Podemos verificar que com o desenvolvimento da intervenção observámos um aumento das memórias de evocação, e ao nível das atividades musicais o desenvolvimento da expressão e partilha de aspectos emocionais. Ao nível comunitário foi referido pela equipa a notória mudança ao nível relacional. Os serviços clínicos da instituição informaram que em abril diminuiu a dosagem da sua medicação.

Discussão e Conclusão

Neste trabalho pretendíamos estudar o impacto da intervenção musicoterapêutica em grupo ao nível do desenvolvimento da expressão e comunicação, através de dois estudos de caso em pessoas adultas com deficiência intelectual, e observar as respostas verbais e não-verbais após os momentos de experiência musical de recreação e improvisação, bem como validar a importância da musicoterapia como intervenção que contribui como processo psicoterapêutico de pessoas de DI.

Considerando a hipótese teórica inicial, na qual a prática de intervenção musicoterapêutica recorrendo a experiências musicais (Bruscia, 1998) e ao conceito antropológico de criança-musico (Nordoff & Robbins, 1977), facilita o desenvolvimento dos aspetos do *self* subjetivo (Stern, 1995), baseado num quadro compreensivo sobre os processos de modelação e sintonia no desenvolvimento (Stern, 1998), do jogo, do lúdico e da criatividade de Winnicott (2012), da simpatia da ritmicidade (Trevarthen, 2009), da musicalidade comunicativa (Malloch, 2000), da intersubjetividade (Stolorow & Atwood, 1996), permitem uma abordagem terapêutica ao nível pré-verbal na improvisação musical (Hannibal, 2000), isto é, movimentos de relação interna psicoafectiva, experiencial e orgânica (Rogers, 2001), e a relação narrativa.

A musicoterapia em grupo, com recurso à improvisação facilita o desenvolvimento da comunicação não verbal, a expressão emocional positiva nas relações interpessoais, e a duração dos períodos de envolvimento (Gold et al., 2004); Roberts, 1996; Trevarthen e Aitken, 2001), os sentimentos de pertença, e os processos de comunicação (Wheeler et al., 2005).

No desenvolvimento das competências de expressão e comunicação no evoluir dos estudos de caso, verifica-se a existência de momentos de expressão emocional, momentos de contacto psicofisiológico ao nível verbal e não-verbal, e participação nos mecanismos pré-verbais (*sensação de si*) durante os momentos de experiência musical, e a partilha de experiências e vivências em relação a preferências musicais, como referência autobiográfica.

Ao nível das competências de relação e comunicação, verifica-se um aumento da participação nas experiências musicais de improvisação e na produção das RNV. Ao

nível da competência de relação observou-se momentos de partilha verbal das experiências, e processos de vinculação no grupo, e a qualidade expressiva das EMI.

A intervenção com recurso a improvisações rítmicas demonstra um maior envolvimento na experiência e duração confirmando outros estudos. (DiGiammarino, 1990; Bruscia, 1982; Wheeler, 1999; Holck, 2004; Nordoff-Robbins, 1977; Miller & Osmond, 1994 apud Luck et al., 2006).

A criação de condições favoráveis para a expressão livre na relação musical, facilitam a partilha vivencial das experiências, isto é, a expressão emocional. Criando esquemas de interacção com os outros (*schemas*) de-ser-com-outro (*of-being-with-another*) como refere Stern (1995, p.89).

A interacção na improvisação musical criou condições para momentos de encontro intersubjectivos. Por exemplo, quando surge o reconhecimento conjunto do encontro, da partilha no mesmo momento da experiência. Com a continuidade destas vivências, a relação aprofundou a sua intersubjectividade (Trolldalen, 1997).

Verifica-se que os sistemas intersubjectivos (Stolorow & Atwood, 1996) estão activados ao nível emocional durante o contacto de produção sonora entre os elementos do grupo na improvisação. A existência de padrões de conflito e tensão psíquica são patentes na matriz relacional da improvisação musical (Hannibal, 2000), mas pelo facto de a improvisação musical ser uma experiência neutra, permite aos participantes a regulação da tensão psíquica e emocional, permitindo encontrar e desenvolver padrões básicos de desenvolvimento e resolução de conflitos.

O trabalho de intervenção em musicoterapia ao nível pré-verbal (*self-sense*), isto é a matriz do pensamento que não é simbólica, permite ter contacto com estados internos (psicofisiológicos) e estar em relação com os outros. Facilitando a percepção da consciência corporal no individuo e da sua relação sociocorporal (com os outros e com o espaço). Recorrendo à produção de RNV, observa-se momentos de prazer e diminuição da ansiedade e tensão, tendo impacto ao nível do bem-estar físico.

Durante os momentos de improvisação musical, existem estruturas/esquemas baseados em memórias experienciais que permitiram regular a tensão interna. Por exemplo fazer jogos de antecipação com recursos a crescendos rítmicos.

Verifica-se ainda a existência de momentos de invariância rítmica (estruturas invariáveis na dinâmica, no tempo, no ritmo, no timbre, na harmonia e na melodia), nos processos relacionais musicais, como observou Hannibal (2000), concluindo que existem problemas da estrutura e esquemas do indivíduo e do grupo. Deste modo, criou-se momentos de negociação intersubjetiva, reagindo à intenção do outro e do grupo, da sua forma, do seu tempo, e do seu ritmo.

Nesta questão da invariância, foi tido em conta, os aspetos clínicos da repetição, e considerando o conceito da construção da cronobiologia intersubjectiva definida pelas qualidades expressivas, rítmicas e narrativas (Trevarthen, 2009), que facilitam os padrões de musicalidade comunicativa (Malloch, 2000), isto é o acompanhamento comunicacional da expressão corporal não-verbal por parte dos participantes e terapeuta, como acontecimentos narrativos emocionais de envolvimento, presença, e motivação.

A sintonia afetiva produzida nas improvisações musicais, permite “estar de forma contínua com o outro numa sensação de partilha de experiências internas semelhantes” (Stern, 1998, p.157) enquanto capacidade para seguir e sintonizar com os afectos vitais. Esta experiência foi trabalhada com recurso a técnicas de redirecção e empatia em improvisação, de forma a mostrar os aspectos experienciais da relação, isto é esquemas de relação e comunicação.

A exploração de processos de espontaneidade e criatividade na produção musical das experiências musicais, com recurso improvisação, jogos rítmicos, e jogos vocais, permitem que possam ser vividas como momentos de identidade e de criação. Observa-se que as experiências musicais da recreação musical, como cantar canções da identidade musical, confirmam os estudos anteriores (Clark & Harding, 2012), pois verifica-se alterações do humor, diminuição da ansiedade, aumento da motivação, e experiências de cooperação grupal (Boxill, 1985; Grant, 1989; Krout, 1986; Lathom, 1981a, 1981b; Nocera, 1979, apud Peters, 1987).

Por este facto constata-se que intervir ao nível da improvisação musical para facilitar os processos pré-verbais em relação, revela ter impacto no jogo musical. No entanto, considera-se que nas experiências musicais de recreação, para além do conteúdo cognitivo e identitário, são momentos que, recorrendo a técnicas de transição

ou desconstrução musical, oferecem ferramentas de observação e permite transformar os aspetos psicológicos da invariância, estando em contacto com o “eu subjetivo” dos participantes.

Observou-se que a intervenção com momentos de experiência musical de improvisação facilita a experiência intersubjectiva na relação não-verbal, quer no nível individual, quer ao nível das relações interpessoais. A vivência destas experiências permitem o estabelecimento de modo de estar em relação, criando condições internas e interpessoais de contacto psicológico com a experiência criativa e activa de fazer música.

Verificou-se que existe uma maior produção de RNV em ambos os estilos de EMR e EMI, e que existe um maior número de RV ao nível das EMR. O que leva a concluir sobre a eficácia da complementaridade entre estas experiências musicais e as técnicas de transição.

Existem algumas limitações neste trabalho que se reportam ao processo de recolha de dados no visionamento de vídeos e da equipa terapêutica. Ao nível do preenchimento da grelha de observação, ferramenta para observação do movimento do grupo e dos participantes a longo prazo, que enumera quantitativamente os momentos de experiência musical e as respostas imediatas ao nível verbal e não-verbal, deve ser preenchida por um conjunto de terapeutas para validar os comportamentos observados. Ao nível da equipa terapêutica, podia ser composta por dois elementos para facilitar o trabalho quer ao nível da intervenção quer ao nível da observação. Como à semelhança do modelo de musicoterapia criativa de Nordoff e Robbins (1977).

Outra limitação que consideramos neste estudo, resulta do número de sessões observadas (21 sessões), o que recomendamos que em futuros estudos e intervenções com recurso a esta metodologia de intervenção tenham pelo menos 30 a 40 sessões.

Este estudo contribuiu para a musicoterapia no sentido de facultar uma reflexão sobre a complementaridade entre a abordagem centrada na pessoa e os contributos psicodinâmicos na dimensão orgânica da comunicação não-verbal e dos processos de desenvolvimento. Por outro lado, a criação da estrutura de sessão e respectiva grelha, permitiu contribuir com observações longitudinais, especificando as atividades musicais em momentos de experiência musical, o que pode ser observado na sua singularidade

com as suas características: a escolha de instrumentos musicais, a duração temporal, tipo de atividade musical, o proponente, as técnicas de acompanhamento musicoterapêutico por parte do terapeuta e respostas verbais e não-verbais por participante.

A Musicoterapia contribui como processo psicoterapêutico de pessoas de DI porque enquanto espaço contendor e de intimidade, facilita a oportunidade de re-experienciar e/ou experienciar, modos de relação e ajudar à transformação do “*sense of self*”. A musicoterapia oferece um lugar onde brincar permite estar em relação autêntica, ao nível pré-verbal e verbal, o que tem impacto na expressão de sentimentos e na vivência do mundo emocional individual, e experiência socioafectiva de grupo (Watson, 2007).

Referências

- Aldridge, D. (2005). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health*. Jessica Kingsley Publishers.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). The concept of coping: a theoretical review. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294. <http://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Ansdell, G. (1995). *Music for Life: Aspects of Creative Music Therapy with Adult Clients*. J. Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. O. (1981). *Manual de musicoterapia*. Paidós.
- Bion, W. R. (2004). *Experiences in Groups: and Other Papers*. Routledge.
- Blacking, J. (1974). *How Musical is Man?* University of Washington Press.
- Blasco, S. P. (1999). *Compendio de musicoterapia*. Herder.
- Bonde, L. O., & Wigram, T. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Borczone, R. (1997). *Music Therapy: Group Vignettes*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvitational models of music therapy*. C.C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1996). *Case Studies in Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music Therapy: An Art Beyond Words*. Routledge.
- Carulla, L. S., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S.-A., Leal, R., Bertelli, M., ... others. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175–180.

- Cave, N. (2013). Push the sky away. (Gravado por Nick Launay, Nick Cave and the Bad Seeds). *Push the sky away* [CD]. La Fabrique, Saint-Rémy-de-Provence, França: Bad Seed Ltd. (2012)
- Clark, I., & Harding, K. (2012). Psychosocial outcomes of active singing interventions for therapeutic purposes: a systematic review of the literature. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(1), 80–98. <http://doi.org/10.1080/08098131.2010.545136>
- Cognitive Deficits. (2014). Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/917629-overview>
- Davies, A., & Richards, E. (2002). *Music Therapy and Group Work: Sound Company*. Jessica Kingsley Publishers.
- Definition: intellectual disability. (n.d.). Retrieved September 15, 2014, from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
- Dias, S. de S., & Oliveira, M. C. S. L. de. (2013). Intellectual disability according to the cultural-historical approach: a path to adult development. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 19(2), 169–182. <http://doi.org/10.1590/S1413-65382013000200003>
- Erskine, R. G. (1998). Attunement and involvement: Therapeutic responses to relational needs(*). *International Journal of Psychotherapy*, 3(3), 235.
- Fink-Jensen, K. (2007). Attunement and Bodily Dialogues in Music Education. *Philosophy of Music Education Review*, 15(1), 53–68.
- Flynn, A. G. (2012). Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(5), 342–347. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328355e196>
- Fonseca, A. F. da. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia: I volume*. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Foulkes, S. H. (1983). *Introduction to Group Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups*. Karnac Books.
- Freire, P. (1972). *Pedagogia do oprimido*. Afrontamento.
- Gillberg, C., & Soderstrom, H. (2003). Learning disability. *Lancet*, 362(9386), 811–821. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14275-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14275-4)
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207.
- Gold, C., Voracek, M., & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(6), 1054–1063. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x>
- Goldberg, M. F. S., McNeil, D. E., & Binder, R. L. (1988). Therapeutic factors in two forms of inpatient group psychotherapy: Music therapy and verbal therapy. *Group*, 12(3), 145–156.
- Hannibal, N. (2000). *Præverbal Overføring i Musikterapi*. Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet. Retrieved from [http://vbn.aau.dk/en/publications/praeverbal-overfoering-i-musikterapi\(cd47eed2-af25-43f4-b778-53dc40f50dde\).html](http://vbn.aau.dk/en/publications/praeverbal-overfoering-i-musikterapi(cd47eed2-af25-43f4-b778-53dc40f50dde).html)
- Hannon, L., & Clift, J. (2010). *General Hospital Care for People with Learning Disabilities*. John Wiley & Sons.
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2008). Coping Strategies of Adults with Mild Intellectual Disability for Stressful Social Interactions. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1(2), 109–127. <http://doi.org/10.1080/19315860801988426>
- Hartley, S. L., & Maclean, W. E. (2009). Depression in adults with mild intellectual disability: role of stress, attributions, and coping. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 147–160. <http://doi.org/10.1352/1944-7588-114.3.147>
- Hatton, C. (2002). Psychosocial interventions for adults with intellectual disabilities and mental health problems: A review. *Journal of Mental Health*, 11(4), 357–374.

- Heimlich, E. P., & Mark, A. J. (2012). *Paraverbal Communication with Children: Not through Words Alone*. Springer Science & Business Media.
- Holck, U. (2007). An ethnographic descriptive approach to video microanalysis. *Microanalysis in Music Therapy: Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, 29–40.
- Hollins, S., & Sinason, V. (2000). Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 32–36. <http://doi.org/10.1192/bjp.176.1.32>
- Hooper, J., Wigram, T., Carson, D., & Lindsay, B. (2008). A Review of the Music and Intellectual Disability Literature (1943–2006) Part Two—Experimental Writing. *Music Therapy Perspectives*, 26(2), 80–96. <http://doi.org/10.1093/mtp/26.2.80>
- Hurley, A. D. (2006). Mood disorders in intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 465–469.
- Hurley, A. D., Tomasulo, D. J., & Pfadt, A. G. (1998). Individual and Group Psychotherapy Approaches for Persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10(4), 365–386. <http://doi.org/10.1023/A:1021806605662>
- Jansen, D. E., Krol, B., Groothoff, J. W., & Post, D. (2004). People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(2), 93–102.
- Kelly, A. (2001). *Working with Adults with a Learning Disability*. Speechmark.
- Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389–409.
- Kirkland, K. (2013). *International Dictionary of Music Therapy*. Routledge.
- Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 374–384. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x>

- Koelsch, S. (2010). Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(3), 131–137.
- Leite, T. (2007). Psychodynamic music therapy with nonpsychotic adults. In Crowe, B. J., & Colwell, C. *Music Therapy for Children, Adolescents, and Adults with Mental Disorders*. (00-00) Silver Spring, Md.: American Music Therapy, Inc.
- Leite, T. (2013). O conceito de “Criança-Músico” e os princípios da psicologia humanista de Paul Nordoff e Clive Robbins. Apontamentos de aulas da cadeira de Fundamentos da Musicoterapia II, Mestrado em Musicoterapia, Universidade Lusíada de Lisboa.
- Lennox, N. G., & Kerr, M. P. (1997). Primary health care and people with an intellectual disability: the evidence base. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(5), 365–372.
- Luck, G., Riikkilä, K., Lartillot, O., Erkkilä, J., Toiviainen, P., Mäkelä, A., Värril, J. (2006). Exploring relationships between level of mental retardation and features of music therapy improvisations: a computational approach. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(1), 30–48.
- MacKenzie, K. R. (1997). *Time-managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Malloch, S. N. (2000). Mothers and infants and communicative musicality. *Musicae Scientiae*, 3(1 suppl), 29–57.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2009). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. In S. Malloch & C. Trevarthen (Eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 1–11). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Maslow, A. H. (2013a). *A Theory of Human Motivation*. Rough Draft Printing.
- Maslow, A. H. (2013b). *Toward a Psychology of Being*. Start Publishing LLC.
- Mehrabian, A. (1971). Silent messages. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1973-04431-000>

- O'Driscoll, D. (2009). A short history of psychodynamic psychotherapy for people with learning disabilities. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3(4), 4–9. <http://doi.org/10.1108/17530180200900032>
- Oldfield, M. A. (1990). The effects of music therapy on a group of profoundly mentally handicapped adults. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34 (Pt 2), 107–125. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1990.tb01522.x>
- Peters, J. S. (1987). *Music therapy: An introduction* (Vol. xiii). Springfield, IL, England: Charles C Thomas, Publisher.
- Pfadt, A. (1991). Group psychotherapy with mentally retarded adults: issues related to design, implementation, and evaluation. *Research in Developmental Disabilities*, 12(3), 261–285.
- Plach, T. (1996). *The creative use of music in group therapy*. C.C. Thomas.
- Prout, H. T., & Nowak-Drabik, K. M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation: An evaluation of effectiveness. *Journal Information*, 108(2). Retrieved from [http://www.aaidjournals.org/aamronline/default.asp?request=get-document&doi=10.1352%2F0895-8017\(2003\)108%3C0082:PWPWHM%3E2.0.CO%3B2](http://www.aaidjournals.org/aamronline/default.asp?request=get-document&doi=10.1352%2F0895-8017(2003)108%3C0082:PWPWHM%3E2.0.CO%3B2)
- Raglio, A. (2011). When music becomes music therapy. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 65(7), 682–683. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02273.x>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, 12(2), 92–98. <http://doi.org/10.1002/wps.20050>
- Ridder, H. M. (2007). Microanalysis on selected video clips with focus on communicative response in music therapy. *Wosch, T. & Wigram, T.(Red.) Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students. London: Jessica Kingsley Publishers.*
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., & Hallam, A. (2000). Receipt of psychotropic medication by people with intellectual disability in residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(6), 666–676.

- Rogers, C. (2012). *Client Centred Therapy (New Ed)*. Little, Brown Book Group.
- Rogers, C. R. (1963). Actualizing tendency in relation to “Motives” and to consciousness. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1964-05181-001>
- Rogers, C. R. (1978). *Grupos de encontro*. M. Fontes.
- Rogers, C. R. (2001). *Tornar-se pessoa*. Martins Fontes.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1975). *Psicoterapia e relações humanas teoria e pratica da terapia não-diretiva*. Interlivros.
- Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy*. Guilford Publications.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication, and Culture*. Barcelona Publishers.
- Sacks, O. (2006). The power of music. *Brain*, 129(10), 2528–2532. <http://doi.org/10.1093/brain/awl234>
- Savarimuthu, D., & Bunnell, T. (2002). The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(3), 160–165.
- Sidorkin, A. M. (1996). *An Ontological Understanding of Dialogue in Education*. University of Washington.
- Silverman, D. J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Pub.
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. Karnac Books.
- Stern, D. N. (1998). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Karnac Books.
- Stern, D. N. (2009). *The First Relationship: infant and mother*. Harvard University Press.

- Stern, D. N. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. Oxford University Press.
- Stolorow, R. D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, *14*(3), 337.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1996). The intersubjective perspective. *Psychoanalytic Review - New York-*, *83*, 181–194.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (2002). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Analytic Press.
- Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani Jr, H., Borthwick-Duffy, S. A., Spreat, S., ... Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*(4), 291–303.
- Taylor, J. L., Hatton, C., Dixon, L., & Douglas, C. (2004). Screening for psychiatric symptoms: PAS-ADD Checklist norms for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *48*(1), 37–41.
- Toolan, P. G., & Coleman, S. Y. (1994). Music therapy, a description of process: Engagement and avoidance in five people with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *38*(4), 433–444.
- Trevarthen, C. (2009). Human biochronology: on the source and functions of “musicality.” In R. Haas & V. Brandes (Eds.), *Music that works* (pp. 221–265). Springer Vienna. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-211-75121-3_16
- Trolldalen, G. (1997). Music Therapy and Interplay: A Music Therapy Project with Mothers and Children Elucidated through the Concept of «Appreciative Recognition». *Nordic Journal of Music Therapy*, *6*(1), 14–27.
- Unkefer, R. F., & Thaut, M. (2005). *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*. Barcelona Publishers.
- Uzgiris, I. C. (1981). Two Functions of Imitation During Infancy. *International Journal of Behavioral Development*, *4*(1), 1–12. <http://doi.org/10.1177/016502548100400101>

- Vink, A., & Bruinsma, M. (2003). Evidence based music therapy. *Music Therapy Today*, 4(5). Retrieved from <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20031103132043/20031103134548/Vink.pdf>
- Watson, T. (2007). *Music Therapy with Adults with Learning Disabilities*. Routledge.
- Wheeler, B. L. (2015). *Music Therapy Handbook*. Guilford Publications.
- Wheeler, B. L., Shultis, C. L., & Polen, D. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Barcelona Publishers.
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R., & Kroese, B. S. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 55–65.
- Wigram, A., & Elefant, C. (2008). Therapeutic Dialogues in Music: Nurturing Musicality of Communication in Children with Autistic Spectrum Disorder and Rett Syndrome. Retrieved from <http://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/29756>
- Wigram, A. L. (2002). Indications in Music Therapy: Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for Autistic Spectrum Disorder (ASD): Meeting the challenge of Evidence Based Practice. *British Journal of Music Therapy*, 16(1), 11–28.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Willner, P. (2005). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 73–85.
- Winnicott, D. W. (2012). *Playing and Reality*. Routledge.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2008). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books.

APÊNDICES

Lista de apêndices

- Apêndice A** - Quadro Explicativo do Procedimento Básico da Estrutura da Sessão
- Apêndice B** - Grelha de Observação e Monitorização
- Apêndice C** - Quadro Qualitativo das Respostas Verbais e Não Verbais do Caso I
- Apêndice D** - Quadro Qualitativo das Respostas Verbais e Não Verbais do Caso II

APÊNDICE A

Quadro Explicativo do Procedimento Básico da Estrutura da Sessão

Quadro Explicativo do Procedimento Básico da Estrutura da Sessão

1ª Fase – Contacto			
Objetivo	Indicadores	Procedimento	Técnicas do Terapeuta
Estabelecer contacto interpessoal nos membros do grupo	Os temas do Grupo e os temas de referência individual	Observação do comportamento não verbal. Perguntar por acontecimentos que queiram partilhar.	Competências de Relação de Ajuda (Escuta empática, aceitação incondicional positiva, presença)
Facilitar a partilha e a expressão em grupo			
~ 2ª Fase - Distribuição de Instrumentos			
Objetivo	Indicadores	Procedimento	Técnicas do Terapeuta
Promover momentos de tomada de decisão e autonomia. Individualizar a presença e a relação por meio do instrumento.	Escolher o instrumento de forma autónoma. Demonstrar uma preferência por instrumentos	Perguntar aos participantes que instrumentos querem usar para estarmos em grupo. Perguntar se querem mudar ou se querem ficar com o instrumento. Pergunta qual querem. Perguntar direta e concretamente a cada elemento. Sugerir sem impor, recorrendo a demonstração sonora e de execução do instrumento.	Demonstrar a execução, mostrar a sonoridade, inquirir interesses, sugerir trocas e partilhas.
3ª Fase - Proposta de Atividades Musicais			
Objetivo	Indicadores	Procedimento	Técnicas do Terapeuta
Promover momentos de tomada de decisão e autonomia.	O participante escolhe de forma autónoma o que quer fazer	Perguntar: O que vamos fazer? Quem quer começar?	Inquérito face a face
Improvisação (3ª fase cont.)			
Melhorar a atenção e concentração no aqui e agora	A atenção ao produto sonoro que existe no grupo. Mobilização e contacto ocular durante a experiência. Mecanismos de comunicação e alternância	Iniciar, ampliar, ou estruturar a dinâmica sonora musical da improvisação que já existe, sustentando numa base rítmica ou numa sequência de acordes como base harmónica. Recorrer a voz quer com o refrão de uma canção conhecida ou que esteja a acontecer, ou em jogos de entoação.	Técnicas de improvisação em musicoterapia o espelhamento, a imitação, a reformulação (<i>reflecting</i>) base rítmica (<i>grounding</i>), dialogar e acompanhar (Wigram, 2004)
Contribuir para a comunicação interpessoal através dos mecanismos pré verbais	Duração das improvisações e contacto comunicacional de alternância, sincronia e sintonia durante as improvisações.	Estabelecer uma estrutura rítmica e progressão de acordes para criar condições de comunicação pré-verbal.	Técnicas de improvisação clínica em musicoterapia: técnicas de empatia, de estruturação, de intimidade, de facilitação, redirecção, procedimento, referência e de exploração emocional. (Bruscia, 1987)
Criar condições de contacto, presença e segurança emocional para a partilha de experiências			

Recreação Musical (3º fase cont.)			
Objetivo	Indicadores	Procedimento	Técnicas do Terapeuta
Criar repertório musical com referência há narrativa dos membros do grupo	Solicitação de canções com significado na memória e narrativa dos participantes	Acompanhamento com instrumento harmônico e integração das peças musicais num livro de canções do grupo	Apesar das técnicas serem o acompanhamento musical e apoio melódico com a linha de voz. São introduzidas técnicas de improvisação para aplicação da experiência musical
4ª Fase - Integração			
Objetivo	Indicadores	Procedimento	Técnicas do Terapeuta
Aumentar a experiência de bem-estar físico e mental.	Observação do comportamento corporal não verbal (respostas psicofisiológicas)	Permanecer em silêncio até existir uma reação verbal, observando as reações não verbais.	Competências de relação de ajuda
Facilitar o contacto psicológico e cognitivo com experiências emergentes	Verbalizações associadas à experiência. Associações verbais.	Aceitar todos os conteúdos verbais emergentes integrando no grupo	
5ª Fase - Encerramento			
Objetivo	Indicadores	Procedimento	Técnicas do Terapeuta
Situar a experiência do grupo no aqui e agora	Partilhas sobre o grupo ou temáticas do grupo e a sessão	Solicitar aos participantes se gostaria de partilhar algo sobre a sessão. Perguntar diretamente se gostaram e o que mais gostaram.	Avaliação do impacto da sessão

APÊNDICE B

Grelha de Observação e Monitorização

APÊNDICE D

Quadro Qualitativo das Respostas Verbais e Não Verbais do Caso I

Tipo de Respostas Verbais e Não Verbais após os MEM do Caso I

	MEMR		MEMI	
	RV	RNV	RV	RNV
Fase 1	Mencionar que a canção é antiga, ou dirigir-se para o grupo a perguntar porque não estão a cantar;		Dirige-se a um membro do grupo pedindo para estar quieto, enquanto estávamos todos a tocar, e mencionar coisas que viu na rua quando foi a casa;	Reações de alívio da tensão e satisfação psicofisiológica;
Fase 2	Pedir a outro membro do grupo para tocar mais devagar, dizer que tocou devagar para o grupo, e mencionar ironicamente que estamos sempre escolher a mesma música;	Respostas de satisfação psicofisiológica	Mencionar acontecimentos relacionados com a criatividade, com os instrumentos musicais, ou acontecimentos associados à experiência musical;	Respostas de satisfação psicofisiológica após o processo criativo, bem como outras integradas com o discurso verbal;
Fase 3	Mencionar a sua apreciação sobre as canções, chamar a atenção para outros membros do grupo para a performance musical, oferecer ao terapeuta um canção, mencionar o autor da canção, ou factos da vida do autor, lembrar-se de si aquando de acontecimentos da vida do autor da canção;	Respostas psicofisiológica de agrado, como por exemplo sorrisos ou gargalhadas, bem como satisfação resultado da sua performance.	Expressões relacionadas com a sua forma de participação no grupo e a capacidade e reconhecimento da sua criatividade;	Respostas de satisfação do seu desempenho no grupo, outras de carácter psicofisiológico de prazer do processo.
Fase 4	Mencionar o seu conhecimento do autor/cantor da canção, o desconhecimento da canção, o assunto de que fala a musica aquando lhe é perguntado, mencionado o tempo de quando era menina, indicar o seu agrado por determinadas canções, pela sua performance musical, ou simular, com recurso, um jogo dramático no qual esta a cantar e adormecer um bebé; verificámos o facto de sentir-se incomodada com elementos do grupo e sai da sala, mencionar no fim da experiência musical que outro elemento chegou atrasado, ou então pedir para outro elemento para não meter-se com ela porque já tem namorado;	Agrado e satisfação psicofisiológica, como levantar-se no fim da experiência musical e querer arrumar a sala.	Menciona aspectos da relação que estabelece com o grupo e com o terapeuta, a forma como está a tocar, reconhecer que termina ao mesmo tempo que o terapeuta, o facto de sentir a ausência dos elementos do grupo, e estabelecer contacto positivo com outros elementos do grupo; interrogar-se se outros elementos do grupo vêm para a musicoterapia,	Respostas de satisfação pelo processo criativo e do fim das improvisações, distância da experiência do grupo olhando para fora da sala para ver o que está a acontecer.

APÊNDICE C

Quadro Qualitativo das Respostas Verbais e Não Verbais do Caso II

Tipo de Respostas Verbais e Não Verbais após os MEM do Caso II

	MEMR		MEMI	
	RV	RNV	RV	RNV
Fase 1	Respostas de elogio à performance de outros elementos do grupo, e uma relativa ao impacto emocional da experiência musical de recreação; observámos uma relativa a um outro elemento do grupo sobre o facto dele estar a dormir e outra aquando do fim da experiência musical, perguntar se já tinha acabado;	Olhar constantemente para o relógio, e levantar-se para ir embora. Satisfação psicofisiologia.	Mencionar a que horas vai sair explica como é o natal na instituição	Olhar para o relógio
Fase 2	Humor em relação ao tema da canção, e outra mencionando para um membro do grupo para que tocasse mais devagar;	Satisfação psicofisiológica	Mencionar que a musica tira a dor da cabeça, que a sessão foi boa, ou mostrar o agrado pela performance musical de outro elemento do grupo;	Satisfação psicofisiológica no fim das improvisações;
Fase 3	Mencionar que recorda-se da canção, que estamos a conseguir melhorar a nossa qualidade musical e que foi belo o momento musical; mencionar o modo como o outro come no refeitório;	A satisfação psicofisiológica da participação musical e outras resultado de recordar-se das canções;	Validando o que outro membro do grupo menciona sobre o facto de criarmos uma música, mencionar que um elemento fora do grupo entra na sala para vir ouvir a nossa música, designar que um elemento do grupo participou vocalmente na experiência musical, e falar sobre o que sabia bem depois de cantar era beber uma cerveja para afinar a voz, reportando-se a memórias fora da instituição;	Satisfação psicofisiologia com os processos criativos, resultado da participação vocal, bem como outras integradas com discurso verbal anteriormente referido;
Fase 4	Mencionar associações verbais à experiência, recordar-se de ver concertos do autor da canção quando era mais novo, e referir aspectos estéticos das canções antigas;	Satisfação psicofisiológica resultado do impacto do envolvimento vocal na recreação musical, como olhar para o relógio	Mencionar questões do trabalho e da reparação da máquina de café.	Satisfação psicofisiologia com os processos criativos.

APÊNDICE E

Grelha de observação das sessões

Indicador	Descrição	Classificação
Nº de momentos de experiência musical,	Indicar a momentos de experiência musical de forma continua	1,2,3,4,...
Nº de Sessão,	Indicar o número da sessão	1,2,3,4,...
Data de Sessão	Identificar a data da sessão	(DD-MM-AAAA),
Distribuição de instrumentos musicais por participante,	Identificar o instrumento por participante e a presença na sessão.	Exemplo: 0 = não presente na sessão; 1=clavas; 2= maracas; etc.
Início da experiência musical no vídeo	Identificar minutos e segundos do início da unidade da experiência musical	(mm:ss)
Fim da experiência musical no vídeo	Identificar minutos e segundos do início da unidade da experiência musical	(mm:ss)
Tipo de experiência musical	(recreativa, improvisação)	1= Recreação; 2=improvisação
Nome da canção da experiência recreativa	Identificar o título da canção	
Proponente da proposta	Identificar quem é o proponente da proposta de unidade de experiencição musical.	1=grupo; 2= terapeuta; 3=ambos
Movimento do Grupo	Descrição geral do movimento do grupo na unidade de experiência musical	
Envolvimento por Participante	Breve descrição do comportamento durante a unidade de experiência musical	
Discurso Verbal	Registo da resposta verbal após a unidade de experiência musical por estudo de caso	
Resposta Verbal	Respostas verbais após o MEM	0= Não observável; 1= observável)
Resposta Não – Verbal	Respostas não verbais após o MEM	0= Não observável; 1= observável)
Observações	(descrever os acontecimentos ou notas da observação de vídeos, percepções empíricas, levantar hipótese terapêuticas, etc.)	

+

