



Universidades Lusíada

Soares, Nuno Miguel da Silva Riquito, 1980-

A liberdade de ser som : musicoterapia com adultos e adolescentes em contexto psiquiátrico

<http://hdl.handle.net/11067/486>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	Este trabalho constitui uma descrição e reflexão sobre a intervenção musicoterapêutica em duas unidades psiquiátricas no Hospital de Santa Maria: a intervenção com um grupo de adultos integrados no hospital de dia da unidade de psiquiatria; e a intervenção com um adolescente inserido na unidade de dia do serviço de psiquiatria na adolescência. Ambas as intervenções ocorreram ao longo de 6 meses. O grupo de adultos foi composto por 15 utentes com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, sub...
Palavras Chave	Hospital de Santa Maria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia - Portugal - Lisboa, Musicoterapia para adolescentes - Portugal - Lisboa, Psiquiatria - Portugal - Lisboa
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-22T22:20:33Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

A liberdade de ser som: musicoterapia com adultos e adolescentes em contexto psiquiátrico

Realizado por:

Nuno Miguel da Silva Riquito Soares

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Mestre Maria Teresa Gaspar Fialho de Góis Horácio

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Margarida da Costa Rebelo Accioly Nogueira

Vogal:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Relatório aprovado em:

21 de Junho de 2013

Lisboa

2012



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A Liberdade de Ser Som: Musicoterapia com Adultos e Adolescentes em Contexto Psiquiátrico

Nuno Miguel da Silva Riquito Soares

Lisboa

Julho 2012

Nuno Miguel da Silva Riquito Soares

A Liberdade de Ser Som: Musicoterapia com Adultos e Adolescentes em Contexto Psiquiátrico

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

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

Orientadora de estágio: Mestre Maria Teresa Gaspar Fialho de Góis Horácio

Lisboa

Julho 2012

Dedico este relatório de estágio aos rios, às montanhas, aos bosques, aos pássaros, às nuvens, à terra, ao sol, à lua, às árvores, ao fogo, ao silêncio, à loucura, ao invisível, ao caos, às folhas, ao café, às viagens, ao regresso, ao coração e ao amor.

Resumo

Este trabalho constitui uma descrição e reflexão sobre a intervenção musicoterapêutica em duas unidades psiquiátricas no Hospital de Santa Maria: a intervenção com um grupo de adultos integrados no hospital de dia da unidade de psiquiatria; e a intervenção com um adolescente inserido na unidade de dia do serviço de psiquiatria na adolescência. Ambas as intervenções ocorreram ao longo de 6 meses. O grupo de adultos foi composto por 15 utentes com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, submetidos a 18 sessões musicoterapêuticas. O adolescente, de 14 anos, esteve presente em 10 de 13 sessões em grupo, e foi submetido a 5 sessões individuais. A técnica central utilizada foi a improvisação, complementada com a recriação de canções e escuta musical. Na análise e reflexão efectuadas, abordam-se as fases de desenvolvimento e as dinâmicas grupais, o desenvolvimento das dimensões musical, relacional, e pessoal, com um enfoque mais atento na fenomenologia da relação e criação musical. Os resultados, que se revelaram positivos, foram verificados através de uma análise qualitativa atenta e continuada dos dados de observação clínica, que confirmam as expectativas apresentadas na literatura. O acompanhamento musicoterapêutico foi integrado num trabalho multidisciplinar praticado pelas equipas do hospital de dia e da unidade de dia da adolescência. Neste contexto, a musicoterapia revelou-se como um processo do qual emergem novas perspectivas sobre os utentes, e sobre os quais é possível realizar um trabalho singular possibilitado pela fenomenologia não verbal da criação / relação musical.

Palavras-chave: musicoterapia, psiquiatria, adolescentes, adultos, improvisação musical, grupos.

Abstract

This paper is a description of and reflection on the music therapy intervention in two psychiatric units at the Hospital de Santa Maria: one intervention with a group of adults included in the outpatient psychiatric hospital unit, and one intervention with a teenager included in the adolescence outpatient psychiatric unit. Both interventions occurred over six months. The adult group consisted of 15 patients aged between 21 and 60 years, who were submitted to 18 music therapy sessions. The teenager, aged 14, was present in 10 of 13 group sessions, and was subjected to 5 individual sessions. The main technique used was musical improvisation, complemented by the re-creation of songs and music listening. In the analysis and reflection carried out, the stages of development and group dynamics were addressed, so as the development of the musical, relational, and personal dimensions, with a closer focus on the phenomenology of the musical relationship and musical creation. The results, which proved positive, were verified through a careful and continued qualitative analysis of data from clinical observation, confirming the expectations presented in the literature. The music therapeutic process was carried out in a multidisciplinary team. In this context, music therapy turned out to be a process from which emerged new perspectives on the patients, on whom you can perform a singular work made possible by the non verbal phenomenology of music and of the musical relationship.

Keywords: music therapy, psychiatry, adolescents, adults, musical improvisation, groups

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Lista de utentes adultos, com datas de nascimento, datas de internamento, e número de sessões assistidas.....46

Tabela 2 – Lista de utentes adolescentes, com datas de nascimento, datas de internamento, e número de sessões assistidas.....47

Índice

Introdução.....	10
Caracterização do Local de Estágio.....	12
Identificação da Instituição.....	12
O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.....	12
O Hospital de Dia.....	14
população de utentes.....	15
a equipa multidisciplinar.....	15
A Equipa da Adolescência.....	16
a consulta da adolescência.....	17
a unidade de dia da adolescência.....	17
Enquadramento teórico.....	19
Psiquiatria e Saúde Mental.....	19
Musicoterapia em Psiquiatria.....	22
O Processo Musicoterapêutico.....	25
Sustentação Empírica da Musicoterapia em Contexto Psiquiátrico	
adultos.....	26
adolescentes.....	28
Musicoterapia em Contexto Psiquiátrico com Adolescentes.....	29
Improvisação Sonoro-musical, Realidade Psíquica, Comunicação Humana, e Mecanismos Terapêuticos.....	32
Dinâmica de Grupos	
Grupos Terapêuticos.....	36
Grupos Musicoterapêuticos.....	43

Objectivos Propostos	47
Metodologia	48
Procedimentos.....	48
Fase de integração.....	48
Intervenção Terapêutica.....	49
elementos de diagnóstico e monitorização.....	50
Materiais e Técnicas Usadas nas Sessões.....	51
Amostra.....	53
Estudo de Caso I – Grupo Musicoterapêutico com Adultos	55
O Grupo e o Seu Desenvolvimento.....	55
Conclusão do Caso.....	68
Estudo de Caso II – Um Adolescente em Setting Grupal e Individual	74
Breve Apresentação do P.....	74
As Sessões em Grupo.....	74
As Sessões Individuais.....	79
Conclusão do Caso.....	86
Outros Casos	90
Conclusão Final	92
Reflexão	99
Bibliografia	101

Introdução

Este relatório pretende documentar o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada, realizado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. A escolha pela área de psiquiatria foi motivada por uma grande curiosidade sobre o psiquismo humano, um interesse em formas não usuais de “Ser” ou experienciar a realidade, e uma crença em ser capaz de ajudar os utentes de alguma forma. A motivação veio também do uso generalizado da improvisação com esta população, possibilitando um trabalho mais livre e flexível a nível musical.

O estágio englobou um grupo de utentes adultos do Hospital de Dia, e um grupo de adolescentes da Unidade de Dia da Adolescência (de onde veio a surgir um caso que começou a ser seguido em setting individual). Pretendeu-se no início do estágio conceder aos utentes a possibilidade de passarem por um processo continuado de exploração criativa mediado pelo som e pela relação terapêutica. Este foi um processo que veio expandir o alcance das actividades terapêuticas realizadas no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria em psiquiatria: o uso da criatividade sonoro-musical como ferramenta de exploração e transformação pessoal.

O primeiro caso analisado é um grupo musicoterapêutico composto por 15 utentes do Hospital de dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria. O segundo estudo de caso incide sobre um adolescente de 14 anos, o P, diagnosticado com perturbação de Tourettes, perturbação de hiperactividade e défice de atenção. O P foi submetido a 10 sessões em grupo e 5 sessões individuais, na unidade de dia do serviço de psiquiatria na adolescência. A técnica central utilizada nos dois casos foi a improvisação sonoro-musical, aliada à reprodução de canções e escuta musical. Na revisão de literatura começa-se a fazer um esboço da psiquiatria e da doença mental, com enfoque numa abordagem

psicodinâmica. Logo a seguir, a musicoterapia é enquadrada em contexto psiquiátrico, e revêm-se as técnicas e processos normalmente utilizados, abordando os estudos científicos realizados na área. Faz-se a distinção entre a musicoterapia em psiquiatria na adolescência, e na vida adulta. Aborda-se o desenvolvimento das dimensões musical, relacional, e pessoal, no processo musicoterapêutico com um enfoque mais atento na fenomenologia da relação e criação musical, e por fim, revêm-se as fases de desenvolvimento e dinâmicas grupais.

A bibliografia existente nesta área, não tem muita relação directa com a realidade vivida no terreno, no sentido de ser demasiado abstracta sobre o que realmente acontece na experiência musical. Na tentativa de colmatar essa ausência, foram realizadas, nos estudos de caso, uma descrição e análise relativamente extensas das dinâmicas musicais, com o objectivo de trazer alguma clareza descritiva e conceptual ao que acontece em tempo real nas improvisações em sessões de musicoterapia. Esta descrição / interpretação das experiências improvisacionais foi analisada à luz de alguns conceitos psicológicos introduzidos na revisão de literatura - que incidem essencialmente sobre a capacidade da música em reflectir, conter, e reestruturar o mundo psíquico dos utentes, permitindo a projecção, reelaboração, e introjecção de dinâmicas e conteúdos mentais (muitos deles incapazes de serem trabalhados verbalmente), potenciando o processo de individuação ou integração do Self.

Passamos de seguida para uma breve caracterização do local de estágio, enquadrando o Hospital de dia e a Unidade da adolescência no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

Caracterização do Local de Estágio

Identificação da Instituição

O Hospital de Santa Maria foi inaugurado em 1953 e constitui-se actualmente como a maior instituição prestadora de cuidados diferenciados do país. O seu funcionamento teve início no dia 8 de Dezembro de 1954 e contou com serviços de prestação de cuidados, ensino e investigação. O objectivo do então hospital, prendia-se com a renovação das instituições hospitalares.

Hoje em dia, o Hospital de Santa Maria tem como propósito prestar cuidados hospitalares, formar profissionais de qualidade e desenvolver a investigação na área da saúde, assumindo-se como um Hospital Central Universitário de referência nas vertentes assistencial, de ensino e de investigação.

A área geodemográfica de intervenção do hospital inclui as freguesias de Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Charneca, Lumiar, Nossa Senhora de Fátima, São Domingos de Benfica e São João de Brito.

O Serviço De Psiquiatria e Saúde Mental

Em 1955 iniciam-se as Actividades Clínicas de Psiquiatria no Hospital Santa Maria, sob a direcção do Prof. Barahona Fernandes. Actualmente o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental insere-se no Departamento de Neurociências juntamente com os serviços de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria e Saúde Mental. É coordenado pela Prof. Doutora Maria Luísa Figueira, Chefe do serviço e professora associada de Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Lisboa. Este serviço localiza-se no topo 5 e constitui-se pela Consulta Externa localizada no piso 1, duas unidades de internamento, situadas nos pisos 3 e 4, e o Hospital de Dia, no piso 3. Existem também unidades funcionais de consulta e internamento que comportam o Núcleo

de Estudos do Suicídio, Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar e a Unidade de Etilo-Risco.

O Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria dispõe de uma Unidade de Internamento, de um Hospital de Dia e de uma Unidade de Ambulatório. Presta cuidados assistenciais de Psiquiatria em relação a todos os outros serviços de Acção Médica do Hospital (Psiquiatria de Ligação). Intervém ainda na assistência ao Serviço de urgência do Hospital e integra uma Equipa de Intervenção Comunitária. Neste Serviço são realizados exames de Psiquiatria Forense ou Médico-Legais, na Unidade de Psiquiatria Forense.

A Unidade de Internamento é dirigida a doentes com quadros nosológicos agudos identificados como neuroses graves, depressões, psicoses, alterações da personalidade, cuja descompensação é caracterizada por diversos sintomas. Estes doentes socialmente desinvestidos e desajustados, têm uma deficiente mentalização da vida psíquica. A Unidade de Internamento dispõe de 44 camas distribuídas pelo piso 3 (15 camas) e pelo piso 4 (29 camas). Nestes pisos trabalham três equipas multidisciplinares, cada uma sob a responsabilidade de um Assistente Hospitalar Graduado.

A Consulta Externa localizada no piso 1, em instalações próprias, dispõe de 11 gabinetes, com as consultas de Psiquiatria Geral, Acompanhamento Psicológico e Consultas de especialidade como Ansiedade e Stress, Pedopsiquiatria, Toxicodependência, Etilo-Risco, Adolescentes. Gerontopsiquiatria, Sexologia, Distúrbios do Comportamento Alimentar e Suicidologia. Realizam-se também actividades psicoterapêuticas individuais, familiares ou de grupo, de orientação dinâmica, cognitivo-comportamental e sistémica.

O Serviço de Psiquiatria, em colaboração com os doentes da Clínica Universitária de Psiquiatria e do Laboratório de Psicologia Médica, desenvolve, ainda, várias linhas de investigação, tais como: Estudos Psicofarmacológicos e outros tratamentos psiquiátricos,

Investigação Clínica na área da Psiquiatria Clínica e Psicopatologia, estudos nas áreas específicas dos Comportamentos Suicidários e Perturbação do Comportamento Alimentar, estudos na área da Psicossomática e qualidade de vida em patologias oncológicas e cirúrgicas.

O Hospital de Dia

Localizado no piso 3 do Serviço de Psiquiatria, o Hospital de Dia consiste numa unidade funcional de internamento, a tempo parcial, funcionando de Segunda e Sexta-feira, das 9 horas às 16 horas, com lotação prevista para 20 pacientes. Actualmente, esta unidade está sob a responsabilidade da Dr.^a Paula Godinho, Médica Psiquiatra, Chefe de Equipa e Chefe do Hospital de Dia.

Esta unidade pretende o desenvolvimento psíquico dos pacientes de modo a alcançar não só a melhoria sintomática, mas também a reintegração socioprofissional, permitindo que estes retornem à vida activa com um projecto de autonomia credível que possa garantir as melhorias a médio/longo prazo, evitando a cronicidade e as recaídas.

O Hospital de Dia afirma-se sob um modelo de psicoterapia institucional, quer em contexto individual, quer em contexto grupal, baseado em conceitos psicanalíticos e grupanalíticos, cujo objectivo é promover a cura ou melhoria sintomática, na reposição do equilíbrio possível da personalidade, ou na introdução de alterações mais profundas nas estruturas psíquicas.

O modelo utilizado corresponde à psiquiatria dinâmica que se caracteriza pela integração das abordagens biológica e psico-sociológica (esta última num ponto de vista psicodinâmico), tendo sempre em conta o indivíduo, a família e o meio social.. São englobadas as seguintes actividades: monitorização da prescrição psicofarmacológica, intervenção na crise, sessões de

Psicoterapia Individual, Psicoterapia de Grupo, Grupo Multifamiliar, sessões de actividades terapêuticas de cariz criativo e Terapia Ocupacional.

população de utentes.

A população utente do Hospital de Dia é constituída por adultos, cuja faixa etária varia habitualmente entre os 20 e os 50 anos. Estes pacientes pertencem, na sua maioria, a um estatuto socioeconómico médio e/ou médio baixo.

Os utentes do Hospital de Dia são, regra geral, jovens adultos, na sua maioria dependentes dos pais e desempregados, padecendo de condições psiquiátricas graves ou profundamente incapacitantes. Os utentes deste serviço constituem, do ponto de vista nosológico, um grupo muito heterogéneo, com diagnósticos como psicoses esquizofrénicas e perturbações da personalidade, e quadros neuróticos e depressivos graves, alguns com ideação suicida marcada.

As principais indicações psicopatológicas para o tratamento em Hospital de Dia dizem respeito a organizações borderline, situações de foro neurótico grave, do foro psicótico e perturbações da personalidade, situações cujo prognóstico em tratamento ambulatorio apresentaria sérias reservas. À partida, estarão excluídos pacientes cuja faixa etária seja inferior a 18 anos, bem como aqueles que apresentem situações específicas, como delinquência, toxicoddependência, demência ou evolução crónica. É igualmente evitado o regime de internamento parcial, nos casos em que um dos factores básicos de desencadeamento e manutenção da psicopatologia seja uma falta de suporte social não reparável a curto/médio prazo. Actualmente, o Hospital de Dia acolhe 19 utentes com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos.

a equipa multidisciplinar .

A equipa da unidade é composta por elementos fixos: a Dr.^a Paula Godinho, Chefe de Equipa e Chefe do Hospital de Dia, duas psicólogas, a Dr.^a Teresa Fialho e a Dr.^a Maria João Centeno, duas enfermeiras, a Enf.^a Liliana Lago e a Enf.^a Cristina Guerreiro, e uma Terapeuta Ocupacional, a Terapeuta Telma Pestana a qual dá apoio não só ao Hospital de Dia, mas também ao Internamento. Estes elementos constituem o núcleo central que possibilita oferecer as condições essenciais para o tratamento de doentes. Para além deste núcleo fixo, o Hospital de Dia conta continuamente com a colaboração de um número variável de técnicos provenientes de diferentes áreas da saúde mental, que vão integrando a equipa ao abrigo de estágios académicos, de internato, profissionais ou voluntários.

A equipa do Hospital de Dia funciona segundo o modelo de intervenção multidisciplinar. Tem como funções a permanente organização/reorganização e a gestão do espaço institucional de forma a assegurar a sua qualidade terapêutica. O seu modo de actuação segue uma orientação teórica psicanalítica e grupalítica que é assegurada pelos elementos permanentes da equipa, e transmitida aos restantes membros mediante o permanente trabalho em equipa, formação e a supervisão.

A função da equipa multidisciplinar consiste não só na criação, desenvolvimento e implementação de dinâmicas terapêuticas próprias do Hospital de Dia – Psicoterapia de Grupo e Individual, Grupo Multifamiliar, actividades ocupacionais e criativas – mas também no cultivar estes processos e a relação entre equipa e utentes com qualidades específicas: atitude empática perante a comunicação dos pacientes (o que possibilita a sua descodificação), promoção do *insight*, contenção da angústia e da agressividade, desenvolvimento da tolerância face à regressão e estimulação da autonomização/individuação.

A Equipa da Adolescência

Em Setembro de 2009 foi constituída a Equipa da Adolescência, que integra o Núcleo de Estudos do Suicídio, a Consulta de Adolescência e a Unidade de Dia da Adolescência, passando a integrar preferencialmente as recém criadas instalações do piso 1, onde antigamente era o banco de sangue. A Unidade de Dia e o Núcleo de Estudos do Suicídio são coordenados pela Dr.^a Nazaré Santos, enquanto que a Consulta da Adolescência é coordenada pelo Prof. Daniel Sampaio.

a consulta da adolescência.

Reorganizada em 2003, esta Consulta tinha à data o objectivo de atendimento e seguimento de adolescentes entre os 13 e os 21 anos, da área geodemográfica de referenciação do Serviço de Psiquiatria.

Assegurada pelo mesmo conjunto de técnicos referidos anteriormente, com um modelo de intervenção idêntico, à excepção da triagem, que se realiza mediante marcação prévia, sendo realizadas semanalmente.

a unidade de dia da adolescência.

Em Setembro de 2009 foi inaugurada uma Unidade Especializada na prestação de cuidados de saúde para jovens em risco que promova a saúde mental dos adolescentes com estruturas e objectivos adequados às suas necessidades específicas, continuando a assegurar uma avaliação e tratamento efectivos para eles e suas famílias.

A metodologia que utiliza privilegia não só uma intervenção grupal, individual e familiar e articulação com as estruturas da comunidade, como pretende recorrer a outras técnicas terapêuticas ligadas às expressões corporais e plásticas de forma integrada em projectos terapêuticos personalizados. Foi neste contexto que se realizaram sessões semanais de Musicoterapia em Grupo com adolescentes na Unidade de Dia.

Esta unidade recebe jovens dos 13 aos 21 anos, de ambos os sexos, da área geográfica do

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria podendo eventualmente receber jovens em crise suicidária entre os 11 e os 13 anos, no caso de serem fora da área abrangida pela Consulta.

Crítérios de Inclusão:

Comportamentos suicidários, perturbações do humor, da ansiedade, da personalidade, do comportamento e psicoses. Graves perturbações do relacionamento interpessoal, isolamento e recusa escolar.

Crítérios de Exclusão

Toxicodependências, perturbações do comportamento alimentar, portadores de deficiência cognitiva média/grave.

Número de vagas: 8 jovens

Enquadramento Teórico

Psiquiatria e Saúde Mental

Nos últimos anos, a saúde mental está voltada para a reabilitação psicossocial que propõe a re-socialização do doente mental com diminuição do seu sofrimento. Pretende-se que o utente seja pessoa, indivíduo, cidadão, com sua densidade própria e peculiar. O horizonte anuncia uma concepção de saúde enquanto processo produtor de melhor qualidade de vida, e não da saúde como ausência de doença (Cardoso, 2002).

Existem 4 níveis de prevenção em saúde mental. A prevenção primária evita o aparecimento da doença mental ao cuidar das dimensões que possibilitam o equilíbrio mental. A prevenção secundária passa pela intervenção terapêutica nas fases iniciais do desenvolvimento da patologia, prevenindo assim o seu agravamento. A prevenção terciária envolve um processo de reabilitação e reinserção social após o tratamento. E, finalmente, a prevenção quaternária está associada a estados terminais, doenças crónicas e cuidados paliativos, onde se promove os cuidados de saúde e a qualidade de vida (Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B., 2004)

As categorias nosológicas mais gerais em psiquiatria são (Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B., 2005):

1) As psicoses (paranóide, hebefrénica, catatónica, esquizoafectiva, indiferenciada, e residual) – condição associada a alucinações ou crenças delirantes, alterações de personalidade e pensamento desorganizado e/ou paranóide, e a sensações de angústia intensa e opressão. Este estado psicofisiológico é acompanhado por uma falta de "crítica" ou de "insight" que se traduz numa incapacidade de reconhecer o carácter estranho ou bizarro do comportamento. Nos momentos de crise, surgem dificuldades de interacção social e dificuldades em cumprir normalmente as actividades de vida diária.

2) As perturbações do humor (depressão, bipolaridade, e a perturbação maníaca) – a depressão é caracterizada pela tristeza, letargia, culpa, baixa auto-estima, ideação de ruína e risco de suicídio; há geralmente uma lentificação dos processos psíquicos e motores associadas a uma desvitalização geral. A mania é associada a crises de euforia, pensamento acelerado, sono diminuído, auto-estima elevada, atenção dispersa, sensação de grandiosidade, hiperagitação, ausência de autocritica e excessos de todo tipo. A bipolaridade é a combinação das duas condições em alternância, cada uma durando alguns meses.

3) As perturbações da personalidade (anti-social, narcísica, obsessiva-compulsiva, histriónica, borderline, e perturbações associadas ao comportamento alimentar e ao consumo de psicotrópicos) – estas perturbações iniciam-se na adolescência ou no início da idade adulta, abrangendo padrões de comportamento profundamente enraizados e permanentes. Manifestam-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais, que se desviam acentuadamente das expectativas da cultura em que o indivíduo está inserido.

4) As perturbações da ansiedade (stress pós-traumático, pânico, e fobias) – estas perturbações comportam um elemento fisiológico muito acentuado, e associam-se à inquietação, palpitações, aperto no peito, náuseas, vômitos, diarreia, mal estar respiratório, tensão muscular... os sintomas manifestam-se quando a ansiedade é desproporcional ao estímulo que a desencadeou, quando ela aparece relacionada a estímulos que normalmente não gerariam ansiedade, ou quando ocorre na ausência de estímulo deflagrador.

Nestes diagnósticos psiquiátricos, existem desequilíbrios comuns a todos os indivíduos, independentemente da categoria nosológica. Evidenciam-se normalmente dificuldades no relacionamento interpessoal e nas competências de adaptação social que são combatidas pela potenciação da comunicação verbal e das competências de interação social, através da abertura de canais de comunicação e do desenvolvimento da coesão grupal, e da integração

comunitária (Houghton et al, 2004). A baixa auto-estima e uma auto-imagem distorcida com uma noção muito ténue dos limites e capacidades pessoais são características comuns aos pacientes psiquiátricos. Existe também uma vida afectiva bastante desequilibrada e uma má gestão dos impulsos, com comportamentos disruptivos por um lado, ou com uma rigidez extrema com excessivo auto-controlo por outro (Heal, Wigram, 1993).

Numa perspectiva psicodinâmica, tratam-se de indivíduos: com estruturas de personalidade marcadas por relações de objecto precocemente perturbadas; *selves* pouco coesos e imaturos, com profundas falhas narcísicas; grande instabilidade afectiva, decorrente da constante repetição do processo idealização / desidealização; superegos desorganizados e/ou persecutórios e destrutivos; egos devastados por angústias de separação, de morte ou de fragmentação e que recorrem, sistematicamente, a mecanismos de defesa primitivos (clivagem, a identificação projectiva, a idealização, e a denegação) (Grotstein, 1999).

Observam-se, sobretudo, sujeitos com vidas de relação empobrecidas. Na maior parte dos casos, a esfera relacional encontra-se reduzida a uma família nuclear também ela paralisada numa teia de relações conflituosas, pouco ou nada elaboradas e dificilmente mentalizadas onde a consciencialização e verbalização da vida psíquica há muito foram substituídas pela linguagem dos sintomas e pelo agir primário, patológico e enlouquecedor (Grotstein, 1999).

Numa perspectiva psicodinâmica, o processo terapêutico acontece essencialmente através de: acesso a regiões inconscientes da personalidade; transformação sob controlo consciente de conflitos reprimido; uma consciencialização e aceitação de aspectos previamente ignorados do Self, tanto positivos como negativos; libertação de energia psíquica previamente condensada em mecanismos defensivos; redireccionar energia para objectivos positivos; encontrar um equilíbrio ao repolarizar a criatividade investindo-a em objectivos construtivos

(Priestley, 1994).

Musicoterapia em Psiquiatria

A música contém uma flexibilidade preciosa no contexto terapêutico com utentes psiquiátricos no sentido em que é apelativa a pessoas de todas as idades e níveis de funcionamento. Os locais de intervenção são normalmente as unidades de internamento hospitalar, as associações de intervenção comunitária, os fóruns ocupacionais, as unidades residenciais de doentes mentais, os centros de saúde mental comunitários, hospitais de dia, e os hospitais prisionais (Houghton et al, 2005).

É a “arte de criar som” que se revela veículo ou dimensão terapêutica essencial, assim como a relação terapeuta-paciente (Pavlicevic, 2000). Usada conscientemente e orientada para objectivos terapêuticos, a música ajuda a organizar a vida psíquica e os comportamentos através da sua ordem e estrutura inerentes (possibilita experiências de ordenação, antecipação e previsibilidade); promove experiências de contacto com a realidade, mobilizando a acção de fazer música e focando a atenção no aqui-agora; promove a criação de canais de comunicação sem recorrer à linguagem verbal, o que potencia um sentimento de pertença identitária e inclusão aproximando as pessoas de uma forma contentora (através de experiências partilhadas de reciprocidade, diferenciação, espelhamento, e mutualidade). (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002). Ainda em relação à questão da identidade, a música, ao evocar recordações do passado (e criar expectativas em relação ao futuro), evoca a nossa história de vida e a respectiva herança geracional, processo que contextualiza a construção da identidade num contínuo histórico-biográfico. (Gfeller, 2005). A intervenção musicoterapêutica em contexto psiquiátrico é realizada de diversas formas, dependendo das capacidades e necessidades de cada cliente.

A música ajuda a estimular utentes mais apáticos ao motivá-los a participar em actividades dirigidas a objectivos concretos, desenvolve a auto-estima e sentimentos de bem estar, e permite a experimentação contida dos limites pessoais e uma reelaboração psíquica através do “brincar sonoro” (Bunt, Hoskyns, 2002). A não mediação dos impulsos e emoções através do pensamento, que se encontra normalmente desorganizado, sem função reguladora, sem insight, é combatida com a capacidade da música em reflectir, evocar, e conter os afectos; capacidade que confere aos utentes a possibilidade de se identificarem, experienciarem, e expressarem sentimentos de formas mais apropriadas, ajudando a estruturar e controlar comportamentos mais impulsivos (Heal, Wigram, 1993). Poder-se-á dizer que uma das qualidades terapêuticas mais evidentes na música é a de conseguir espelhar o paradoxo e a ambiguidade (ambivalência afectiva, clivagem) das dinâmicas fugazes do mundo emocional. (Priestley, 1994)

Faz-se normalmente uma diferenciação entre abordagens musicoterapêuticas em contexto psiquiátrico com adultos, tendo em conta a natureza e alcance da intervenção. Wheeler distingue três níveis (cit. em Houghton et al, 2005):

1) Musicoterapia enquanto actividade de recuperação terapêutica – o ênfase está em mudar o comportamento, não em ganhar insight ou compreendê-lo. A transformação dos padrões de comportamento é realizada através de actividades musicais estruturadas com o objectivo de aumentar os níveis de organização interna e externa, desenvolver competências interpessoais, combater o isolamento, e aumentar a auto-estima. As actividades pretendem-se estruturadas no geral, como o cantar em grupo, a escrita de canções, jogos rítmicos...

2) Musicoterapia de insight com objectivos reeducativos – faz uso das experiências musicais para estimular a discussão de sentimentos, o que possibilita o insight e a reorganização interna, diminuindo desta forma a ansiedade. Em relação à modalidade

anterior, o processamento verbal tem aqui um papel mais relevante. Promove-se a identificação de sentimentos e atitudes, a exploração de atitudes e comportamentos desadequados tendo em vista formas mais saudáveis de relação interpessoal, e medidas criativas de resolução de problemas. O foco é no material que surge no momento, no concreto da experiência consciente.

3) Musicoterapia de insight com objectivos reconstrutivos – utilizam-se experiências musicais terapêuticas que ajudem os clientes a alcançar insight sobre conflitos inconscientes que condicionam negativamente o seu comportamento, pensamentos e sentimentos. A música evoca fantasias inconscientes e memórias afectivas que se revelam estar na origem de conflitos geradores de angústia. São utilizadas técnicas de improvisação analítica baseadas no trabalho de Mary Priestley, técnicas do método GIM, e técnicas integrativas desenvolvidas pela criatividade idiossincrática de cada terapeuta.

Goldberg (citado por Houghton et al, 2005) distinguiu dois níveis de intervenção musicoterapêutica em psiquiatria com adultos: A terapia de actividades musicais (muito semelhante ao primeiro nível proposto por Wheeler), e a psicoterapia musical (semelhante aos níveis dois e três propostos por Wheeler). Na psicoterapia musical, as experiências musicais são usadas para amplificar, ecoar/sublinhar, conter ou confrontar/ contrariar respostas emocionais ao longo das sessões de grupo, de acordo com as necessidades identificadas nos pacientes (Houghton et al, 2005). O comportamento e a vida subjectiva dos paciente são traduzidos em metáforas e imagens, que são depois processadas verbalmente enquanto material representativo do funcionamento psíquico de cada um. Tal como os dois últimos níveis propostos por Wheeler, esta abordagem é dirigida a estados menos severos de doença mental, em que existe uma coesão egoica que possibilite o trabalho reconstrutivo.

A abordagem assumida durante o estágio cingiu-se aos dois primeiros níveis descritos por Wheeler. Houve um uso mais significativo da comunicação verbal no grupo de adolescentes, tecendo narrativas que possibilitassem algum insight. No grupo de adultos, a identificação de sentimentos e atitudes, e a exploração de atitudes e comportamentos desadequados, tiveram menos impacto devido ao elevado número de utentes presentes no grupo (não foi possível realizar um trabalho individual tão detalhado).

O Processo Musicoterapêutico

Daniel Stern afirma que experiências positivas de relação, onde o cliente partilha um foco mútuo exterior, possibilitando a partilha de atenção, intenções e afectos, são a base da mudança (Stern, 2004)

O processo musicoterapêutico em contexto psiquiátrico, desenvolve-se com o intuito de proporcionar ao paciente, através de uma linguagem não referencial, uma reestruturação e reintegração psíquica que possibilite uma expressão contida e significativa de sentimentos e pensamentos, e não apenas uma descarga activa de tensão e impulsos (Priestley, 1994). O setting terapêutico pode adoptar uma modalidade individual ou em grupo, de acordo com as necessidades específicas e fase de processo de tratamento dos pacientes. A passagem e alternância de um setting a outro pode também ser benéfica (Bruscia, 1998).

Numa primeira fase, planeiam-se as sessões e as actividades musicais como uma estrutura relativamente sólida e consistente. Ajuda-se o paciente a viver a sua disrupção ao aceitarmos numa atitude de não julgamento e contenção o que quer que ele diga ou faça. Facilita-se o processo musical, o reconhecimento de emoções e a organização do pensamento, e incentiva-se o estar em relação e a edificação de um sentido de identidade (Ruud, 1998). Devemos ser tolerantes com emoções fortes e alguma impulsividade, mas as intervenções devem encorajar a contenção do agir e a formulação verbal e musical de ideias que constituam uma forma

controlada de expressão (Wigram, Wosch, 2007). Música e palavras são utilizadas como formas de comunicação com o potencial de organizar o pensamento, integrá-lo com os afectos, e aproximar o paciente do mundo intersubjectivo dos outros, descobrindo o sentido da partilha e comunicação. (Pavlicevic, 2000)

Faz-se música com os pacientes de uma forma contentora e não afirmativa, criando o maior espaço possível para o paciente definir a sua voz musical através do tempo, e experimentar formas de relação e elaboração psíquica alternativas através da sua música. Ao combinarmos música e intervenções verbais, diminuimos a distância entre a expressão verbal e não verbal, entre os afectos e o pensamento. (Gfeller, 2005).

A relação terapêutica não só reproduz padrões de relações primárias, como é criadora e contentora de novos símbolos e dinâmicas relacionais (Bion, 1992). Na sessão musicoterapêutica a música é imbuída de material inconsciente projectado pelo paciente e pelo terapeuta. A função do terapeuta é fundar nessa dimensão não referencial que é a música, um espaço contentor onde as projecções do paciente possam ser transmutadas em elementos alfa (elementos que possam ser integrados psiquicamente), e posteriormente introjectadas facilitando a integração intrapsíquica (Bion, 1992; Priestley, 1994; Metzner, 2010). Neste sentido, a música tem uma função Alfa: é um veículo de expressão e transmutação de material não elaborado psiquicamente (expressão e transmutação de elementos Beta em elementos Alfa), e terreno de criação e experimentação de novas modalidades de ser em relação. Enquanto forma de linguagem não referencial, o terreno musical não está sujeito às defesas psíquicas associadas ao uso de formas cognitivas mais analíticas como a linguagem verbal (Priestley, 1994; Metzner, 2010).

Sustentação Empírica da Musicoterapia em Contexto Psiquiátrico

adultos.

O número de projectos de investigação científica, e estudos de caso, dedicados à aplicação da musicoterapia em psiquiatria, têm vindo a acumular-se consideravelmente. Existem já fortes evidências dos efeitos terapêuticos aclamados pelos profissionais no activo. A musicoterapia em psiquiatria, quando usada em sinergia com a assistência médica convencional, revela efeitos significativos no estado geral de saúde, no nível de sintomas, ansiedade, funcionalidade e interacção musical e inter-pessoal (Choi, Lee, Lim, 2008; Gold, Bergen, Solli, 2009).

Nas perturbações psicóticas diminui especialmente os sintomas negativos, aqueles que a medicação não consegue influenciar (sendo mais eficaz quando estes são primários na condição do paciente) (Ulrich, Houtmans, Gold, 2007; Hayashi, Tanabe, Nakagawa, Noguchi, Iwata, Koubuchi, Watanabe, Okui, Takagi, Sugita, Horiuchi, Sasaki, & Koike, 2002; Gold, Heldal, Dahle, & Wigram, 2005; Tang, Yao, Zheng, 1994). Ainda em relação às condições psicóticas, alguns estudos sugerem a melhoria de sintomas positivos, estados depressivos, anedonia e anergia (De Sousa & De Sousa, 2010; Gold, 2007; Silverman, 2003).

Em relação a resultados mais específicos, Gold, Bergen, e Solli (2009) verificaram que a musicoterapia ajudava na redução da tensão muscular, na diminuição da ansiedade, na melhoria das relações inter-pessoais, no aumento da motivação, na melhoria da auto-imagem, no aumento da auto-estima, no aumento de verbalização e na vivência de descargas emocionais seguras e bem sucedidas. Parece que eficácia dos efeitos produzidos não depende do diagnóstico específico, os resultados são transversais a diagnósticos como esquizofrenias, depressões, condições borderline e neuroses. Os mesmos autores confirmam que assim como nas terapias verbais, os efeitos da musicoterapia aumentam com o número de sessões providenciadas. A relação do nº de sessões / efeito produzido, é não linear (tem maior efeito nas primeiras sessões). São verificados efeitos ligeiros após 3 a 10 sessões; efeitos médios

são alcançados após 10 a 24 sessões; e efeitos fortes são visíveis após 16 a 51 sessões. **adolescentes.**

Numa meta-análise sobre a musicoterapia na adolescência (Gold, Voracek, Wigram, 2004), a improvisação foi identificada como a técnica central da maioria dos estudos. Ela permitiu essencialmente a exploração e expressão de sentimentos indizíveis, o acesso a emoções clivadas, e a facilitação da comunicação e da construção de relações. A criação / recriação de canções foi também descrita em muitos dos estudos. Esta técnica foi usada para criar um ambiente seguro e familiar, e como veículo de expressão pessoal revelador de assuntos que de outra forma dificilmente seriam verbalizados. As técnicas receptivas foram descritas algumas vezes enquanto meio valioso de facilitação do insight (as técnicas receptivas são normalmente associadas à. A meta-análise revelou também que a musicoterapia é especialmente eficaz no tratamento de problemas de comportamento e desenvolvimento, e que contribui para o desenvolvimento de competências sociais e do auto-conceito.

Vários estudos com grupos de adolescentes evidenciaram que a música improvisada possibilita ao adolescente a expressão, o estar em contacto com, e a partilha de sentimentos como a raiva, a fúria, a dor, a nostalgia; permite ainda a experimentação com a proximidade e o isolamento, e a exploração de fantasias pessoais (Montello, & Coons, 1998; Tervo, 2001; Skewes, 2001).

Um estudo sobre os factores terapêuticos e técnicas em musicoterapia (Gold, Voracek, Wigram, 2007) revelou que: o discurso verbal ganha relevo e importância com o aumento da idade nos utentes; a relevância do uso de canções decresce dos 3 aos 14 anos, voltando a ser uma mais valia dos 15 aos 19 anos; o uso frequente da improvisação e do discurso verbal foi

relacionado significativamente com a melhoria de sintomas; a eficácia do processo é potenciada quando são usadas técnicas de diferentes modelos ou teorias.

Num estudo efectuado com adolescentes deprimidos (Field, Martinez, Nawrocki, Pickens, Fox, Schanberg, 1998) verificou-se um decréscimo significativo de cortisol (hormona envolvida na resposta ao stress) e registou-se na maioria dos adolescentes, através de um EEG, uma activação na região esquerda da zona frontal do cérebro (associada com o afecto positivo), após a realização de cada sessão de musicoterapia.

Musicoterapia em Contexto Psiquiátrico com Adolescentes

Em contexto psiquiátrico, a principal problemática da adolescência de risco diz respeito a perturbações na construção/reconstrução da identidade. Relacionadas com este processo estão a labilidade afectiva, a difusão da identidade, o agir como defesa, a retirada objectal (o isolamento), a vulnerabilidade narcísica com colorido depressivo ou com manifestações de onnipotência narcísica (a busca pelo ideal do Eu), e dificuldades na expressão e elaboração da vida afectiva (Flower, 1993; Frisch, 1990).

A matriz que enforma o trabalho musicoterapêutico com o adolescente é a tomada de consciência da “identidade sonora-musical” (ISO), promovendo um sentimento de si e do outro através de uma “experiência emocional estética, partilhada e correctiva”. A expressão e elaboração dos sentimentos e conflitos torna-se essencial no processo de diferenciação/individuação e na promoção de um sentimento de coesão do Self (McFerran, 2010; Flower, 1993; Frisch, 1990).

Skewes (2001) Salienta a importância de conceder a oportunidade de escolha e controle na estrutura e conteúdo das sessões, assim como o respeito pela decisão de cada adolescente interpretar verbalmente, ou não, a sua própria improvisação. Skewes afirma que os principais desafios do adolescente em musicoterapia estão relacionados com a integração da experiência

pessoal no self emergente. Ela afirma ainda que o ritmo é o elemento preponderante nas improvisações adolescentes, bastante mais que a melodia e a harmonia.

O Paradoxo é a própria natureza da adolescência. A falta de estrutura ou natureza caótica que muitas vezes emerge nas improvisações é descrita por Skewes (2001) como natural do estado de desenvolvimento do adolescente, e não como um indicador de falta de limites ou psicose. Esta perspectiva vem ao encontro de Malekoff (1997) que afirma que em contexto terapêutico é de esperar um nível elevado de ruído e de movimento físico constante, características que segundo o autor devem ser aceites como formas integrais de interações não estruturadas entre adolescentes.

Outras vantagens assinaladas por Skewes (2001) no trabalho com esta população são a possibilidade da música provocar mudanças sem ser necessário o recurso às palavras, e a sua capacidade de facilitar a expressão verbal e emocional. A autora sublinha ainda que a musicoterapia permite aceder a necessidades desenvolvimentais específicas da adolescência tais como a formação da identidade, e pode ser útil no aumento do *insight* sobre o próprio e sobre as suas relações inter-pessoais, escolhas musicais, e, sobre os comportamentos esperados num grupo de pares. O terapeuta deve estar preparado para alternar entre dois papéis: o de contenção nas fases iniciais e mais regredidas do grupo e numa segunda fase, um papel em que seja capaz de dar gradualmente mais autonomia ao grupo, à medida que os elementos se vão vinculando mais uns aos outros (Skewes, 2001).

A capacidade que a música comporta de criar um ambiente seguro e familiar (contentor) é evidenciada por muitos autores (De Backer, 1993; Frisch, 1990; Skewes, 2001; Tervo, 2001; Flower, 1993). De Baker (1993), adoptando o entendimento de Bion (1992) sugere que a música improvisada absorve os sentimentos não elaborados de medo e confusão projectados pelo adolescente (elementos beta), sentimentos que são então reorganizados e transmutados

em elementos alfa (Bion, 1992) pelo terapeuta e pela música do grupo. Estes elementos ficam então disponíveis para serem introjectados potenciando uma reelaboração do significado dos factos seleccionados (experiências psíquicas essencialmente emocionais de um sentido de coerência entre fenómenos mentais) (Bion, 1992).

Frisch (1990) afirma que a música é em si mesma uma forma de energia apropriada para conter e dar estrutura ao material psíquico. A mistura de estrutura e criatividade na improvisação musical, é entendida como uma oportunidade de dar sentido ao caos e despertar esperança, de projecção de material inconsciente de forma benigna e construtiva (De Backer, 1993; Frisch, 1990; Skewes, 2001). Frisch (1990) e Flower (1993) comentam ainda a importância das actividades que potenciem a auto-estima e que concedam ao adolescente oportunidades de escolha e controle, assistindo a construção de um ego e identidade saudáveis. Plach (1996) enfatiza o poder de evocar narrativas verbais que a música carrega consigo. Ele descreve a música como um estímulo de promoção de novos comportamentos e como uma lente e catalizador de transformação de papéis sociais pré-determinados e demasiado rígidos.

De acordo com Malekoff (1997), existem processos únicos e dinâmicas de trabalho grupal característicos da população adolescente: a necessidade de estrutura nas primeiras sessões sem a retirada da responsabilidade dos seus participantes; os testes constantes à autoridade do terapeuta e à confiança de cada elemento do grupo; a tendência à competição e à hierarquização de papéis; mecanismos de procura de atenção; actividade física enquanto descarga de tensão; o barulho e a brincadeira; o valor do silêncio e da experiência não verbal.

O papel de facilitador num grupo de musicoterapia com adolescentes, é um pouco diferente do habitual. Malekoff (1997) salienta a importância de manter um bom sentido de humor, estar de forma aberta e honesta, e ao mesmo tempo ser uma figura modelo positiva

capaz de suportar as vicissitudes de um grupo de adolescentes.

Improvisação Sonoro-Musical, Realidade Psíquica, Comunicação Humana, e Mecanismos Terapêuticos

Ruud (1998) concebe a improvisação em contexto terapêutico como uma experiência liminal, um estado associado à transição, um não estar aqui nem ali em particular, um espaço e um tempo de flexibilização de regras e perspectivas, normalmente associado aos ritos de passagem (fenómeno universal de passagem de uma identidade social para outra, de uma forma de ser, e viver em comunidade, para outra). Bruscia (1987) afirma que a música improvisada reflecte a “forma de ser” do cliente, no momento presente e no contexto mais alargado de vida.

Pavlicevic (2000) entende a improvisação em musicoterapia integrando o “brincar” de Winnicott, com os “afectos de vitalidade” de Daniel Stern, ambos derivados do estudo da relação mãe-criança (dos aspectos mais primários da relação humana). A autora refere que o brincar sonoro que ocorre durante a improvisação acontece num espaço transicional, evocando dinâmicas relacionais mais arcaicas. Os afectos de vida são tornados manifestos no som, revelando as dinâmicas e a qualidade dos estados subjectivos do outro (paciente). Segundo a autora, o diálogo musical acontece num processo de “sintonia afectiva”. Pavlicevic (2000) representa a improvisação musicoterapêutica como comunicação humana no som, através dos elementos de tempo, ritmo, forma, dinâmica, textura, e timbre, manifestados na musica, no discurso, em vocalizações, gestos e expressões faciais; afirma ainda que o aspecto terapêutico da improvisação sonora depende essencialmente da autenticidade pessoal e interpessoal do terapeuta e do cliente na relação com a música e um com o outro. O elemento estético na criação sonora está intimamente ligado com momentos significativos de autenticidade pessoal e relacional (Pavlicevic, 2000).

O brincar é essencial, diz Winnicott, porque é através dele que se manifesta a criatividade (Winnicott, 1975). No espaço potencial, o paciente pode mobilizar todos os recursos disponíveis na sua personalidade. O brincar winicottiano é fundado numa experiência de um estado não intencional. A criatividade de que fala Winnicott, que descobre e cria o eu, nasce de um estado sem demanda por criatividade. O espaço que o brincar ocupa não fica dentro nem fora da subjectividade, fica na fronteira. Este espaço de brincar que Winnicott chamou de espaço potencial, transicional, é de início concebido como um espaço que se forma entre a mãe e o bebé (Winnicott, 1975). Este espaço transicional é paradoxal por natureza por revelar uma dimensão anterior, entre, e posterior à “bjectividade”, seja ela o(bjectividade) ou su(bjectividade), diluindo as categorias experienciais da vivência humana num continuo de criatividade e novas possibilidades (possibilitando a reelaboração das dinâmicas objectais).

Stern (1992) determina que as dimensões de “movimento, tempo, força, espaço, e intencionalidade / direccionalidade” possibilitam a experiência de vitalidade. Esta vitalidade é a nossa experiência primária de nos sentirmos conectados com o mundo, de estarmos em sintonia com a vida. Ela emerge na relação e é composta por um movimento incessante de estados subjectivos, os “afectos de vitalidade”. Estes referem-se a uma dinâmica de mudança nos sentimentos, comportando modificações analógicas em tempo real, de afectos, pensamentos, percepções ou sensações a cada fracção de segundo. Como exemplo, podemos citar um sentimento de aceleração e a explosão de raiva subsequente. Os “afectos de vitalidade” distinguem-se dos “afectos categóricos” tradicionais de raiva, alegria, tristeza, desgosto, vergonha, medo e surpresa, ainda que ocorram tanto na presença ou na ausência destes últimos (Stern, 1992)

Daniel Stern (1992) afirma que a comunicação emocional e a interacção afectiva se fundam precisamente sobre contornos rítmicos e dinâmicos de “sintonia afectiva”. A sintonia

afectiva é um estar em relação co-construindo uma intersubjectividade que emerge da dança mutua e recíproca da intensidade, tempo, e forma dos “afectos de vitalidade” dos intervenientes. “Espelhar” e “ecoar” representam os termos clínicos que mais se aproximam da sintonia do afecto. Todo este processo ocorre no tempo, em que o “momento presente” é o veículo essencial de relação, dimensão decisiva na co-criação de intencionalidade / direccionalidade das formas, dinâmicas e intensidades dos estados subjectivos subsequentes.

O “momento presente” é onde o trabalho terapêutico essencial é realizado. A sucessão de “momentos presentes” revela-se um veículo de transformação terapêutica e relacional, que pode ser prolongado e expandido qualitativamente através da singularidade fenomenológica da música e da relação musical (Ansdell, Davidson, Magee, Meehan, Procter, 2010). As categorias de tempo negociado (ou pulsação partilhada), contornos de intensidade, e micro-narrativas criadas na sucessão de “momentos presentes”, são sugeridas por Ansdell (2010) como plataforma de criação de um campo intersubjectivo potencialmente reparador. Neste sentido, os autores sugerem a possibilidade de um processo musicoterapêutico implícito na fenomenologia da relação musical, capaz de realizar um trabalho terapêutico singular. A “sintonia afectiva”, neste contexto, não é apenas um processo relacional, mas um prelúdio de “ir com” ou “dirigir para”, em que a forma, direcção e qualidade dos “afectos de vitalidade” inter e intra-subjectivos é guiada pela intuição a um nível micro-temporal (momento presente) e pela intencionalidade a um nível macro-temporal (sucessão de momentos presentes).

A necessidade fundamental de comunicar as cadências temporais dos movimentos emocionais e toda a tessitura subjectiva da interioridade psíquica, potencia a emergência de dinâmicas proto-musicais. Trevarthen e Malloch (2000) defendem que as funções cognitivas emergem da profundidade destas “dimensões de musicalidade”, da dança expressiva não

verbal que Daniel Stern (1992) identificou enquanto base da comunicação humana – os afectos de vitalidade.

Neste contexto, quando a capacidade simbólica é precária afectando a identidade e a coesão do Self (com todos os mecanismos reguladores associados), a experiência musical potencia uma reconstrução de significado (uma reconstrução dos símbolos e narrativas que construímos sobre nós mesmos e sobre o mundo) ao reelaborar as capacidades de simbolização que emergem das dimensões da “musicalidade comunicativa” (Trevarthen e Malloch, 2000). Ao activar níveis pré-verbais de experiência humana, permeabilizando-os e flexibilizando-os numa dinâmica temporal, a experiência musical possibilita uma transmutação de estados subjectivos (com as suas dinâmicas e processos associados – mecanismos de defesa, partes clivadas, complexos psíquicos inconscientes, as diversas funções cognitivas, sentido de identidade...), auxiliada pela sua natureza potencialmente contentora e estruturante; e, a um nível mais consciente / intencional, permite uma experimentação pessoal de novas formas e dinâmicas psíquicas, físicas, e relacionais. Neste sentido, Kenny (2007) afirma que a transformação de sentimentos operada na improvisação livre, permite não só uma expressão de conteúdos inconscientes, mas também a criação imediata de novos símbolos pela síntese intersíquica que a música possibilita. Este material intersíquico fica disponível para ser introjectado estabelecendo um princípio para a síntese intrapsíquica.

Segundo De Baker (1993), começam a surgir inesperadamente e involuntariamente momentos de “sincronicidade” musical onde se criam as fundações de um espaço intersíquico comum. O paciente começa a desenvolver o seu tecido musical e a interagir com o terapeuta: a pulsação começa a ser partilhada, começam a ocorrer silêncios na improvisação, surgem pequenas variações melódicas e rítmicas, e momentos de diálogo e

interacção musical – “sintonia afectiva” (Stern, 1992). Ocorre então criação de um espaço psíquico independente a partir do qual o paciente desenvolve a sua autonomia e identidade na experiência musical, um espaço transicional (Winnicott, 1975) onde o brincar sonoro recria narrativas idiossincráticas e padrões de relação mais ajustados. Os pacientes reactivam as suas experiências precoces com os objectos primários (reminiscentes da relação mãe-bebé) e revivenciam as suas necessidades de desenvolvimento que ficaram por satisfazer.

Dinâmica de Grupos

Grupos Terapêuticos

O estudo das dinâmicas de grupo remete-nos para o trabalho terapêutico realizado e aprofundado pela psicologia. Existem três dimensões fundamentais no trabalho terapêutico com grupos: a intrapsíquica, a interpessoal, e o grupo (Rutan, Stone, 2001). A dimensão intrapsíquica comporta os traços de personalidade, defesas típicas, técnicas de resolução de problemas, relações objectais, etc.; a dimensão interpessoal envolve estilos relacionais, a exteriorização de conflitos internos, os papéis sociais, e os mecanismos de projecção e identificação projectiva; a dimensão grupal diz respeito à estrutura social do grupo, às suas normas, valores, pressupostos e restrições (Rutan, Stone, 2001). Rutan e Stone afirmam que se o terapeuta se foca mais nos processos de transferência ele acede mais ao mundo fantasmático e ao inconsciente, se houver mais interesse na interacção entre os membros do grupo, trabalha-se mais as relações interpessoais e as competências sociais.

MacKenzie (1994) identifica os factores terapêuticos característicos de um grupo de trabalho terapêutico e divide-os em quatro categorias: 1) De suporte – o sentimento de pertença a um grupo, universalidade (reconhecimento dos sentimentos pessoais no outro), aceitação, altruísmo e esperança, e coesão grupal; 2) Auto-revelação – catarse e auto-

revelação; 3) Aprendizagem – educação, aprendizagem vicariante, e modelação; 4) Trabalho psicológico – aprendizagem inter-pessoal e insight.

Os papéis adoptados por cada membro num grupo terapêutico, são de especial relevância na compreensão das dinâmicas intra e inter-pessoais. Os papéis relacionam-se com funções específicas dentro de um grupo (funções de trabalho e funções emocionais), e com padrões sociais característicos de cada individuo. Benne e Sheats (1948) classificaram três tipos de papéis: papéis orientados para as tarefas (focados na execução das tarefas do grupo), papéis orientados para a manutenção (contribuem para o desenvolvimento das relações inter-pessoais), papéis auto-orientados (focados nas necessidades ou objectivos pessoais que não são relevantes para o grupo).

Em relação aos papéis orientados para as tarefas distingue-se o “lançador de ideias”, orientado para as questões pragmáticas do grupo como a proposta de tarefas ou de objectivos, a identificação de problemas, etc.; o inquiridor que reúne informação ao questionar o grupo sobre procedimentos, números, factos, sugestões ou ideias; o informador que transmite ao grupo as informações disponíveis, dá sugestões e ideias; o coordenador que sistematiza as ideias ou sugestões apresentadas e fornece decisões ou conclusões para que possam ser ponderadas pelo grupo; o crítico, que questiona constantemente o grupo, no sentido de saber se está seguro das decisões que se vão tomando (Benne, Sheats, 1948).

Quanto aos papéis orientados para a manutenção, identifica-se o harmonizador, que normalmente tem um sentido de humor apurado, e orienta esta sua faceta no sentido de aliviar tensões entre os elementos; o vigia, que tende a promover o equilíbrio do grupo, ajudando a manter aberta a comunicação entre os elementos de modo a que todos se pronunciem sempre que for necessário; o protector, que se preocupa com os outros, cimentando relações de amizade, bom ouvinte, incentivando e apoiando; o seguidor, que ele faz tudo em função do

bom funcionamento do grupo e do bom relacionamento entre os seus elementos; o estimulador, fonte de feedback positivo e encorajamento; e o avaliador que avalia o progresso do grupo (Benne, Sheats, 1948).

Os papéis auto-orientados são geralmente tolerados ou, em alternativa, ignorados e podem levar ao detrimento do grupo, embora a tendência seja para que eles não tenham a relevância dos outros tipos de papéis. O dominador procura impor-se, demonstrar a sua superioridade independentemente das exigências da situação; o queixoso que rejeita qualquer tipo de ajuda mas insiste em realçar a sua insatisfação com tudo e todos; o playboy que é movido por um desejo incessante de ser narcisado através dos aspectos mais superficiais da sua identidade; o monopolizador que se aproveita da situação colectiva para expressar os seus sentimentos, ideias, história pessoal, sem qualquer relação com os problemas actuais do grupo; o intriguista que fomenta o desacordo e a intriga; e o palhaço que, com as suas constantes piadas, pode efectivamente levar o grupo a alhear-se das suas tarefas (Benne, Sheats, 1948).

MacKenzie (1994) refere quatro tipos de papéis: O papel estrutural, focado na compreensão das tarefas colectivas, é essencialmente um papel de liderança; o papel sociável, em sintonia com a qualidade dos sentimentos nas relações inter-pessoais - tende a ser uma figura que regula a quantidade e qualidade dos afectos no grupo; o papel divergente, normalmente associado ao bode-expiatório - oferece perspectivas diferentes das restantes, normalmente em oposição ou rebelião em relação às normas e valores colectivos (o bode-expiatório costuma ser o porta-voz de assuntos e afectos partilhados pelo grupo, que são inconscientemente ignorados, recalcados); o papel prudente, associado à pessoa silenciosa - símbolo da humilhação e vergonha potencial do encontro inter-pessoal.

Uma outra análise, complementar, desenvolvida por diversos grupo-terapeutas é a das fases de desenvolvimento de grupos terapêuticos. Bennis e Shepard (1956) desenvolveram

uma abordagem teórica que identifica duas grandes fases subdivididas em seis sub-fases de desenvolvimento em grupos de trabalho terapêutico, onde os seus membros lidam essencialmente com duas áreas de incerteza: a dependência (relações de autoridade), e a interdependência (relações pessoais).

Na primeira sub-fase de dependência (fuga-dependência), lida-se essencialmente com a redução da ansiedade pela busca por um objectivo comum. Na sub-fase 2 (contradependência / luta), a fase mais desconfortável do grupo, emergem questões de poder, e surge alguma hostilidade dirigida ao facilitador pela sua aparente incompetência. Costumam emergir dois subgrupos: um que tenta criar e apoiar a liderança e a estrutura do processo, e outro que se opõem a tais esforços. Porém, permanecem sempre alguns membros que não se identificam bem com nenhum dos dois subgrupos (os independentes). Existe, mais ou menos latente, um desencanto com o líder, ele é desvalorizado, ignorado; mas existe o desejo secreto que o líder consiga dar sentido e encaminhar o grupo na direcção certa. A sub-fase 3 (resolução / catarse), é uma fase de transição, normalmente mais rápida que as restantes. Na eminência da dissolução, os independentes ganham uma força mais activa. Perante a remoção simbólica do líder, são tornadas conscientes as emoções e atitudes de ambivalência em relação à autoridade. Os independentes lideram esta fase (são vistos como não tendo interesse no poder). Há uma excitação e um envolvimento muito grande nesta fase, um envolvimento pela união dos membros na revolta onde emergem sentimentos de solidariedade (Bennis, Shepard, 1956).

Após a sub-fase 3 o líder não é mais visto como tendo poderes mágicos e o grupo ganha autonomia, emerge uma responsabilização pessoal pelo próprio desenvolvimento do grupo. As fantasias de dependência e contradependência desaparecem, a luta pelo poder dissipa-se e todos se focam em objectivos comuns. Bennis e Shepard (1956) afirmam que os grupos não

se desenvolvem inevitavelmente pela resolução da fase de dependência em direcção à fase 2 (interdependência), eles podem ficar retidos indefinidamente na primeira fase. A resolução dos problemas de dependência move a atenção do grupo para problemas de responsabilidade partilhada. Na primeira fase estava em jogo as dinâmicas de poder, aqui, são as dinâmicas dos afectos (intimidade, amizade, identificação) (Bennis, Shepard, 1956).

A sub-fase 1 da interdependência (encantamento / fuga), é uma fase relaxada, sem tensão, onde impera a espontaneidade, a brincadeira e o prazer. No principio existe a catarse, mas com o tempo desenvolve-se um funcionamento de carácter normativo ao qual os membros do grupo são impelidos a conformar-se (nada deve quebrar a harmonia conquistada). Ao perpetuar a aparência de harmonia descure-se os sentimentos reais e cada membro age progressivamente, cada vez mais afastado da sua sensibilidade pessoal. Começam-se a criar subgrupos. No final desta sub-fase, a felicidade inicial é então apenas uma máscara, impera então a ambivalência. Na sub-fase 2 (Desencantamento / Luta), o grupo divide-se em dois subgrupos, orientados pelo grau de intimidade requerido por cada um (counterpersonal vs overpersonal). A sub-fase 4 pertence aos overpersonal, esta sub-fase 5 pertence aos counterpersonal. A sub-fase 3 (validação consensual), é uma fase de avaliação de papéis. Os independentes, aqueles cuja auto-estima não é ameaçada pela perspectiva de intimidade, são os catalisadores de mudança e restauram a confiança dos restantes membros no grupo. Ao comentarem-se os papéis de cada um, dissipa-se a ansiedade e o medo de rejeição pelo teste da realidade. A comunicação destes pressupostos (dos papéis de cada um como são percebidos por cada membro) é o trabalho principal desta sub-fase. O consenso é atingido pela discussão racional, os membros ganham um significado pessoal mais profundo uns para os outros (Bennis, Shepard, 1956).

Durante a fase da autoridade (dependência), o grupo move-se de uma preocupação com a submissão para uma preocupação com a rebelião, para uma resolução do problema de dependência. Dentro da fase pessoal (interdependência), o grupo move-se de uma preocupação com a identificação intergrupala, para uma preocupação com a identidade individual, para uma resolução do problema da interdependência (Bennis, Shepard, 1956). Os autores dizem-nos que, em termos patológicos, as relações de poder (com a autoridade) são pautadas por três movimentos essenciais: a rebelião, a submissão, e o recuo. Afirmam ainda que, as relações de intimidade entre pares (amor) são pautadas pela competição destrutiva, pela exploração emocional e pelo recuo. Este tipo de relações estão direccionadas para a escravidão do outro ao serviço do self, a escravidão do self ao serviço do outro, ou desintegração da situação, e são movimentos contrários ao trabalho construtivo do grupo.

Ao categorizarem as posições dos membros do grupo em função dos desafios proporcionados, Bennis e Shepard (1956) afirmam ainda que ao reagir ao líder ou em relação à estrutura de regras, os membros do grupo são "dependentes" se encontrarem conforto na autoridade, e "contradependentes" se desconfiarem e reagirem com hostilidade a figuras de autoridade; no aspecto pessoal da interdependência, os membros do grupo que não descansarem enquanto não estabelecerem relações com elevado grau de intimidade assumem o papel de "overpersonal", os que evitam intimidade assumem o papel de "counterpersonal".

Rutan e Stone (2001) desenvolveram uma outra grelha de análise do desenvolvimento de grupos, constituída por quatro fases: a fase formativa, a fase reactiva, a fase madura, e a fase de separação. Na fase formativa há uma aprendizagem das regras de funcionamento do grupo, procuram-se semelhanças entre os membros na busca por uma identidade grupal que inclua características pessoais. Cada membro tenta criar um nível de intimidade relacional que tenha sido seguro no passado. As questões de confiança e sentimentos de segurança

envolvem-se então em ansiedade e desencadeiam formas de relacionamento interpessoal características dos anos formativos com a família ou os cuidadores. Os membros tentam adquirir informação, e procuram um líder, uma direcção: a ambiguidade e frustração de tais tarefas desencadeiam mecanismos de defesa característicos de cada indivíduo (Rutan, Stone, 2001).

A fase reactiva, é, segundo os autores, uma fase de rebelião e diferenciação, que se traduz por revolta manifesta, ou rebelião e assertividade por um lado, e por recuo, passividade e conformidade por outro. As expressões destes afectos potencialmente destrutivos é ao mesmo tempo uma aceitação de uma norma fundamental: falar abertamente sobre todos os sentimentos. As normas da primeira fase são testadas e modificadas, num processo em que a individualidade de cada membro (com todos os conflitos interpessoais implicados) é integrada na identidade grupal. É uma fase muito emocional, com a razão normalmente toldada por sentimentos de controlo, exigência e injúria, sentidos como ameaçadores (Rutan, Stone, 2001).

A fase madura é a fase do grupo de trabalho. Rutan e Stone (2001) identificam algumas características centrais desta fase: os membros interagem espontaneamente e dão continuidade aos temas de sessão para sessão; a liderança é partilhada e cada membro assume uma variedade de papéis; emoções fortes e conflitos intensos são tolerados e não são evitados prematuramente; embora haja um maior ênfase nas interacções intragrupais, o foco de trabalho é flexível, das dinâmicas intragrupais às extragrupais, da história pessoal à história grupal, da dimensão intrapsíquica à inter-psiíquica; o terapeuta é visto como uma autoridade, mas desmistificado, é um aliado na aventura terapêutica.

A última fase é a de separação. Existe uma recapitulação do trabalho realizado, uma retrospectiva de todo o processo, e uma consciencialização das transformações operadas no

decorrer da terapia. Os fins nunca são simples nem fáceis, mas de importância vital para a integração de todo o processo na vida de cada membro.

Grupos Musicoterapêuticos

Gardstrom (2007) diz-nos que embora os princípios de grupos terapêuticos sejam válidos para os grupos de Musicoterapia, estes grupos têm especificidades distintas: a) Além da linguagem verbal, os grupos de musicoterapia têm também como veículo os elementos musicais (ritmo, melodia, harmonia, timbre, dinâmica, etc.) para se relacionarem no aqui- agora da sessão; b) Na experiência de criar música em grupo, os membros tendem a desenvolver papéis significativos no grupo, independentemente das suas capacidades de se expressarem verbalmente; c) Os elementos do grupo vivenciam um processo criativo que lhes permite criar as suas próprias soluções; d) Os grupos musicoterapêuticos vivenciam uma experiência estética transformadora, que se torna relevante para o desenrolar do processo terapêutico.

Os grupos musicoterapêuticos em contexto psiquiátrico usufruem da improvisação enquanto técnica central. Plach (1996), Bruscia (1987), Bunt & Hoskyns (2002), e Gardstrom (2007), acreditam que a improvisação em grupo é uma técnica fundamental para desenvolver a consciência de processos sociais e o desenvolvimento de novos padrões relacionais, exprimir sentimentos e desenvolver a auto-estima. Segundo Yalom (1995), a coesão grupal é comparada à aliança terapêutica em terapias individuais. Pavlicevic (2000) e Skewes (2001) sugerem que a partilha de uma pulsação colectiva, nas fases iniciais do processo musicoterapêutico, deve estar relacionada com a conquista de coesão grupal. De Baker (1993) alude também ao papel contentor do ritmo em musicoterapia. Andsell e colegas (2010), sugerem que estruturas rítmicas recorrentes são essenciais no forjar da aliança terapêutica.

A música criada a partir da improvisação de um grupo musicoterapêutico é maior que as partes que a criam, neste sentido os membros são integrados numa criação colectiva com um alcance e profundidade que transcendem a esfera cognitiva. A criação sonoro-musical é uma expressão do Self individual, que negocia o seu espaço e a sua presença sonora no âmago do som colectivo (Borczonek, 1997). O musicoterapeuta tem a responsabilidade de facilitar a criação de um som de grupo (identidade sonoro-musical do grupo). Este som de grupo permite que todos os membros se expressem ao mesmo tempo, partilhando uma teia intrincada de relações inter-pessoais numa matriz sonora de significação colectiva (McFerran, Wigram, 2002).

Skewes (2001) salienta alguns processos de análise e interpretação das criações sonoro-musicais em improvisação musicoterapêutica: 1) A qualidade sonora de timbre (individual e colectivo) é um dos focos centrais na audição de material musical, assim como as mudanças e variações musicais (de tempo, harmonia, melodia, volume, dinâmica...); 2) A coesão estética é mais importante do que a beleza por si só, no sentido em que a coesão estética revela um forte sentido comunicativo e cooperativo (coesão grupal) que possibilita a criação de uma estética sonora (criação e elemento criador da identidade sonoro-musical do grupo e de cada um dos seus membros); 3) Ao escutar uma improvisação, procuram-se os elementos mais salientes (que tendem a ser os mais significativos) e contemplam-se os seus possíveis significados; 4) Ao focar a atenção nas dinâmicas interpessoais da criação musical, o musicoterapeuta está consciente que a música reflecte dinâmicas pessoais, inter-pessoais e grupais, do momento presente e ao longo do tempo.

Bruscia (1987) identificou seis tempos de desenvolvimento de aspectos fundamentais num grupo musicoterapêutico: Uma primeira fase de “aclimação”, onde se estabelecem as regras básicas de funcionamento e se começam a estabelecer relações com os restantes membros, os

instrumentos, a música, e o terapeuta; depois surge uma fase de “exploração pessoal”, seguida de uma “exploração de papeis”; surgem então questões de poder em que a liderança do terapeuta é questionada, e eventualmente mantida; emerge um tempo de resolução de conflitos em que o trabalho individual e colectivo é aprofundado; e uma fase final de conquista de independência individual integrada numa validação consensual por parte do grupo.

A musica improvisada pelo grupo contem em si as dinâmicas inter-pessoais e a natureza do grupo (ou a sua identidade), no momento presente e ao longo do tempo (Bruscia, 1987). Após uma primeira fase de desenvolvimento de confiança e segurança entre os membros do grupo (onde a habilidade do grupo de improvisar espontaneamente é essencial ao desenvolvimento terapêutico), cada elemento começa então a arriscar na improvisação, ocorrem normalmente mudanças no tempo e nos padrões rítmicos mais familiares. Podem começar a surgir dissonâncias harmónicas, e recusa por parte de alguns membros em tocar. É nesta fase de desintegração e conflito, que, através da confrontação de dificuldades pessoais e inter-pessoais se alcançam resoluções e novos insights (McFerran, Wigram, 2002).

Então, quando é conquistado o respeito e a aceitação pelas diferenças sonoras de cada elemento, começa a emergir uma expressão musical mais genuína, pessoal e colectiva (os conflitos não desaparecem, são cíclicos, mas trabalhados de forma construtiva). Os membros desenvolvem então a capacidade de ouvirem a música do outro e tocarem de uma forma comunicativa. Esta experiência de intimidade, e de comunidade, possibilita a expressão da unicidade de cada elemento e do grupo em si. Há então uma flexibilização de papeis que permite expressar diferentes tonalidades emocionais, permitindo um movimento entre matrizes emocionais distintas, e sugerindo uma capacidade potenciada de gestão e controle sobre os diferentes estados subjectivos (McFerran, Wigram, 2002).

O som criado nas improvisações tem então subtilezas e nuances que o tornam mais excitante, interessante e criativo. Esta fase mais madura da vida do grupo musicoterapêutico está intimamente relacionada com a capacidade dos seus membros de se tornarem conscientes e estabelecerem relações entre a música e o Self (Borczonek, 1997). Neste contexto, a criação de improvisações sonoro-musicais significativas (em que cada membro está genuinamente entregue à expressão e comunicação musical) são um reflexo de, e mais um passo em direcção a, uma integração pessoal na coesão grupal. A ausência de liderança ou flexibilidade na liderança reflectem o nível de independência do grupo nesta última fase. (Gardstrom, 2007).

Objectivos Propostos

As actividades terapêuticas em psiquiatria realizadas no Hospital de Santa Maria não comportavam nenhuma actividade criativa para além da reconstrução ou transformação pessoal operada no processo de institucionalização parcial. Neste sentido, pretendeu-se que a musicoterapia concedesse aos utentes a oportunidade de acrescentar ao trabalho pessoal realizado sob outras abordagens, um processo de exploração criativa mediado pelo som. Pretendeu-se criar um espaço e um tempo onde fosse possível uma experiência transformadora que incluísse a pessoa inteira, sem o ênfase habitual nos aspectos patológicos da condição de cada utente. Desta forma, a experiência estética foi potenciada através da experiência musical, nas suas dimensões de expressão, relação, e criação. Esta experiência estética só é possível através das dimensões psíquicas de emocionalidade e intuição. A natureza não referencial do som, e o carácter integral da experiência estética, concederam um veículo de vivências sonoro-musicais partilhadas que exigiram um “ser inteiro” por parte de cada utente.

Já na intervenção clínica, para cada utente, pretendeu-se facilitar determinados processos através do processo musicoterapêutico: promover a criatividade e espontaneidade; promover a abertura de canais de comunicação não verbais; permitir uma experiência de liberdade e sentimento de continuidade de existência e presença focado no aqui-agora; promover a criação ou recriação da identidade sonoro-musical do indivíduo e do grupo, através da ampliação dos limites do self sonoro/musical; e utilizar a experiência musical enquanto terreno de experimentação e aprendizagem, reconhecendo padrões de comportamento e atitudes que a criação e interacção musical partilha com a vida.

Metodologia

Procedimentos

Fase de Integração

Após um estágio de observação realizado no Hospital de dia do serviço de Psiquiatria do Hospital Santa Maria, que decorreu no ano lectivo anterior durante um período de 4 meses, iniciaram-se os procedimentos para a realização de um estágio académico de musicoterapia com adultos, no mesmo local. A integração na equipe, e o primeiro contacto com a realidade dos utentes do Hospital de dia, tinha sido feita durante o estágio de observação. Ficou então estabelecido que o grupo de musicoterapia seria realizado semanalmente, às quintas feiras das onze ao meio dia. O número de utentes justificava a criação de dois grupos, mas devido às faltas de comparência regulares por parte de alguns utentes nas actividades usuais, foi decidido fazer um só grupo.

Fez-se um primeiro contacto com a unidade de adolescência, com o objectivo de realizar um outro grupo musicoterapêutico na unidade de dia. Elaborou-se um pedido à comissão de ética do hospital com o objectivo de poder gravar as sessões em vídeo e áudio. Os procedimentos formais de autorização de ordem ética levaram a que a intervenção começasse apenas a 12 de Janeiro, data em que se inaugurou o grupo, e a que as gravações só pudessem ser efectuadas a partir da 5ª sessão. O acesso ao diagnóstico clínico dos utentes também só foi autorizado em Abril. Para além do grupo musicoterapêutico, havia a reunião clínica semanal, que só começou a ser atendida a partir de Abril, também por adiamento de autorização: uma reunião de toda a equipa em que eram abordadas as ocorrências semanais e questões relacionadas com o funcionamento do Hospital de Dia.

Após algum tempo de espera pela resposta da unidade de adolescência, na semana de 20 a 24 de Fevereiro, acompanharam-se os jovens adolescentes nas suas actividades habituais

durante todas as manhãs. Estabeleceram-se desta forma as primeiras relações com a equipe de técnicos e com os adolescentes. As sessões de grupo iniciaram-se na semana seguinte, no dia 28 de Fevereiro. Realizaram-se todas as terças feiras, das 9.30 às 10.30, na sala de trabalho dos jovens. Ficou estabelecido que seria essencial a comparência na reunião clínica todas as quintas feiras. Os diagnósticos clínicos foram desde logo disponibilizados.

A decisão pela realização de grupos foi sugerida pela equipe do hospital de dia, e pela equipe de adolescência. Mais tarde, a 22 de Maio, iniciou-se um processo individual de musicoterapia, com um adolescente. As características e necessidades deste jovem (descritas mais à frente) faziam dele um bom candidato para um setting individual. A dada altura, era nítida a importância de um acompanhamento terapêutico pós-alta, integrando uma modalidade mais expressiva, que integrasse o corpo, as emoções e a cognição. Ficou a certa altura decidido que após a alta do jovem, ele seria acompanhado em sessões de musicoterapia individual, e em sessões de psicoterapia realizadas pela Dr.^a Ema Lima das Neves – Psicóloga.

Intervenção Terapêutica

A agenda semanal era preenchida às terças e quintas feiras. Nas terças feiras entrava às 9h, e começava a sessão com o grupo de adolescentes às 9h.30m, que terminava por volta das 10h.30m. Às 11 horas começava a reunião clínica no Hospital de dia, que durava normalmente até às 13h.30m, 14h. A partir do dia 22 de Maio, todas as terças feiras, realizava uma sessão individual com um adolescente, das 13h.30m às 14h15m. Nas quintas feiras chegava ao Hospital às 10h, e iniciava o grupo com os adultos às 11h, que terminava ao meio dia. Assim que terminava a sessão ia para a reunião clínica na unidade de adolescentes, que durava normalmente até às 13h30m, 14h.

Não foi utilizado nenhum instrumento de medida, tendo sido privilegiada uma avaliação qualitativa atenta e continuada. Houve elementos de diagnóstico e monitorização que foram criados conceptualmente, na tentativa de estruturar a compreensão dos processos individuais, e princípios das dinâmicas de grupo (revistas anteriormente) que foram revisitados na tentativa de dar sentido aos processos grupais.

As gravações das sessões foram revistas semanalmente, e, após as sessões era escrito um pequeno texto com as impressões mais marcantes. Foram realizados relatórios semanais para a equipe de adolescência, descrevendo o essencial de cada sessão. Ao longo de todo o processo foram trocadas e discutidas ideias nas reuniões de equipa (nas duas unidades), onde foi um desafio significativo perceber o que seria relevante relatar e com que linguagem poderia ser traduzida a experiência do processo musical dos utentes e do grupo.

elementos de diagnóstico e monitorização.

Os elementos de diagnóstico e monitorização criados inicialmente foram os seguintes:

- Atitude corporal (mímica, gestos, coordenação motora, controlo ocular);
- Nível de organização espacial;
- Tipo de contacto relacional com o outro (musicoterapeuta e outros pacientes)
- Nível de contacto com os instrumentos musicais (abordagem, fixação, dispersão, nível funcional)
- Natureza da produção e qualidade sonora e musical (estereotípias de ritmo e melodia, nível de intensidade, timbres, dinâmica musical, estética emocional, padrões rítmicos)
- Presença-ausência da produção vocal (entoação/inflexão, uso de onomatopeias, vocalizações, canções, etc.)
- Nível de criatividade musical vs fixações e estereotípias sonoro-musicais
- Vivência do silêncio / pausas

- Presença / ausência e conteúdo de verbalizações
- Natureza da interação e da comunicação: imitação, iniciativa/intencionalidade, pergunta-resposta, sincronia, contingência, ritmo, reciprocidade, alternância/simultaneidade
- Atitudes defensivas (fusão, afastamento, clivagem, negação, identificação projectiva, onnipotência)

Materiais e Técnicas Usadas nas Sessões

A intervenção musicoterapêutica realizada no estágio curricular, enquadrou-se no segundo nível de intervenção das abordagens musicoterapêuticas em contexto psiquiátrico com adultos, propostas por Wheeler (Becki et al, 2005). As sessões, de periodicidade semanal, tiveram uma média de duração de 1 hora, com o grupo de utentes dispostos num círculo, sentados em cadeiras, com uma variedade de instrumentos dispostos no centro do círculo. As sessões individuais, também de periodicidade semanal, tiveram uma média de duração de 45 minutos.

Materiais usados:

Metais – Metalofone, 2 Jogos de sinos, Triângulo, Pratos, Taça tibetana;

Peles - Djembé grande, Djembé pequeno, Darbuka, Adufe, 3 Pandeiretas, Dholak, Doholla

Madeiras - 2 Xilofones, 2 Claves, Caixinha Chinesa, Reco-reco, Sementes; 4 Maracas

Outros – Guitarra, Amplificador de guitarra, Teclado, Flauta de Bisel, Aparelhagem, Gravador áudio & vídeo “Zoom Q3 HD”.

Segundo Bruscia (1998), as principais técnicas utilizadas na Musicoterapia psicoterapêutica (adequada ao 2º nível de intervenção sugerido por Wheeler) são a improvisação, as canções e a Imagética com Música.

A técnica central utilizada foi a improvisação, com instrumentos e voz. Entre os vários modelos de intervenção em musicoterapia, a improvisação parece ser o que mais desafia a

nossa necessidade de segurança e familiaridade. Através da improvisação como processo, recria-se uma parte da identidade, tanto quanto a nossa identidade pessoal é improvisada e criada através da nossa própria narrativa (Bruscia, 1998).

Realizaram-se improvisações a pares, e em grupo. Houve improvisações apenas com instrumentos, e com instrumentos e voz. Criaram-se improvisações livres, e improvisações com referentes, que se basearam numa imagem, numa história, num sentimento, ou apenas numa indicação de estrutura musical (ex.: começar a tocar com uma intensidade sonora reduzida, subir depois a intensidade, e descer novamente). A improvisação foi também utilizada em certas dinâmicas interpessoais: 1) Um elemento escolhia os instrumentos que iriam ser utilizados, sugeria um tema, história, ou imagem para a improvisação, e dava sugestões musicais antes e durante a improvisação, liderando toda a dinâmica; 2) O terapeuta e um utente improvisavam sonoramente a relação entre duas emoções ou estados de espírito; 3) Passavam-se mensagens sonoras improvisadas.

Outra técnica, ou veículo terapêutico, utilizado nas sessões, foi a canção. Através das canções são expressos sentimentos, crenças, valores, esperanças, decepções, medos e triunfos. Desta forma, as canções são um óptimo veículo para aceder ao mundo interno, a pensamentos e emoções, e, conseqüentemente, à mudança (Bruscia, 1998). Fez-se uso das canções criadas de forma espontânea – dinâmica que permite que a música surja com uma improvisação de onde surge uma letra ou onde uma história é desenvolvida com um acompanhamento de improvisação musical. Este processo potencia a evocação de lembranças, ajudando a trabalhar sentimentos, emoções e conflitos, a expressar os problemas vividos e modificar o estado de ânimo (Bruscia, 1998). Utilizou-se também a reprodução / performance de canções, enquanto forma de experienciar, e reelaborar emoções. Houve também a partilha de músicas significativas (audição de temas trazidos pelos utentes) que

alguns utentes quiseram partilhar com o grupo.

Amostra

O grupo de adultos foi constituído por 15 utentes. Foram realizadas 18 sessões até à data de realização deste relatório. Tabela 1:

UTENTE	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE INTERNAMENTO	NºDE SESSÕES ASSISTIDAS
D	85 / 12 / 15	27 / 04 / 2011	9
S	78 / 05 / 27	17 / 03 / 2011	6
LS	71 / 07 / 27	06 / 06 / 2011	15
MA	52 / 03 / 28	20 / 06 / 2011	7
AP	83 / 01 / 07	05 / 09 / 2011	10
TEL	88 / 06 / 20	12 / 09 / 2011	5
CL	79 / 09 / 21	19 / 09 / 2011	11
LI	90 / 08 / 30	26 / 09 / 2011	7
LU	60 / 11 / 08	17 / 10 / 2011	15
MC	65 / 02 / 09	07 / 11 / 2011	9
C1	78 / 02 / 12	07 / 11 / 2011	12
TER	63 / 08 / 29	14 / 11 / 2011	10
E	67 / 12 / 30	06 / 12 / 2012	9
C2	77 / 01 / 18	13 / 02 / 2012	10
J	78 / 06 / 24	16 / 02 / 2011	6

O grupo de adolescentes foi constituído por 6 elementos. Foram realizadas 13 sessões de musicoterapia em grupo. Tabela 2:

UTENTES	IDADE	DATA DE INTERNAMENTO	Nº DE SESSÕES ASSISTIDAS
P	14	07 / 12 / 2011	10
PC	14	21 / 01 / 2012	9
PM	18	14 / 01 / 2012	8
J	20	03 / 12 / 2011	5
I	16	06 / 01 / 2012	5
A	19	10 / 12 / 2011	5

Estudo de Caso - Grupo Musicoterapêutico com Adultos

O Grupo e o Seu Desenvolvimento

Este grupo estava em actividades terapêuticas e ocupacionais durante os dias de semana no hospital de dia. Era portanto, um grupo já formado em pleno desenvolvimento. Esta situação evitou o desconforto inicial e as reacções típicas das fases iniciais na formação de relações entre os utentes. De qualquer forma, eles não estavam envolvidos em nenhum processo criativo continuado. O grupo era constituído por 15 utentes, descritos na tabela 1.

Condicionado pelas vicissitudes de um trabalho musicoterapêutico realizado num setting grupal, estabeleceu-se, à partida, um plano terapêutico com objectivos colectivos (que foram sendo trabalhados ao longo das sessões, tendo em conta a individualidade de cada utente): 1) Promover a criatividade e espontaneidade; 2) Promover a abertura de canais de comunicação; 3) Permitir uma experiência de liberdade e sentimento de continuidade de existência e presença focado no aqui-agora; 3) Promover a criação ou recriação da identidade sonoro-musical do indivíduo e do grupo, através da ampliação dos limites do self sonoro/musical; 4) Facilitar a coesão grupal, o sentimento de pertença identitária e a cooperação; 5) Facilitar a regulação de padrões de interacção (intensidade, intencionalidade, ritmo, sincronia, contingência); 6) Utilizar a experiência musical enquanto terreno de experimentação e aprendizagem, reconhecendo padrões de comportamento e atitudes que a criação e interacção musical partilha com a vida (padrões focados essencialmente nos aspectos relacionais); 7) Fortalecer a auto-estima e despertar a motivação; 8) Facilitar e promover a expressão emocional, os processos cognitivos (atenção, concentração, memória), a organização do pensamento, o prazer e o bem estar.

A fase formativa iniciou-se com o começo do processo musicoterapêutico. A primeira sessão foi intensa, havia muita expectativa e curiosidade no ar, tanto por parte dos utentes,

como da parte do facilitador. Após terem sido explicadas as regras e pressupostos base das sessões, e terem sido apresentados os instrumentos musicais, inaugurou-se a experiência musical com uma improvisação livre. Houve desde logo a capacidade de criar som movido por uma pulsação colectiva. O som era claramente desarticulado, o espaço sonoro era ocupado de forma desordenada, algo caótico; a maior parte dos utentes tocaram num volume reduzido e, o som colectivo, embora tivesse a energia de um grupo excitado pela inauguração de uma nova actividade, foi também mantido a um nível de volume moderado.

A música foi, nesta fase, o veículo e forma de expressão e relação privilegiadas. Apesar das questões feitas pelo facilitador, não havia grande exploração verbal relativamente às improvisações por parte dos utentes. As questões principais com que o grupo se deparou nesta fase, foram a definição das questões de poder e a relação com as regras e a autoridade. Até à quarta sessão, foram experimentadas diversas dinâmicas e estruturas improvisacionais, na tentativa de perceber a reacção dos utentes face a diversas situações, esclarecendo quais seriam os recursos e as áreas de vulnerabilidade de cada um.

Até à quarta sessão, foi-se desenvolvendo a confiança e a familiaridade com os instrumentos e com as vicissitudes da experiência improvisacional. Nesta sessão surgiram momentos de criatividade e sintonia, inéditos até então - sinais de uma fase reactiva emergente a ser preparada. As improvisações até esta altura tinham sido essencialmente rítmicas, ainda pouco diferenciadas, uma cacofonia algo amorfa que se movia no centro gravitacional da pulsação colectiva. Os aspectos melódicos e harmónicos tinham sido quase inteiramente ignorados: as explorações individuais nos xilofones, metalofone, e jogo de sinos, não tiveram grande relevância no som colectivo, e o facilitador não tinha feito uso de nenhum instrumento harmónico.

Nestas primeiras sessões formou-se um trio que funcionou em bloco, a CL, a AP, e a LU. Estas utentes sentaram-se sempre umas ao lado das outras e apoiavam-se mutuamente, havendo uma cumplicidade muito evidente entre as três. A AP parecia tomar as decisões (líder), e ser mais independente; desempenhou um papel divergente (MacKenzie, 1994) - musicalmente, nesta primeira fase, tocava de forma muito desafectada (e algumas vezes não tocava de todo), como se não estivesse lá realmente, reflectindo a humilhação e vergonha potencial na revelação do self através da música; inicialmente reservada e algo desconfiada assumiu um atitude de contradependência (Bennis, Shepard, 1956). A LU pôs-se inicialmente numa atitude de dependência face à autoridade do facilitador, de uma forma exagerada e castradora, inibindo-se muito musicalmente (parecia que tinha medo de fazer alguma coisa errada); ela desempenhou essencialmente papéis orientados para Tarefas (Benne, Sheats, 1948), era inquiridora, sempre muita atenta aos instrumentos que haviam na sala e questionava o facilitador quando faltava algum, fazia perguntas sobre as regras das actividades e, durante as improvisações, reunia a informação do que se passava e dizia no final das improvisações. A CL assumiu-se sempre com uma atitude contra-dependente (Bennis, Shepard, 1956), desde o início que quebrava as regras das dinâmicas musicais, desviava o assunto e a atenção dos outros utentes quando o grupo estava focado a perceber os objectivos e regras de determinadas tarefas; desempenhou um papel essencialmente auto-orientado (Benne, Sheats, 1948), o de palhaço - na fase formativa desfazia as conversas com comentários e piadas descontextualizados, e cantava de forma infantil, meio gozona quando o grupo tentava cantar em conjunto (esta atitude foi-se diluindo ao longo do processo, mas não deixou de se evidenciar sempre)

Na quinta sessão, começaram a surgir movimentos de autonomia por parte de alguns utentes, que na sua generalidade estavam demasiado dependentes das sugestões do

facilitador. A MC e a CL inauguraram espontaneamente o uso da voz nas improvisações, cantando em conjunto, reflexo de um par emocional a ser forjado. A MC começou a identificar questões de trabalho interpessoal (relacionando as relações musicais entre os utentes com a interioridade de cada um), deu sugestões de trabalho musicoterapêutico (interpretando com muita perspicácia o que tinha visto e sentido nas improvisações (desempenhou papéis orientados para Tarefas (Benne, Sheats, 1948), o de informadora e lançadora de ideias – verbalmente e musicalmente - as suas ideias musicais eram das mais complexas, o seu discurso musical continha muita informação)

A C1 sugeriu improvisarmos o medo seguido da esperança, e no final da improvisação verbalizou que tinha "deitado cá para fora emoções que não dão para expressar por palavras - concretizando desta forma a consciência emergente da possibilidade de expressão pessoal e colectiva, relacionando o som criado com o Self. Esta sessão foi também marcada pelo uso da guitarra por parte do facilitador, fundando desta forma uma nova dimensão sonora no som do grupo, composta por movimentos harmónicos que conferiram mais profundidade, cor, timbre, e sugestibilidade emocional ao som criado nas improvisações. Começou a ser mais nítido (embora ainda algo esbatido) o emergir dos princípios de identidade grupal através da crescente autonomia por parte dos utentes na gestão das relações pessoais uns com os outros. O som harmónico da guitarra, a improvisação com um referencial emocional, e o uso da voz nas improvisações, revelavam uma dimensão afectiva que começava a surgir no grupo e no som.

Nas duas sessões seguintes tentou-se incitar a reflexão por parte dos utentes sobre a experiência musical: a discussão foi sugerida através de improvisações a pares discutidas posteriormente na tentativa de perceber os aspectos relacionais e comunicativos da improvisação dual. Estas discussões revelaram algumas questões e padrões relacionais

identificados pelos utentes: isolamento, rigidez relacional, seguir/liderar, sintonia relacional, dar/receber, responsabilidade pessoal pelo que acontece na relação, estar mais atento ao outro ou mais auto-centrado, a intencionalidade e liberdade do agir em relação. Estas discussões promoveram também a autonomia dos utentes face ao processo, libertando o grupo para discussões dinâmicas sem a necessidade de qualquer intervenção por parte do facilitador.

Na sétima sessão havia já uma coesão sonora mais evidente (reflexo da coesão grupal), embora ainda houvesse muitos momentos de cacofonia por cima de uma base sólida e bem articulada, espaçados com momentos, ainda fugazes, de articulação mais harmoniosa do espaço musical ocupado por cada um. A voz era então explorada espontaneamente, e os referenciais atribuídos às improvisações começaram a ser mais frequentes. O som do grupo ganhava energia e momentum, alguns utentes iam-se desinibindo subindo claramente o volume de som com que tocavam, ocupando mais espaço sonoro, e explorando subtilmente diferentes formas de se expressarem (reelaborando o seu discurso musical, experimentando novas sonoridades timbricas e proto-narrativas sonoras). Esta sessão anunciou já, características da fase reactiva, audível na intenção por parte dos utentes de se articularem musicalmente, e de se apropriarem do som ao dar nomes e imagens às improvisações e tocarem mais alto e assertivamente. A C1 verbalizou uma questão colectiva não reconhecida até então: "estamos muito focados no alguém seguir alguém" - a questão foi tornada consciente, abrindo espaço para um novo movimento colectivo, que tinha vindo a ser forjado pela emergência de uma articulação sonora mais diferenciada, pelo uso cada vez mais frequente da voz, melodia, e referências à dimensão emocional, e relacional da improvisação musical - o grupo, moveu-se de uma preocupação com a submissão para uma preocupação com a rebelião, abrindo espaço a uma resolução do problema de dependência (Bennis, Shepard, 1956). Esta resolução foi sugerida de forma implícita na crescente liberdade criativa

que emergiu nas improvisações, abrindo espaço e motivando a mentalização e exploração das dimensões intra e interpessoais (sonora e verbalmente).

A oitava sessão foi uma sessão de viragem, foi o começo claro de uma fase reactiva. O facilitador, intuindo o movimento colectivo de desenvolvimento, decidiu entregar a responsabilidade da sessão aos utentes - "Hoje a sessão é vossa, vocês é que decidem o que querem fazer e como fazê-lo". A C1 sugeriu "tocarmos as nossas qualidades". Foi uma improvisação relativamente longa, em rubato constante, bem articulada no início, e bem desenvolvida, crescendo em intensidade e diferenciando-se em momentos com texturas distintas até acabar (um final relativamente rápido, todos em sintonia, sem deixar cair demasiado lentamente). Foi uma improvisação serena, doce, com uma melodia especialmente fluida e bem articulada pelo D no teclado. A melodia era já uma dimensão assumida e explorada na criação sonora conjunta. A C1 avançou desde o início com várias sugestões, desde títulos para as improvisações, questões verbais relacionadas com as dinâmicas do grupo e algumas dinâmicas pessoais, e era geralmente a porta voz das potenciais decisões que o grupo podia tomar a dado momento; introduziu sempre ideias musicais, com mais impacto durante a fase formativa; neste sentido, desempenhou papéis orientados para Tarefas (Benne, Sheats, 1948), o de lançadora de ideias e coordenadora.

A segunda improvisação foi motivada por um comentário da AP - "Esta terapia é a única que me faz sentir bem, liberta a minha raiva... e apetece-me fazer barulho, mas vocês estão muito suaves. tocaram como se isto fosse um paraíso, mas para mim não é paraíso nenhum, apetece-me partir as coisas, libertar a raiva". Este comentário e a improvisação subsequente, fortaleceu muito a autonomia e a coesão do grupo: como que deixando claro a possibilidade de expressão e exploração individual, a liberdade de experimentação de atitudes, papéis e comportamentos na experiência musical. A improvisação foi de uma energia e coesão

impressionantes, muito estruturada e bem articulada, com apontamentos melódicos ao piano por parte do D muito bonitos e muito bem integrados no som colectivo. A música que emergiu nesta improvisação foi reveladora da força da união e da coesão do grupo nesta altura. Foi bem articulada, distinguíam-se bem os sons, mesmo os que tocavam o mesmo padrão rítmico distinguíam-se pelo timbre dos instrumentos. A música revelou uma expressão controlada, expressiva, construtiva, que canalizou a agressividade (ou elementos psíquicos potencialmente destrutivos identificados pela sensação de agressividade) do mundo interno dos pacientes, invocada pelo comentário da AP antes da improvisação. A improvisação possibilitou a transmutação desses elementos psíquicos potencialmente destrutivos (elementos beta) em som, música, experiência estética / emocional / motora / sensitiva. Esta dinâmica conferiu a possibilidade de introjecção do material psíquico previamente projectado - elementos beta - então benigno (em forma de expressão criativa), passível de ser elaborado e integrado psicologicamente - elementos alfa.

Na discussão final surgiram comentários e dinâmicas interpessoais reveladoras de uma nova autonomia, de um novo sentido de liberdade conquistado pelos utentes, e de uma coesão grupal fortalecida. A C1 comentou "Senti-me bem, original; senti-me integrada, entre amigos, todos a falarem a mesma língua. Fomos diferentes, como diferentes nos sentimentos, mas, entre iguais". A C1 e a AP conversaram com a MA sobre as suas dificuldades em se deixar ir pela experiência musical, sem pensar, sem se julgar, sem estar mergulhada em expectativas motivadas pela pressão de corresponder a uma ideia de agir correctamente ou tocar bem: "...mas toque sem pensar, toque só, abane o instrumento,... se calhar tem demasiadas expectativas, não seja tão exigente consigo própria.". Até então, a MA tinha sido muito queixosa e monopolizadora, queixava-se rejeitando qualquer tipo de ajuda ou encorajamento, e introduzia assuntos de forma ansiosa, com pouca ou nenhuma relação com o que acontecia

no grupo – desempenhou até esta fase, papéis Auto-orientados (Benne, Sheats, 1948), com uma atitude contradependente (Bennis, Shepard, 1956).

No final da sessão os utentes falaram pela primeira vez sobre a música que ouvem, quando ouvem, do que gostam nas músicas e as recordações associadas a determinados temas. O facilitador sugeriu então que os utentes trouxessem musicas que lhes fossem relevantes para partilhar com o grupo. Esta sugestão já tinha sido feita anteriormente, mais do que uma vez, mas só então ressoou no grupo e fez sentido colectivamente.

Na nona sessão, A C1 sugeriu que o grupo improvisasse uma música para o dia mundial da mulher. A improvisação foi muito bonita, suave, com um crescendo no meio, que depois desceu levemente. Foi composta por um som terno, nada caótico, bem articulado (fruto da nova maturidade do grupo). A música teve partes bem diferenciadas pelas dinâmicas distintas elaboradas essencialmente pelo jogo melódico/harmónico do piano, xilofone e metalofone - este uso pleno das funções melódica e harmónica nas improvisações reflecte o crescimento do grupo na medida em que este expandiu as possibilidades expressivas e relacionais com o uso das cores melódicas. A melodia está geralmente associada às emoções. Aquele era então um espaço e um tempo seguros e contentores, onde os utentes podiam explorar e expressar as suas emoções, expressão enriquecida pela capacidade da música conter e revelar todo o paradoxo e ambiguidade das dinâmicas emocionais. A LI esteve muito segura e responsiva no piano, comunicou muito com a C1 com quem formou um par emocional nessa sessão. Até então, a LI tinha tido algumas dificuldades em tocar de forma comunicativa com o teclado (instrumento que tinha aprendido a tocar no passado, mas que entretanto abandonou, deixando-a com memórias de tristeza, fracasso e abandono associadas ao instrumento), foi a primeira vez que se mostrou segura e ligada reciprocamente a algum elemento do grupo

enquanto tocava no instrumento. A participação verbal da LI era sempre no sentido de estruturar e dinamizar as tarefas colectivas - papel estrutural (MacKenzie, 1994).

Esta era a quinta sessão em que o E estava presente. Ele não tinha tocado em nenhuma das sessões anteriores (talvez por estar demasiado medicado). Nesta sessão ele comentou depois da primeira improvisação: "sabem porque é que eu não toco? Porque me lembro do meu passado, é difícil encarar o futuro lembrando-me do passado." O grupo insistiu com o E incentivando-o a tocar, e o facilitador sugeriu que ele esquecesse o passado e o futuro e se focasse no presente ao tocar. Foi então realizada uma improvisação com o título "O Presente", onde o E tocou pela primeira vez! O ambiente criado nesta improvisação teve um carácter muito distinto, original. A nova liberdade encontrada na sessão anterior permitiu uma maior experimentação por parte de cada elemento, o som do grupo adquiriu uma qualidade muito própria, mais genuína (no sentido em que o som de cada elemento era mais investido, quer a nível relacional - criando novas dinâmicas interpessoais -, como a nível pessoal - onde a expressão sonora reflectia de forma mais clara a subjectividade idiossincrática de cada elemento). Viam-se então já vários elementos a trocar de instrumentos durante a improvisação, e havia mais trocas de olhares, mais confiança e desprendimento na criação sonora. A MA, que se queixava constantemente de não gostar do que fazia, do som do grupo, e das dores de cabeça que algumas improvisações lhe provocavam, afirmou então "Muito bonito, esta foi muito bonita (esta utente foi gradualmente deixando a censura e a crítica de lado permitindo-se desfrutar e apreciar a experiência musical). Nesta fase, a MA começou gradualmente a estimular o grupo e alguns colegas com o seu feedback positivo, estes comentários começaram a ser acompanhados de uma avaliação da evolução positiva do som colectivo - passou de contradependente, na fase formativa, a dependente, na fase reactiva.

No final da última improvisação, o facilitador perguntou ao grupo, se sentiam que o som colectivo e individual tinha mudado de alguma forma ao longo das sessões. A C1 respondeu prontamente "está mais diversificado, conseguimos estar mais tempo a tocar"; o E disse que se tinha sentido livre a tocar, "Liberdade, senti liberdade" afirmou ele com um sorriso nos lábios. O E despertava muito afecto nos colegas, e quando participava, verbal e musicalmente, imprimia uma vitalidade notável nas dinâmicas grupais, desempenhou essencialmente um papel sociável (MacKenzie, 1994).

No final da sessão ouvimos uma música que a MC levou para partilhar com o grupo. Foi a primeira música que um utente levou em formato áudio para partilhar com o grupo.

Na décima sessão o grupo estava decidido a cantar. Após uma primeira improvisação de aquecimento houve uma longa conversa entre todos os elementos na tentativa de arranjar estratégias para o grupo cantar. Os utentes, guiados pela CL, esboçaram algumas músicas infantis, que toda a gente conhecia. O facilitador sugeriu então que se cantasse uma música que todos gostassem e conhecessem. Fizeram-se duas tentativas de cantar o "Anel de Rubi" do Rui Veloso. Esta foi a primeira vez que o grupo conseguiu organizar-se e disponibilizar-se para cantar uma canção. A TER estava visivelmente mais solta e desinibida, com uma ar muito menos pesado do que costumava ter (ela foi florescendo gradualmente durante as sessões anteriores). A MA mostrava-se menos ansiosa e menos crítica, apoiava e incentivava os colegas (com alguma superficialidade) e dava ideias sem as impor como fazia no início.

Após uma semana sem sessão (altura da Páscoa) e uma sessão não muito produtiva onde se experimentou um exercício de imaginação guiada, retomámos o trabalho que tinha vindo a ser desenvolvido até então (improvisação sonoro-musical, escuta de canções, e a recente reprodução de canções). A primeira improvisação da 12ª sessão foi muito desinteressante e desinteressada, pouco articulada, algo monótona. A ausência de duas semanas surtiu um

efeito de retrocesso ou inibição nos aspectos improvisacionais. Porém, o grupo mostrava-se mais solto e à vontade, os utentes falavam espontaneamente uns com os outros, gerando ideias de trabalho sonoro-musical. A TER levou algumas letras de canções para o grupo cantar. A C1 e o D manifestaram-se imediatamente afirmando que não gostavam de cantar. Experimentaram-se algumas canções, acompanhadas de alguns instrumentos. O LS, cantou uma canção praticamente sozinho (foi acompanhado por alguns instrumentos, e algumas vozes no refrão), e deu algumas sugestões quanto ao processo de ensaio das canções. O LS estava claramente mais investido e desinibido face ao que tinha sido hábito até então. Durante a fase formativa, ele tinha tocado muito envolto em si mesmo, com momentos em que estava ligeiramente desfocado da pulsação colectiva, numa atitude muito auto-centrada - papel auto-orientado (Benne, Sheats, 1948). Na fase reactiva, o LS transformou muito a sua forma de estar e agir no grupo: deixou progressivamente de tocar baixinho e de ser muito inseguro na relação com os colegas, a certa altura começou a sugerir ideias de possíveis dinâmicas de trabalho sonoro-musical, sugeriu músicas para o grupo cantar, começou a tocar mais focado no som colectivo e a estar mais coeso na pulsação (introduzindo muitas ideias musicais no som colectivo) – veio desta forma a desempenhar papéis orientados para Tarefas (Benne, Sheats, 1948).

Fez-se uma última improvisação, bem respirada (com groove), alegre, tranquila. O D sobressaiu com uma melodia - ele começou a explorar com grande sentido de forma e fluidez, um discurso melódico nada rígido, criativo, mas estruturado, com significado musical muito evidente. O seu discurso ou narrativa melódica estava claramente mais articulada, fluida e complexa, em constante desenvolvimento. O D introduzia imensas ideias, mas apenas de forma sonora, verbalmente não intervia muito; musicalmente era muito criativo, e muito organizado na sua criatividade, introduzia imensas ideias musicais e formas de abordar o

instrumento. O J largou pela primeira vez as suas estereotípias rítmicas, explorando de forma simples mas evidente, pequenas variações no padrão rítmico que lhe era característico. Na dimensão musical, o J conferia um chão sólido e incrivelmente estável ao som do grupo marcando sempre a pulsação com um respirar rítmico estimulador de entrega e movimento, apelativo pela solidez do groove. Ele contribuiu imenso, especialmente nas primeiras sessões para o equilíbrio sonoro-musical do som colectivo, criando uma base sonora que permitiu manter aberta a comunicação entre os elementos do grupo. Mas o seu discurso musical tinha sido muito rígido até então, preso a estereotípias rítmicas que não se desenvolviam.

As sessões 13 e 14 foram marcadas pela coordenação do trabalho colectivo na tentativa de ensaiar canções escolhidas pelos utentes. O Facilitador levou as letras impressas para cada utente e acompanhou-os na recriação dando sustentação harmónica com a guitarra. Fez-se apenas uma improvisação no final de cada sessão. O resto do tempo foi passado a trabalhar as canções. É importante referir a crescente experimentação sonora por parte da TER e do LS, que exploraram novos padrões rítmicos, libertaram-se tocando algumas vezes com grande intensidade sonora e muita entrega. A C1 assumiu a sua "voz" musical nos instrumentos melódicos (xilofone, jogo de sinos, metalofone) e construiu de forma significativa o seu discurso sonoro - ela tocava geralmente a duas vozes, em que cada uma se movimentava de um extremo da tessitura do instrumento até ao centro da mesma tessitura, onde se encontravam as duas. O seu discurso não era muito elaborado, vivia mais do movimento simples de uma voz em relação à outra, e de padrões rítmicos que emergiam do percutir simultâneo das duas vozes. A MA manifestou muito prazer e entusiasmo nas sessões, muito diferente da mulher receosa e ansiosa que deu a conhecer na fase formativa. A LU tocou mais alto e mais assertivamente do que era costume, parecia mais segura do seu som, com uma

postura de confiança (que contrastava com a postura inicial de dependência, receio de ocupar espaço sonoro tocando num volume exageradamente reduzido).

Na 15ª sessão, após o cantar das canções, houve uma improvisação curiosa. Os utentes tocaram cada um para seu lado! Nunca tinha havido uma improvisação tão caótica e descoordenada! A TER estava com um entusiasmo inédito, nada inibida, percutia o djembé com força e abanava o corpo ao sabor do som - musicalmente, na última fase do grupo, ela explorou imenso, introduzindo durante as improvisações muitas ideias musicais, relacionais, e expressivas – desempenhando musicalmente, papéis orientados para Tarefas (Benne, Sheats, 1948). Estava toda a gente divertida e compenetrada, alguns olhavam-se a sorrir. O facilitador resolveu não tocar durante a improvisação para não impor uma pulsação, uma vez que os utentes estavam tão entregues e satisfeitos! A liberdade e alegria de se poderem expressar livremente, entregues ao prazer da expressão e exploração sonora, sem medo nem preocupação com o que os outros pensassem ou como reagissem - foi esta a celebração! Até a TEL batia com força e entusiasmo (utente que tinha estado em muito poucas sessões, ainda muito inibida)! A improvisação foi relativamente curta, mas muito intensa! No final a LU comentou "Cada um esteve a tocar para si, pumba pumba, a descarregar a sua energia." O E parou de tocar a meio, provavelmente pela confusão sonora (o som era um elemento desorganizador - a fragilidade e permeabilidade interna dos utentes psicóticos não é compatível com sonoridades caóticas, intensas e desarticuladas). No final o E comentou "Foram os escravos que trouxeram a música para a América. A Música foi levada para todo o mundo. Eles sofreram, os escravos, mas ao mesmo tempo com a música ficavam contentes, sentiam-se livres". A LU comentou também "aqui somos livres" (referindo-se à experiência musical). A Liberdade foi claramente o tema central no discurso verbal desta sessão. Esta liberdade conquistada ao longo do processo, e tornada mais consciente nesta sessão, sugere

uma forma de potencial resolução dos problemas de dependência referidos por Bennis e Shepard (1956). O grupo estava então pronto para iniciar uma fase mais madura (Rutan, Stone, 2001), fase de interdependência (Bennis, Shepard, 1956).

As sessões 16, 17, e 18, desenrolaram-se de forma idêntica ao que se tinha vindo a passar nas sessões mais recentes. As canções que tinham vindo a ser ensaiadas começaram a ganhar força e solidez, os momentos em que o grupo as cantava eram já imbuídos de uma intensidade emocional e de uma entrega consideráveis. "O homem do leme" dos Xutos e Pontapés, e "O anel de Rubi" do Rui Veloso tornaram-se os temas preferidos do grupo, e os mais bem performados. Estas canções começaram a transformar-se em veículos de expressão e partilha emocional muito poderosos, finalizadas geralmente com silêncios carregados de uma densidade sugestiva de uma experiência significativa. As improvisações eram geralmente bem articuladas, com momentos e dinâmicas distintas, mais longas, ricas comunicacional e esteticamente. O grupo, motivado pela introdução de algumas questões por parte do facilitador, começou a questionar-se sobre o som de cada um, a percepção que cada um tinha do seu som e do som dos outros, e sobre o som do grupo. Havia então uma consciência mais apurada da definição dos limites do espaço individual de cada utente e das possibilidades de interacção, criação, e expressão pessoal. As dinâmicas sonoro-musicais do grupo começaram a ser testadas mais activamente, potenciadas por um novo sentido sonoro-comunicacional e por uma maior liberdade de expressão individual. Emergiu um prazer amadurecido na performance das canções e nas improvisações musicais, assim como sonoridade mais diferenciadas, com uma nova profundidade (mais genuína, mais pessoal, com uma carácter grupal mais distinto).

Conclusão do Caso

A evolução do grupo ao longo das sessões foi notória. Esta evolução não foi apenas fruto do trabalho musicoterapêutico, foi também realizado pelo trabalho pessoal e relacional fora das sessões nas actividades terapêuticas e ocupacionais do hospital de dia. Houve durante todo o processo um maior foco na interacção entre os membros do grupo, trabalhando-se mais as relações interpessoais e as competências sociais (Rutan, Stone, 2001). O mundo fantasmático e os processos inconscientes foram abordados pela associação de imagens às improvisações, e pela transmutação dos estados subjectivos através da singularidade fenomenológica da música e da relação musical (Ansdell, et all., 2010).

As fases identificadas por Bruscia (1987), de "aclimação", a exploração pessoal inicial, a exploração de papéis (que se prolonga durante todo o processo), e o questionar a liderança, ocorreram essencialmente na fase formativa (Rutan, Stone, 2001). A exploração de papéis e a exploração pessoal prevaleceram durante todo o processo, embora de forma mais madura e flexível. Após esta primeira fase de desenvolvimento de confiança e segurança entre os membros do grupo, o som individual e colectivo começou a transformar-se significativamente.

A passagem da fase formativa para a fase reactiva (Rutan, Stone, 2001), evidenciou, como foi referido anteriormente (na descrição das sessões 7 e 8), algumas características da passagem de uma fase de autoridade (dependência) para uma fase pessoal (interdependência) (Bennis, Shepard, 1956). As questões de dependência mantiveram-se durante todo o processo, mas a partir da 8ª sessão o trabalho pessoal começou a ser mais evidente, assim como as questões relacionais.

Da 8ª à 18ª sessão o grupo parece ter passado por uma fase reactiva e esboçado o prelúdio de uma fase madura (Rutan, Stone, 2001). Nesta fase, a individualidade de cada membro foi explorada e integrada na identidade grupal (forjando um som colectivo mais coeso e

genuíno). Os utentes desenvolveram a capacidade de tocarem de forma comunicativa e mais criativa, num movimento gradual de respeito e aceitação pelas diferenças sonoras de cada elemento. Começaram a experimentar diferentes papéis e a criar um espaço pessoal mais construtivo e articulado no seio do grupo, um espaço menos afectado pelos aspectos patológicos da sua condição. Esta flexibilização permitiu a expressão e exploração de diferentes estados subjectivos e inter-subjectivos nas improvisações sonoro-musicais. A coesão e maturidade conquistadas pelo grupo possibilitaram uma expressão mais genuína da unicidade de cada elemento e do grupo em si.

Alguns utentes mostraram claros indícios de mudança potencialmente terapêutica. A MA mudou claramente a sua relação com as regras de funcionamento do grupo, evoluiu de uma posição contradependente, na fase formativa, para uma posição dependente, na fase reactiva (Bennis, Shepard, 1956) - na fase formativa opunha-se a certas dinâmicas e manifestava verbalmente a vergonha, medo, insegurança e desconforto potencialmente associados ao início da exploração musical no processo musicoterapêutico; na fase reactiva começou gradualmente a estimular o grupo e alguns colegas com o seu feedback positivo, e permitiu-se desfrutar da experiência sonoro-relacional sem o desconforto inicial.

Na oitava sessão, quando a AP verbalizou a sua vontade de partir as coisas com a música, foi sugerido que expressasse essa revolta musicalmente (uma vez que, paradoxalmente, ela tocava de forma desafectada com um volume sonoro muito reduzido); a partir do momento em que ela começou a canalizar a sua agressividade nas improvisações, tornou-se muito mais participativa e dinamizadora, transformando o papel de contradependente em dependente (Bennis, Shepard, 1956) e assumindo um papel orientado para a manutenção (Benne, Sheats, 1948), o de avaliadora - consciente do grupo, vigiando e tendo uma opinião crítica do que ia acontecendo.

A LU foi a que menos construiu ou desenvolveu o seu discurso musical, transmutou um pouco a energia com que tocava, tornando-se mais segura, com um som mais cheio, assertivo. Havia uma qualidade estética algo delicada, bonita, no toque com que percutia os instrumentos, assim como no timbre sonoro que emergia desse mesmo toque. Esta qualidade foi ampliada, e o seu discurso cresceu em intensidade, mas não foi elaborado nem diversificado.

O D manifestava-se muito pouco e quando era questionado não revelava muita informação, tinha dificuldade em expressar-se com palavras (embora fosse bem articulado verbalmente, havia muita pobreza na semântica do seu discurso) – desempenhou um papel prudente (verbalmente) (MacKenzie, 1994). A certa altura o D tornou-se o solista, quem trazia a melodia para o som colectivo, cor e emoção, contribuindo desta forma para a modelação afectiva operada no acontecer musical – Assumindo desta forma um papel sociável (musicalmente). O D elaborou muito o seu discurso sonoro-musical durante as sessões. Mostrou-se desde o início muito criativo e com um forte sentido de estrutura e musicalidade. Foi explorando e construindo com grande sentido de forma e fluidez, um discurso melódico nada rígido, criativo, estruturado, com significado musical muito evidente. Foi muito curioso, a forma desafectada com que lidava com as suas emoções na relação com os outros, contrastava com a fluidez das tonalidades melódicas desenvolvida nas sessões, que sugeriam uma gradação e articulação afectiva mais diferenciadas.

O J tocava com um sentido rítmico impressionante. Tinha uma pulsação muito forte, coesa, com groove. Ele era muito mais funcional musicalmente do que verbalmente. Os aspectos mais patológicos revelavam-se num discurso melódico demasiado complexo e desordenado para ser integrado no som colectivo (talvez por isso ele se tenha cingido mais aos instrumentos rítmicos), e num discurso rítmico muito rígido, com estereotípias que se

repetiam incessantemente. Com o decorrer das sessões esta rigidez musical foi tornada consciente e flexibilizada. O João veio a tocar xilofone de forma controlada e adequada ao som colectivo, e, nas últimas sessões, ele explorava já com alguma espontaneidade pequenas variações rítmicas transformando as suas estereotipais numa proto-narrativa musical mais elaborada.

A C1 foi uma líder clara, criou desde o início uma aliança comigo ao dinamizar as actividades musicais e verbalizar ideias de cariz terapêutico (associando o som criado ao mundo subjectivo de cada utente, referindo-se com algum insight e de forma construtiva a certas dinâmicas intra e interpessoais) - papel estrutural (MacKenzie, 1994). Ela explorou bastante o seu discurso musical, investindo bastante emocionalmente, elaborando um discurso sonoro-musical claramente identificável pelos outros utentes (alguns utentes comentaram que a C1 comunicava musicalmente com uma sonoridade muito própria, diziam que ela tinha jeito para a música).

O LS teve uma progressão muito positiva durante o processo que se reflectiu na exploração de papéis e formas de estar e de se expressar, ao forjar um espaço pessoal no grupo: espaço sonoro (bastante evidente nas últimas sessões onde ele veio a crescer sonoramente, em termos de volume, coesão rítmica, e criativamente, elaborando o seu discurso musical de forma significativa e explorando formas não usuais de tocar os instrumentos) e espaço interpessoal onde ele conquistou um papel pro-activo na dinamização do grupo e se permitiu partilhar afectos sem a opressão e inibição iniciais - usou a sua agressividade de forma bastante construtiva, enfrentou os fantasmas narcísicos e criou uma forma de estar no grupo menos auto-centrada, mais focada na relação.

O processo foi conduzido essencialmente pelos utentes. As primeiras sessões foram geridas pelo facilitador que introduziu diversas dinâmicas musicais e sugestões verbais, mas,

com o tempo, os utentes começaram a apoderar-se do processo e a tomar as decisões essenciais: foram eles que introduziram, a seu tempo, a recriação de canções e a escuta musical; sugeriram algumas dinâmicas improvisacionais, e deram sentido e significado às improvisações através da atribuição de referenciais à música, e de discussões realizadas a seguir às improvisações. A relação, entre os títulos ou referenciais das improvisações, com o som improvisado, foi curiosamente evidente, mas, na maioria das vezes, maioritariamente inconsciente.

Foi a primeira vez que o facilitador passou pela experiência de gerir um grupo musicoterapêutico. Houve alguma rigidez inicial, temperada com níveis significativos de ansiedade. Houve nas primeiras sessões um excesso de informação desnecessária verbalizada na tentativa de dissipar a ansiedade inicial. A confiança e o à vontade conquistados pelos utentes, foram, ao mesmo tempo, conquistados pelo facilitador. Assim como a crescente criatividade e responsividade sonoro-musical verificada com o desenvolvimento do grupo foi acompanhada pela expansão criativa e consciência comunicativa do facilitador. Uma vez que, tal como os utentes, também o facilitador foi exposto pela primeira vez ao processo musicoterapêutico em grupo (embora ocupando uma posição diferenciada na dinâmica grupal), ficou mais exposto (devido à falta de consciência/experiência) aos processos inconscientes que permearam o desenvolvimento de todo o processo colectivo.

Estudo de Caso II – Um Adolescente em Setting Grupal e Individual

Breve Apresentação do P.

O P, um adolescente com 14 anos de idade, do sexo masculino, entrou para a unidade de adolescência a 23 de Novembro de 2011. As principais mudanças desejadas pelo jovem e pela família eram:

1) Conseguir controlar melhor a sua ansiedade, de forma a atenuar os tiques característicos da sua condição (Tourettes).

2) Conseguir relacionar-se com os outros de uma maneira mais tranquila

O P chegou à unidade diagnosticado com perturbação de Tourettes, perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Este diagnóstico é-lhe atribuído desde os 5, 6 anos de idade, tendo-se começado a agravar cerca de um ano antes de entrar para a unidade de adolescência. A perturbação de hiperatividade com défice de atenção é a perturbação mais comum da infância e caracteriza-se por uma incapacidade de focar e sustentar a atenção, controlar o nível de actividade e moderar as acções impulsivas, o que leva ao desenvolvimento de comportamentos discordantes com a idade e nível de desenvolvimento.

As Sessões em Grupo

O P começou por estar integrado num grupo de trabalho musicoterapêutico com os restantes jovens da unidade, a partir do dia 28 de Fevereiro. Os seus colegas eram a PC (14 anos), a PM (18 anos), o J (20 anos), a I (16 anos), e o A (19 anos). Ele participou em 10 sessões e faltou a 3. O grupo explorou essencialmente processos e dinâmicas de improvisação sonoro-musical com os instrumentos e com a voz. O P evidenciou sempre um grande entusiasmo com a criação musical e muita curiosidade em relação aos instrumentos e às notas musicais.

Embora pedisse muitas vezes para o grupo tocar algo tranquilo, tocava alto e ansiosamente sem se ligar muito aos outros e destruindo qualquer tentativa de coordenação colectiva. Ele desorganizava o som do grupo muitas vezes, mudando constantemente de compasso, e experimentando padrões rítmicos desconexos sem ter em conta o contributo musical dos outros. A maior parte das vezes tocava num volume exagerado de som ocupando grande parte do espaço sonoro, não permitindo haver qualquer tipo de sincronia no grupo ao destruir tudo com a sua impulsividade. O P tinha um sentido rítmico forte, mantinha bem a pulsação e os seus padrões rítmicos eram algo elaborados. Era geralmente muito criativo na sua expressão e na elaboração do seu discurso sonoro-musical, criando frases rítmicas interessantes, que se destacavam pela sua complexidade e coesão musical (bem respiradas, com groove). Invaso pela dinâmica dos processos primários e incapaz de conter e gerir criativamente os seus impulsos através do foco da sua atenção, ele não conseguia manter-se focado na relação sonoro-musical com o grupo (o P era muito permeável na relação, com poucos recursos para gerir a hiperestimulação a que ficava sujeito na relação com o grupo). Nas improvisações agia os seus impulsos desorganizando a sua experiência musical e sabotando o som colectivo ao ser uma força sonora disruptiva impossibilitando uma eventual coesão musical.

Os objectivos terapêuticos que se estabeleceram para o P durante a sua estadia no grupo foram: focar a atenção de forma continuada e conseguir adquirir alguma mestria/controlar sobre os seus impulsos. Para isso trabalhou-se a coesão grupal, potenciando uma articulação integrada de vozes sonoras, que exigisse uma expressão contida e criativa da energia de cada elemento do grupo. Trabalhou-se também com mais detalhe uma modelação da relação sonoro-musical em improvisações duais. Sonoramente, o objectivo era que o P conseguisse manter um ritmo estável no tempo (sem a imprevisibilidade rítmica habitual), partilhando a pulsação colectiva sem acelerar; e que não invadisse o espaço sonoro-musical dos outros com

um volume desmedido. Desta forma fomentou-se a tomada de consciência da “identidade sonora-musical” (ISO), promovendo um sentimento de si e do outro através da experiência musical (experiência emocional estética, partilhada e correctiva).

O Pedro teve, de acordo com Benne & Sheats (1948), dois papéis auto-orientados no grupo: Palhaço, e dominador. Ele provocava o riso e alguma troça implícita com as suas brincadeiras disruptivas, guinchava e tinha atitudes de “palhaço”, canalizando e expressando muitas vezes a ansiedade inconsciente do grupo.. Ele foi de certa forma um objecto de concretização de desejos inconsciente dos outros que muitas vezes o incitavam a fazer palhaçadas. Quando o P não ia às sessões havia muito menos vitalidade no grupo. Não era apenas a energia impulsiva do P que faltava, ele parecia suscitar vitalidade no grupo além de a impor. Era dominador na esfera sonoro-musical ao impor a sua disruptividade independentemente das exigências da situação. Segundo MacKenzie (1994), o P ocupou o papel divergente, normalmente associado ao bode-expiatório - normalmente em oposição ou rebelião em relação às normas e valores colectivos (à organização de um grupo de trabalho musicoterapêutico coeso e articulado). A sua função de bode expiatório foi muito clara nas dinâmicas grupais: quando estava presente irritava normalmente os outros jovens que se queixavam ele estar constantemente a interromper e a perturbar o dialogo, e por tocar demasiado alto desfocado do som do grupo; quando não estava presente o grupo queixava-se que faltava a energia e o ânimo do P para os motivar a realizarem as actividades.

A dada altura, após a 9ª sessão, em que o P foi o único elemento presente, ficou claro que a sua impulsividade era amplificada pelo grupo. A hiperestimulação sonoro-relacional no contexto grupal transformava o P num elemento disruptivo, esmorecendo a sua identidade e a possibilidade de um trabalho sonoro-musical mais pessoal. Nesta altura era também evidente que quando se sentia triste, não se permitia expressar ou partilhar a sua tristeza, o que o

tornava mais ansioso e menos contido. Houve uma sessão em que esta dinâmica, de alguma clivagem e incapacidade de reconhecer, elaborar e integrar as emoções, ficou mais nítida:

Depois do P ter escolhido duas emoções, uma negativa e uma positiva, e de ter falado sobre a relevância dessas emoções na sua vida, foi-lhe sugerido que fizéssemos uma improvisação dual. A coragem musicada pelo P foi um pouco diferente da referida por ele no início da dinâmica: a coragem era encarada também como uma forma de fugir à tristeza, de agir como defesa, um agir envolto numa onipotência narcísica (a busca pelo ideal de Eu). Depois de ser falado que isso não era bem coragem, que era uma fuga, uma recusa a olhar para si mesmo, o significado da coragem ficou mais claro e começámos a improvisação. Sugeriu-se então que o P "fosse" a coragem de viver a sua tristeza, os seus sentimentos, a coragem de os partilhar com os outros, e o facilitador seria a raiva que não o permite ligar-se ao que sente e manter-se ligado aos outros, a raiva e a revolta que não o permite fazer isso tudo.

O Pedro manteve quase sempre uma pulsação firme e estável durante a improvisação. Ele começou com um padrão rítmico no metalofone, não muito simples mas conseguiu mantê-lo (o que não era muito usual), variando a condução melódica de forma coerente e muito flexível. O facilitador acompanhou-o musicando a raiva no Djembé grande, tocando alto e mudando de ritmo e de compasso de forma desestruturada como o P costumava fazer quando estava muito inquieto e desligado; assim que ele se apercebeu da força desorganizadora do som do facilitador, começou a tocar com mais força, mais alto na tentativa de subjugar o som do djembé ao seu som - quando ele aumentou a força o facilitador continuou a tocar de forma desestruturante mas ocupando menos espaço sonoro (pequenas frases rítmicas respiradas com silêncios entre elas), "cedendo perante a força da coragem".... até que o P baixou a intensidade e o facilitador baixou também e começou a acompanhar o ritmo dele de uma

forma mais evidente (a raiva não era mais descontrolada mas contida pela coragem)... a pulsação perdeu coesão por breves momentos até que o P voltou a tocar com mais força frases melódicas coerentes à volta de um padrão rítmico simples; foi então que o facilitador acompanhou a pulsação e a intensidade da sua música mas desconstruiu o som com contratempos em compassos diferentes do que aquele em que o P estava (seguiu a intensidade, o tempo, e o ritmo dele, mas imprimiu uma complexidade rítmica que sugeria confusão e imprevisibilidade) - a raiva era então uma força imprevisível e potencialmente desorganizadora, mas organizava-se em função da forma e vitalidade da coragem. A coragem acabou com uma vitalidade muito característica do P e a raiva acabou por se transformar na energia potencial que alimentava o momentum da coragem. No final o P comentou: "Nunca se pode desistir, nunca se pode fugir aos problemas de alguma forma".

A 11ª sessão foi uma sessão de viragem para o grupo, pela primeira vez os jovens funcionaram como um grupo coeso e articulado. O P manifestou mudanças significativas nesta sessão: não desorganizou o som do grupo, antes pelo contrário, conferiu um sentido e uma direcção à música com o seu discurso melódico (na flauta de bisel), acompanhando bem o som colectivo nas suas dinâmicas de intensidade e ritmo. Esta forma sonoro-musical de se integrar no grupo retirou o P de um padrão desorganizador em que sabotava o som colectivo, emergindo um jovem que apoiava e expandia criativamente o som do grupo. A sua impulsividade continuou a manifestar-se durante os diálogos verbais no grupo em que ele estava desatento e fazia barulho ao tocar alto alguns instrumentos.

Nas duas últimas sessões o P sabia já que ia embora da unidade. Começámos com as sessões individuais no dia da 12ª sessão de grupo. Ele estava visivelmente abalado, a saída da unidade de adolescentes mexeu muito com o P. Numa das improvisações da 12ª sessão começou a cantar espontaneamente, de uma forma sentida: "a tristeza não há-de ganhar, a

tristeza não vai ganhar". Os comportamentos disruptivos permaneceram, embora ocorressem menos vezes e fossem mais contidos.

As Sessões Individuais

Após uma conversa numa das reuniões clínicas com a equipe técnica, o facilitador propôs que o P integrasse um projecto musicoterapêutico em setting individual. A ideia foi bem acolhida e ficou decidido que o P iria começar e continuar as sessões individuais mesmo depois de ter alta da unidade. Até à data de escrita deste relatório, P tinha tido 5 sessões individuais que vão ser analisadas mais à frente.

O estar em relação para o P parece ser potencialmente organizador, mas tem muitas vezes o efeito de o permeabilizar à invasão de uma impulsividade que ele é incapaz de conter e organizar. Na relação dual emergiu um outro P, a sua identidade não era mais camuflada por funções grupais. No processo individual incluiu-se um novo objectivo terapêutico, facilitar a expressão e alguma elaboração emocional (focadas inicialmente na tristeza). Este objectivo foi trabalhado através do diálogo verbal, de improvisações com títulos ou imagens referentes à tristeza, e através da criação de uma canção onde P começou a escrever uma letra sobre a sua tristeza.

1ª Sessão

Após uma breve explicação das regras de funcionamento das sessões, falou-se um pouco sobre os motivos do P começar a ser acompanhado individualmente. Ele parecia fazer sentido da mudança afirmando que a música o acalmava, diminuindo a agitação constante que ele evidenciava.

Ele mostrou sempre muito interesse na guitarra, teve então a primeira oportunidade de a explorar sonoramente. Ao tocar descobriu que havia notas que provocavam uma saturação do som (feedback) no amplificador. Mostrou-se intrigado/entusiasmado com o feedback e a

distorção quando o som estava muito alto (fenómeno análogo à sua impulsividade e falta de controle dos impulsos - o agir exagerado do P é como o feedback e a distorção do som do amplificador, demasiada intensidade traduz-se por barulho, excesso, e expressão descontrolada). Ele comentou "fica assim porquê? Fica muito forte o barulho e aquilo desfoca?"

Realizou-se uma improvisação com o P na flauta e o facilitador na guitarra. O Pedro demonstrou ter uma noção de dinâmica muito boa, diferenciando vários momentos da improvisação com diferentes níveis de intensidade. Ele explorou imenso as diversas formas de se expressar, e foi, curiosamente, muito organizado ao fazê-lo (em comparação com a desorganização da sua euforia). No final o Pedro comentou que às vezes a flauta desafina: "Quando nós temos mais energia, quando toco com mais força isto desafina" – invocando novamente o fenómeno da sua impulsividade e incapacidade de controlar os impulsos.

Realizou-se então a única dinâmica improvisacional sugerida pelo facilitador, onde foram utilizados uma darbuka e um djembé. O P começou por manter uma pulsação muito coesa e constante, mas mudava muito de padrão rítmico. O facilitador sugeriu sonoramente um motivo rítmico que ele apanhou e explorou tentando permanecer na relação musical. A intensidade do som estava forte quando o P pediu com um gesto que se baixasse a intensidade! Este tocar baixinho revelou com nitidez o discurso de cada um e a ligação entre os dois, que naquele momento era consistente e rica em sincronia e reciprocidade. Foi criado um momento bem articulado entre os dois em que o P conseguiu manter uma base sólida sem se perder ou desfocar.

O P deu forma a diversos momentos diferenciados pela intensidade com que eram tocados (tal como na improvisação anterior). À medida que a improvisação ia progredindo ele foi-se ligando cada vez mais rápido ao facilitador cada vez que se perdia ou baralhava, ou seja, o

elo entre os dois ganhou força e facilitou uma expressão mais contida e organizada do seu discurso rítmico.

2ª Sessão

Começou novamente, tal como na última sessão, com uma improvisação com o P a explorar a guitarra. O facilitador acompanhou-o com um djembé e uma pandeireta. A improvisação alternou entre momentos em que o P explorava o timbre do instrumento e o som de diversas notas a soar ao mesmo tempo, e momentos em que ele imprimia algum movimento rítmico percutindo as cordas da guitarra. Nos momentos em que havia um ritmo instaurado, era nítida a relação musical, e a ligação sonora entre o facilitador e o P fortalecia-se. Nos momentos em que não havia ritmo, parecia que o P não estava consciente, ou não estava focado, na relação (pelo menos na fase inicial da improvisação). O facilitador tentou dar sentido e sugerir significados à exploração timbrica do P criando texturas e ecoando o movimento de intensidade e dinâmica tonal (sons com mais ou menos tensão) que ele criava - no final, nestes momentos sem ritmo, ele já estava consciente da densidade potencial, da existência de uma semântica subjectiva do som relacionada com uma expressão pessoal, que ele descobria/criava ao deixar soar as notas da guitarra. De uma exploração curiosa inicial (no princípio da improvisação) emergiu uma intencionalidade comunicativa que deu forma e significado aos sons iniciais aparentemente vazios de sentido.

Era claro nesta altura que de alguma forma o ritmo era muito natural no P, era uma forma primária de estrutura sobre a qual ele evidenciava uma energia e uma constância na pulsação consideráveis. O factor desorganizador no ritmo surgia da incapacidade que o P tinha de dar continuidade ao discurso rítmico, ou de interligar proto-narrativas rítmicas que ele cria sem uma relação aparente umas com as outras.

Numa tentativa de levar o P a verbalizar a tristeza que aparentava, o facilitador sugeriu a criação de um título para a segunda improvisação. O P sugeriu que se tocasse a tristeza. A improvisação foi algo intensa e preenchida com muitas notas por parte do P. A tristeza esteve presente e foi invocada essencialmente pela harmonia que o facilitador tocou na guitarra. O tocar do P foi demasiado energético para o um som triste, parecia que ele fugia ao aspecto mais melancólico dos acordes da guitarra. O P introduziu dinâmicas muito interessantes durante a improvisação com gestos e expressões faciais: umas vezes sugeria que se parasse de tocar dando espaço ao silêncio, outras vezes ficava apenas ele a tocar flauta até dar sinal para o facilitador voltar a tocar, outras ele parava e esperava que o facilitador lhe fizesse sinal para entrar.

3ª Sessão

No começo da sessão o P afirmou que gostaria de aprender a tocar uma canção na guitarra. Esta aprendizagem é positiva na medida em que exige um focar de atenção, e um preservar no controlo dos impulsos para adquirir alguma mestria na coordenação motora. Além de ser um projecto de construção/criação pessoal significativo, é também um veículo de expressão e elaboração emocional.

Surgiu então a primeira improvisação, com o P a tocar guitarra e o facilitador a acompanhá-lo no metalofone. O P começou a explorar alguns acordes soltos intervalados por um percutir mais ritmado de uma nota só. Ele tocava já a olhar para o facilitador, à espera de uma resposta que o ajudasse a dar sentido à sua exploração sonora. O P começou a tocar com um padrão rítmico que manteve durante quase toda a improvisação (não se perdeu em variações rítmicas desconexas como tinha sido hábito até então quando tocava guitarra), explorando várias combinações de notas tocadas ao mesmo tempo (acordes). O facilitador acompanhou-o começando a tocar uma linha melódica, por cima da harmonia que ele criava,

com um padrão rítmico diferente do dele mas complementar (a força e coesão rítmica do P eram bastante seguras para o facilitador o acompanhar sem ter que ecoar exactamente o que ele tocava - é uma forma de promover a sua autonomia e consciência da sua individualidade sonora, flexibilizando a expressão criativa da reciprocidade no diálogo sonoro-musical). A certa altura o facilitador começou a acompanhá-lo com clusters de duas vozes (duas notas a soar ao mesmo tempo) na tentativa de dar sentido ou expandir o significado musical dos acordes que ele criava espontaneamente - uma vez que o P não sabia tocar guitarra, ele criava acordes demasiado ambíguos, sem grande definição tonal ou ambiente estético-emocional, neste sentido, o facilitador tentou sugerir um certo grau de definição à sua expressão sonora.

No final P foi questionado se achava que havia alguma diferença desde que ele tinha começado a explorar a guitarra, ele respondeu: "ya, estou melhor stôr", e começou a fazer algumas perguntas sobre a guitarra.

Foi realizada uma terceira improvisação onde o P tocou flauta e o facilitador acompanhou-o com a guitarra. O P disse que queria tocar uma música calma. Foi improvisada uma música com uma sonoridade um pouco triste. Desta vez o P não se excedeu na intensidade da sua expressão musical e conseguiu tolerar mais o aspecto melancólico do som. Ele articulava bem o seu discurso melódico com as progressões harmónicas da guitarra. De alguma forma as tonalidades estético-emocionais sugeridas pelos acordes da guitarra ressoavam no P com uma nitidez considerável, e ele era muito responsivo e articulado na sua resposta melódica - respondia bem aos movimentos de tensão / resolução das notas da guitarra, complementava e desenvolvia com alguma estrutura e muita criatividade os movimentos rítmicos sugeridos pelo facilitador na guitarra, desenvolvia dinâmicas distintas durante a improvisação diferenciando os vários momentos com variações e combinações de intensidade, registo (notas mais graves ou agudas), ritmo, timbre, e motivos melódicos.

Surgiram duas formas distintas de ele se expressar melodicamente na improvisação: uma em que ele tocava notas de duração mais curta com um ritmo mais acelerado (invocando a sua energia habitual), onde ele explorava de forma menos sentida, mais impulsiva (mas relativamente bem estruturada, e com uma preocupação em dar forma e estrutura ao discurso melódico); e outra em que ele tocava notas mais longas, mais espaçadas, com mais silêncio entre elas (embora o P não fizesse ainda grande uso do silêncio na sua expressão sonoro-musical), em que emergiu uma qualidade mais emocional na sua expressão - as notas longas permitem uma definição mais nítida e detalhada de movimentos emocionais, salientam a qualidade afectiva das cores sonoras.

4ª Sessão

Iniciou-se a primeira improvisação da sessão com o P a tocar guitarra e o facilitador a tocar flauta. Embora tenha havido um sentido bastante forte na comunicação / relação musical, e o som criado pelos dois tenha soado algo coeso e coerente, foi o momento mais dissonante criado até então. Esta dissonância foi entendida pelo facilitador como um esboço de possibilidade (conquistada ao longo das sessões) de partilha de tonalidades mais escuras, mais tensas - de alguma forma um prelúdio de uma fase que se anuncia em que o P poderá começar a explorar assuntos mais difíceis para ele (através da música, do diálogo, e da relação).

Realizou-se uma improvisação onde o P tocou flauta e o facilitador acompanhou-o com a guitarra. O P começou a criar uma sonoridade bastante mais serena do que era habitual, com um tom implícito de esperança. Tocava notas mais longas e mais espaçadas. Parecia que ele se permitia tocar sem a inquietação habitual (sem motivos melódicos mais frenéticos). A escolha de notas que tocou por cima dos acordes da guitarra, sugeriu um movimento afectivo de esperança perante uma melodia com alguma tristeza latente (na última sessão ele tinha

expressado com muito mais nitidez melódica a qualidade de tristeza, sem estes contornos de esperança). Estruturou a improvisação diferenciando muito bem vários momentos através da modelação da intensidade do volume e dos movimentos rítmicos e melódicos. As partes de maior intensidade, eram então bem articuladas, com uma expressão mais contida e organizada do seu discurso sonoro (sugerindo uma maior mestria de controlo sobre os impulsos). Era muito evidente o movimento que o P fazia quando perdia o sentido melódico ou começava a desafinar (por soprar com demasiada força na flauta), de parar por momentos muito breves e conter-se para conseguir voltar à relação e sintonizar-se com o som que estava a ser criado em conjunto. Esta improvisação foi mais rica em termos de dinâmicas de intensidade. O P já conseguia subir a intensidade e fazer um esforço para não se desfocar perante a força dessa subida, e voltar a descer mantendo-se num registo mais tranquilo - fez este movimento por diversas vezes nesta improvisação.

5ª Sessão

Na tentativa de iniciar a escrita da letra de uma canção que o P gostaria de criar, improvisou-se uma canção onde o P ia escrevendo algumas frases que lhe surgiam durante a criação musical. As frases que surgiram foram as seguintes:

- 1) Quando a vida passa há mais problemas
- 2) A vida é como uma viola, quando se parte uma corda arranjamos outra vez
- 3) Quando a vida passa, cada dia é um problema
- 4) Cada minuto que passa, cada tristeza que nos magoa
- 5) Cada minuto que passa vem uma lágrima ao olho
- 6) Essa lágrima quer dizer que estamos muito tristes
- 7) Quando choramos, sentimo-nos melhor
- 8) Na hora não queremos para de chorar, mas quando paramos ficamos melhor

9) Quando choro, as lágrimas levam a minha dor, e o segredo que me faz chorar fica cá dentro, mas vai-se desfazendo

Com estas frases o P expressou a necessidade de chorar, de expressar a tristeza, antes de a elaborar ou de lhe dar sentido e integrá-la. Este chorar é sentido como um movimento libertador.

Fez-se uma improvisação com o P a tocar flauta e o facilitador a acompanhá-lo na guitarra. Foi uma improvisação bem ritmada e muito energética, com um ambiente muito divertido. O P tocou a uma velocidade rápida (nunca tinha tocado tão rápido nas sessões) mas muito coeso e articulado ritmicamente. A consistência rítmica do P parecia crescer de sessão para sessão. Ele experimentou alguns trilos (ornamento musical sonorizado pela alternância rápida entre duas notas) e conseguiu dar forma e sentido a um discurso melódico brincalhão e inventivo. A intensidade foi subindo até que o P começou a desafinar por soprar com demasiada força e parou.

Após uma pausa muito breve a improvisação recomeçou novamente no mesmo registo, muito ritmado e energético. A intensidade foi subindo de tal forma que o P já abanava o corpo ao tocar (foi a primeira vez baloiçou o corpo ao sabor da música). Experimentou imenso de forma muito criativa, conseguindo dar sentido rítmico aos sons que saíam mais desafinados - a imensa intensidade e velocidade que a improvisação adquiriu não foi desestruturada nem desestruturante: o P conseguiu de uma forma muito criativa manter-se ligado na relação/criação musical e dar forma e sentido à sua expressão sonora que o desafiava pelo excesso de intensidade.

Conclusão do Caso

A presença do P no grupo foi destabilizadora, mas ajudou-o a adquirir um sentimento de pertença identitária e promoveu algum sentido de cooperação. Apesar da disruptividade

inicial, ele conseguiu forjar um espaço sonoro-relacional relativamente bem articulado e integrado na coesão grupal (evidente a partir da 11ª sessão). Após 10 sessões em grupo, a sua individualidade emergiu com mais detalhe nas sessões individuais. Neste contexto o P ampliou consideravelmente os limites do seu self sonoro-musical.

Bruscia (1987) considera que os componentes rítmicos são manifestações de energia instintual. Frisch (1990) afirma que ao organizarem um determinado ritmo, os clientes experienciam a capacidade de auto-controlo, conquistando algum grau de mestria sobre os impulsos musicais. Ao longo das sessões, o P foi descobrindo estratégias criativas de controlar e gerir os seus impulsos, através da expressão / relação musical nas improvisações livres. O P criou variações de intensidade durante as músicas, que exigiam uma expressão relativamente contida e controlada da sua impulsividade, ecoando e reflectindo um “dar forma” às diversas gradações de intensidade pulsional. Este ganho progressivo de mestria / controle sobre os impulsos tornou-se nítido no desenvolvimento de um sentido rítmico mais forte, uma constância de pulsação e articulação rítmica mais seguras e coesas (mais manejáveis, passíveis de serem moldadas pela vontade, pela concentração e pelo foco da atenção). Desenvolveu desta forma o seu ISO com um discurso musical bem elaborado e animado pela intensa energia primária que o caracteriza.

Esta crescente capacidade de gestão e controlo dos impulsos facilitou a regulação de padrões de interacção (intensidade, intencionalidade, ritmo, sincronia, contingência) que permitiu ao P estar mais inteiro na relação musical. A fenomenologia da relação musical foi sugerida por Ansdell (2010) como sendo capaz de realizar um trabalho terapêutico singular. A relação foi contentora possibilitando que a “sintonia afectiva” (Stern, 1992) do P se desenvolvesse activando níveis pré-verbais da experiência relacional, permeabilizando-os e flexibilizando-os de forma a poderem ser reelaborados ou actualizados. As capacidades de

simbolização que emergem destas dimensões de “musicalidade comunicativa” (Trevarthen e Malloch, 2000) foram potenciadas pela elaboração do seu discurso sonoro-musical ao longo das sessões.

A expressão e elaboração dos sentimentos e conflitos torna-se essencial no processo de diferenciação/individuação e na promoção de um sentimento de coesão do Self (McFerran, 2010; Flower, 1993; Frisch, 1990). Os conflitos internos, relacionados com a desorganização psico-comportamental provocada pela invasão dos processos primários, foram trabalhados na relação / criação musical, como foi exposto anteriormente: a sua evolução ao longo das sessões ao adquirir maior controlo sobre a sua expressão sonoro-musical, permitindo-o expandir a elaboração das suas narrativas sonoras, modelar de forma criativa variações de intensidade, e conquistando uma coesão e articulação rítmicas mais fortes; A expressão e elaboração emocional começou a ser trabalhada com a expressão melódica do P (na flauta de bisel), que se foi tornando progressivamente mais diferenciada em termos de cores sonoro-emocionais, e refinada pela sua sensibilidade / responsividade aos ambientes harmónicos que o facilitador criava com a guitarra – O P conseguiu expressar tristeza melodicamente, ressoando a sonoridade melancólica da improvisação, que se tornou um veículo de expressão criativa da sua tristeza (confrontando-se com ela e partilhando-a de forma contentora e transformadora). A evocação da fantasia através dos títulos das improvisações, e a escrita de uma letra improvisada sobre a tristeza, permitiram o acesso ao simbólico e uma transformação do sentir em sentido. Desta forma começou-se a aproximar a emoção do pensamento, facilitando não só um reconhecimento e um confronto com a dimensão emocional, mas também uma elaboração mais consciente (iniciada com a letra da canção) e integrada do mundo emocional.

O Pedro teve a possibilidade de expressar e partilhar através da música conteúdos e dinâmicas psíquicas que não eram passíveis de serem evocadas numa relação mediada pelo discurso verbal. A riqueza estrutural, criativa, estético-emocional e relacional que o Pedro imprimiu na experiência improvisacional foi reveladora/criadora de uma matriz sonoro-relacional (situada no espaço de brincar Winnicotiano) que possibilitou a expressão e transmutação de material não elaborado psiquicamente (complexos emocionais associada à tristeza e à revolta, muitos dos processos primários que invadiam e desorganizavam o P). O som foi também terreno de criação e experimentação de novas modalidades de ser em relação (mais contido, construtivo, relacionando-se de forma mais completa e elaborando a sua expressão pessoal com mais detalhe).

O Prazer e o bem estar com que o P participava e investia nas actividades das sessões, a mestria conquistada na expressão sonoro-musical, e a construção pessoal, musical e relacional que começou a ser edificada, fortaleceram a auto-estima e despertaram continuamente um forte motivação no P.

Outros Casos

O grupo da unidade de adolescentes foi o único caso não analisado até agora. O grupo teve início no dia 28 de Fevereiro. O grupo era constituído por um grupo de 6 adolescentes: O P (14 anos, tourettes, hiperactividade e défice de atenção), a PC (14 anos, distímia e depressão major), a PM (18 anos, depressão reactiva, perturbação da personalidade borderline), o J (20 anos, perturbação da personalidade borderline), a I (16 anos, perturbação da personalidade borderline), e o A (19 anos, cego, com problemas de autonomia e relacionamento interpessoal). Houve sempre a presença de um técnico da equipa, geralmente o enfermeiro Ângelo. Até à data de realização deste relatório tinham sido realizadas 13 sessões. O grupo explorou essencialmente processos e dinâmicas de improvisação sonoro-musical com os instrumentos e com a voz.

Foi um grupo muito inconstante, com muitos comportamentos de oposição por parte da I, da PC, e muitas vezes da PM, que se recusavam muitas vezes a participar nas actividades. Desde a primeira sessão, a criação e expressão sonoro-musical foi muito natural e espontânea. Os principais desafios que surgiram numa primeira fase foram o motivar a participação de todos de forma a criar um grupo de trabalho musicoterapêutico, dar forma e continuidade ao som improvisado pelos adolescentes (que muitas vezes era caótico e descontínuo), e facilitar a atribuição de significado por parte dos jovens em relação ao processo musicoterapêutico.

Durante as 13 sessões houve muitas ausências, era raro o grupo estar completo. Na 11ª sessão o grupo conquistou uma coesão característica de uma fase reactiva, com uma coesão e articulação sonoras inéditas até então. Os jovens, sugeriam nessa altura ideias de trabalho musical, e não se recusavam mais a participar nas actividades. Foi um processo relativamente moroso pela oposição inicial de alguns membros do grupo e pela ausência de coesão grupal.

Embora tenha durado pouco tempo, houve um trabalho significativo com alguns dos jovens, e contribui-se para a coesão do grupo que se mantinha para além das sessões de musicoterapia.

Conclusão

O estágio académico de musicoterapia, realizado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, teve a duração de oito meses. Realizou-se um grupo musicoterapêutico com 15 adultos, um grupo musicoterapêutico com 6 adolescentes, e foi seguido um adolescente em setting individual. Pretendeu-se conceder aos utentes a possibilidade de passarem por um processo continuado de exploração criativa mediado pelo som e pela relação terapêutica. Este foi um processo que veio expandir o alcance das actividades terapêuticas realizadas no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria em psiquiatria: o uso da criatividade sonoro-musical como ferramenta de exploração e transformação pessoal.

Bruscia (1998) considera que o terapeuta pode optar por uma perspectiva “transformativa” ou de “*insight*”. Na perspectiva “transformativa” é a própria experiência musical que provoca a mudança, enquanto que na perspectiva de “*insight*” é a mediação verbal consequente à experiência musical que leva à mudança. Houve um maior investimento na perspectiva “transformativa” durante o processo musicoterapêutico nos dois grupos, e no caso individual. O insight começou a ser explorado numa fase mais avançada do desenvolvimento dos grupos, altura em que havia já uma matriz de relações estáveis e contentoras no grupo.

A palavra foi utilizada para comunicar e tecer relações. O discurso, ou as narrativas sobre a experiência musical, que emergiram durante o processo, foram co-criadas entre os elementos de cada grupo e o facilitador. Esta atribuição de significado era realizada pelo facilitador tendo em vista objectivos terapêuticos, e verbalizada pelos utentes numa tentativa de partilhar os elementos mais significativos da experiência musical.

Os comentários tecidos pelos utentes face às sessões e à criação musical conjunta, revelaram um conjunto de ideias que emergiram por diversas vezes nos dois grupos: a

liberdade que se experienciava nas improvisações (este aspecto foi tornado mais consciente no grupo de adultos); a possibilidade de descarregar tensões e ansiedade; a expressão e partilha de sentimentos de uma forma criativa, contentora e muito prazerosa; a expressão e elaboração criativa de sentimentos vividos como persecutórios ou tóxicos (a raiva, o medo, frustração); e o contentamento com o projecto, ao mesmo tempo pessoal e colectivo, de vir a ser possível criar música em comunidade.

Bion (1992) diz-nos que a relação terapêutica é criadora e contentora de novos símbolos e dinâmicas relacionais. Isto foi bastante visível na flexibilização e transformação de papéis ao longo do desenvolvimento do grupo, e na criação / descoberta de novas perspectivas pessoais e relacionais que emergiam nas improvisações – os utentes davam a conhecer-se, e conheciam dimensões, até então desconhecidas uns dos outros, que emergiam na experiência musical. Neste processo cada utente, ao seu ritmo, foi criando continuamente um espaço pessoal integrado numa identidade colectiva, também ela elaborada momento a momento. Estes dados vêm ao encontro de Plach (1996), Bruscia (1987), Bunt & Hoskyns (2002), e Gardstrom (2007), que afirmam que a improvisação em grupo é uma técnica fundamental para desenvolver a consciência de processos sociais e o desenvolvimento de novos padrões relacionais, exprimir sentimentos e desenvolver a auto-estima.

Os objectivos propostos para o grupo de adultos foram cumpridos, com mais visibilidade em alguns utentes, e através da edificação de um grupo de trabalho musicoterapêutico. Durante o processo de desenvolvimento grupal ficou nítida a potenciação de experiências de contacto com a realidade, mobilizando a acção de fazer música e focando a atenção no aqui- agora – a experiência improvisacional tendia a energizar os utentes e focá-los no presente, na relação, e na expressão (que é ao mesmo tempo descoberta) pessoal. Foi facilitada a criação de canais de comunicação sem recorrer à linguagem verbal, o que potenciou um sentimento

de pertença identitária e inclusão aproximando as pessoas de uma forma contentora – a ligação que a experiência musical continuada forja é forte e muito particular: a cooperação entre os utentes, a descoberta e criação de um produto sonoro que é espelho das relações criadas e da individualidade de cada um, impregnaram o processo terapêutico com um sentido forte de pertença e comunhão.

Nas últimas sessões de grupo havia um conjunto de comportamentos, atitudes e verbalizações, que espelhavam factores terapêuticos bastante evidentes. Na fase final, os utentes exploravam já com alguma autonomia a expressão criativa de diversos sentimentos e estados de espírito, comentavam padrões e atitudes relacionais que surgiam nas relações musicais, e avançavam com explicações pessoais sobre o valor terapêutico das sessões de musicoterapia: a diminuição da ansiedade, um novo olhar sobre as relações inter-pessoais, aumento da motivação, melhoria da auto-imagem face à expressão pessoal e à capacidade de criar sonoramente (com o aumento da auto-estima associado), aumento de verbalização e a vivência de descargas emocionais seguras e bem sucedidas. Estas conquistas foram observadas num setting muito específico, resta a dúvida sobre os eventuais impactos na vida social dos utentes, e sobre a sua efemeridade.

Um facto muito curioso emergiu durante as sessões: os pacientes com diagnósticos psicóticos tinham um sentido rítmico geralmente mais desenvolvido que os outros, o que os permitia ter uma função muito construtiva nas improvisações – especialmente numa primeira fase, eram eles que criavam um centro ou um chão pulsional (rítmico) que carregava e organizava o som do grupo através da sua constância e solidez. Eram os casos mais flagrantes da relativização dos aspectos patológicos na experiência sonoro-musical.

Numa sessão realizada com o grupo de adultos, posterior à análise efectuada neste trabalho, o facilitador levou em suporte áudio, um conjunto de momentos de diversas

improvisações criadas até à 18ª sessão, e duas gravações de canções performadas pelos utentes (Homem do Leme – Xutos e Pontapés; e O Anel de Rubi – Rui Veloso). Foi uma sessão repleta de emoção, os utentes gostaram muito de se ouvir e recordaram vários momentos partilhados durante as sessões. O registo áudio foi concedido aos utentes e ao hospital. Independentemente da efemeridade dos aspectos terapêuticos desenvolvidos e activados durante o processo musicoterapêutico, este registo áudio ficará como uma lembrança (sonoro-afectiva) do potencial criativo de cada um, e do grupo todo. Fica uma obra criada por todos, uma descoberta / criação que implicou a presença e investimento de um grupo de pessoas inteiras, completas, independentemente da sua condição psiquiátrica. Nas palavras de uma utente: “é uma recordação muito boa para levarmos daqui, está tão bonito, e fizemos isto todos juntos!”

Além de possibilitar a existência dos elementos básicos que permitissem o desenvolvimento dos grupos (estabelecer as regras e limites essenciais), criar relações e um ambiente seguro e contentor, dar sugestões de actividades sonoro-musicais e introduzir ideias e pontos de vista de discussão verbal, o facilitador teve um papel muito activo na experiência musical. Na recriação de canções foi ele que criou a base harmónica (com a guitarra) para os utentes cantarem. Na improvisações introduziu ideias musicais sugerindo diferentes movimentos e dinâmicas sonoras; espelhou, ecoou, amplificou e respondeu individualmente, na tentativa de ajudar determinado utente a expandir e aprofundar a sua expressão/experiência musical; e modelou algumas dinâmicas colectivas de ritmo, intensidade, e cor harmónica (ou ambiente emocional), motivado por diferentes objectivos conforme o momento - amplificar a emoção expressa ou latente na sonoridade do grupo; conferir coesão à música dando sentido à amalgama de partes sonoras por vezes desfocadas ou desarticuladas; sugerir movimentos rítmicos que despertassem o grupo para a expressão

criativa no aqui-agora e para os aspectos comunicativos do som; tornar o som colectivo mais contentor ou mais desafiante, conforme o momento o exigisse; despertar uma resposta emocional nos utentes sugerindo uma componente afectiva na expressão e relação musical. Estes movimentos dentro das improvisações eram umas vezes guiados por decisões deliberadas e conscientes, e outras vezes eram desenvolvidos de forma intuitiva na entrega ao momento sonoro-musical.

No que diz respeito ao segundo estudo de caso, no acompanhamento do P, houve a possibilidade de se realizar um trabalho mais detalhado nas sessões individuais. A fraca mediação dos impulsos e emoções através do pensamento, que se encontrava desorganizado, sem função reguladora, sem insight, foi combatida com a capacidade da música em reflectir, evocar, e conter os afectos, e em ser um veículo de expressão e estruturação criativa dos impulsos. A mestria conquistada pelo P ao longo das sessões, a nível de articulação e constância rítmica, modelação de intensidade, sincronia e reciprocidade na relação sonoro-musical, e na elaboração do discurso melódico, revelaram uma capacidade potenciada de controlo dos impulsos e do foco da atenção. A sincronia e reciprocidade na relação sonoro-musical foram bastante desenvolvidas, reflectindo a qualidade contentora da relação terapêutica e potenciando a edificação de uma identidade estável, autónoma e criativa em relação. O confronto e reconhecimento da tristeza, nas improvisações e na canção que começou a ser criada, foi um primeiro passo para uma diferenciação e elaboração afectiva essencial ao processo de individuação.

Mais uma vez, permanece a dúvida sobre os efeitos operados ao longo das sessões, na vida fora do setting terapêutico. O P está hoje em dia visivelmente mais tranquilo, sem a agitação que lhe era característica. Permite-se deprimir e de alguma forma viver a sua tristeza, o que é muito positivo – este movimento depressivo é um movimento de expansão interior, um

confronto com partes do Self não integradas até então, e uma oportunidade de elaboração afectiva e integração dos processos primários. Esta elaboração emocional, que começou a ser trabalhada na catarse natural da experiência musical, e que foi tornada mais consciente nos títulos das improvisações, na atribuição de significado à experiência musical, e na criação da canção, foi essencial para promover alguma autonomia na gestão dos impulsos e da vida interior do P. Os objectivos foram desta forma cumpridos, mas é essencial que o trabalho musicoterapêutico com o P continue para que, se desenvolva e estabilize todas as conquistas relacionadas, e que estas se expandam para outros domínios fora do contexto sonoro-relacional.

Em ambos os grupos, as sessões foram mais directivas numa primeira fase, onde foi necessário estabelecer regras e limites que permitissem uma modelação do trabalho musicoterapêutico. À medida que os utentes iam ganhando familiaridade com o processo, e alguma autonomia, o facilitador foi concedendo a directividade das sessões aos utentes, responsabilizando-os pelo seu próprio desenvolvimento.

Embora não se tenham elaborado planos terapêuticos formais, e não tenha havido o uso de instrumentos que concedessem dados mais objectivos de movimentos terapêuticos, houve sempre uma reflexão continuada sobre o processo e sobre as possibilidades de intervir com eficácia acompanhada de um conjunto de apontamentos e reflexões escritas num caderno para cada grupo. Foi conscientemente privilegiada uma abordagem mais subjectiva em relação à identificação de factores e desenvolvimentos terapêuticos, motivada pelas idiossincrasias do facilitador, e com o intuito de deixar um espaço aberto de contemplação e reflexão sobre uma experiência desconhecida até então (musicoterapia), sem a condicionar com pressupostos pré-determinados.

A experiência foi muito positiva no geral, desde a integração nas equipas do Hospital de Dia, e na Unidade da Adolescência, até ao trabalho realizado com os utentes. Surgiram

algumas dificuldades de organização pessoal, e, foi um desafio que irá permanecer, o de perceber o que seria relevante partilhar com as equipas de técnicos, traduzindo a experiência musical em conceitos passíveis de serem integrados no trabalho interdisciplinar.

Reflexão Pessoal

O estágio foi uma experiência muito enriquecedora. A integração foi facilitada pelo bom acolhimento por parte de ambas as equipas de técnicos, e pela motivação que tinha em descobrir a realidade da prática musicoterapêutica. A relação com os técnicos foi muito boa, senti muita abertura e disponibilidade, e alguma curiosidade sobre o que seria o processo musicoterapêutico.

Estava muito curioso e investido no início, mas muito desorientado em relação ao que fazer e como fazê-lo! Sentia que necessitava de algum tipo de apoio mais concreto e continuado, e ninguém no hospital me podia orientar, eu é que tinha que orientar os técnicos em relação à musicoterapia. Custou um pouco no início, o sentir-me “verde”, sem grande direcção senão aquela que eu decidisse tomar e que os utentes me indicassem de alguma forma. Com o passar do tempo fui-me familiarizando com o processo: fui criando relação com os utentes, acompanhando-os na sua própria descoberta e transformação; fui percebendo a eficácia e o sentido da matriz sonoro-musical que enforma o trabalho musicoterapêutico, descobrindo formas de orientar / facilitar o trabalho colectivo e individual através do som e da relação; fui descobrindo através do tempo o desabrochar pessoal e colectivo dos vários utentes com que trabalhei; e fui ganhando confiança no processo, nos utentes, e em mim próprio.

A música é uma paixão incomensurável na minha vida. O experienciar o outro, ou a comunhão da vida, em relação, é uma das grandes fontes de sentido e plenitude, que foi vivida de forma única neste estágio. Desenvolvi um carinho e um respeito muito grande por todos os utentes com que trabalhei, com a diferenciação de afectos inevitável, aproximando-me mais de uns, e menos de outros. Tive o privilégio de estar presente neste acontecer musico-relacional, e ser contemplado com a confiança de quem se expôs e experimentou “ser

som”, criando um movimento sonoro-relacional que permitiu uma partilha e uma experimentação criativa muito genuína.

Fiquei especialmente surpreendido pela presença forte com que a música se impôs nas sessões. A viagem de descoberta e criação não foi exclusiva dos utentes, eu descobri uma forma mais humana de viver a música, e comecei a criar uma nova sensibilidade, um novo olhar, um novo ouvir, um novo pensar, sobre a música e as pessoas (os seres), sobre a “relação”, essencial ao acontecer musical. Ganhei competências, confiança, e uma motivação amadurecida para continuar no caminho do “Feiticeiro Sonoro” – a fantasia primordial que enforma a minha experiência de musicoterapeuta.

Um outro aspecto que me surpreendeu foi a possibilidade que os utentes tiveram e usufruíram, de estar e Ser para além da sua condição patológica. Foi com surpresa e muito agrado que vi muitos deles a descobrirem-se (a eles próprios e aos outros) com o contentamento e espontaneidade de uma criança – este espaço de brincar que a música possibilita é realmente desarmante e contentor!

Resta-me agradecer com todo o meu coração aos técnicos que me acolheram e com o quais aprendi imenso, a nível profissional, e, especialmente, a nível pessoal. Gostaria de deixar escrito que, embora a comunidade e a prática musicoterapêutica esteja ainda a dar os primeiros passos em Portugal, e que esteja ainda tudo muito em fase de experimentação, estamos todos carinhosamente gratos à Professora Teresa Leite por se desdobrar em mil e uma mulheres e fazer com que todo este movimento de expansão aconteça.

Sinto que tenho um caminho infindável por percorrer, que a aprendizagem acabou agora mesmo de começar!

“Our existence is nothing but a sound in an immense ocean of silence” – Bhagwan Shree Rajneesh

Bibliografia

- Ansdell, G, Davidson, J, Magee, W L., Meehan, J and Procter, S (2010) 'From “This F***ing life” to “that's better” ... in four minutes: an interdisciplinary study of music therapy's “present moments” and their potential for affect modulation', *Nordic Journal of Music Therapy*, 19: 1, 3 — 28
- Benne, K. D. Sheats, P. (1948), Functional roles of group members. *Journal of Social Issues*, 4, 41-9
- Bennis, W. G., Shepard H. A. (1956) A theory of group development. In Graham S. Gibbard, John J. Hartmann, Richard D. Mann, *Analysis of groups: contributions to theory, research, and Practice*. San Francisco, C A : Jossey-Bass
- Bion, W. R. (1992). *Cogitations*. London: Karnac Books
- Borczon, R.M. (1997). *Music therapy: group vignettes*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, Kenneth E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield,IL; Charles C. Thomas Publications
- Bruscia, Kenneth E. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bunt, L., Hoskyns, S., (2002) *The handbook of musictherapy*. Brunner-Routledge
- Cardoso, C.M. (2002). *Os Caminhos da esquizofrenia*. Climepsi Editores.
- Choi, A. N., Lee, M. S., & Lim, H. J. (2008). Effects of group music intervention on depression, anxiety, and relationships in psychiatric patients: A pilot study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(5), 567-570.

De Backer, J. (1993). Containment in music therapy. In M. Heal & T. Wigram (Eds.), *Music therapy in health and education*, (pp.32-39). London: Jessica Kingsley Publishers.

De Sousa, A.; De Sousa, J. (2010) Music therapy in chronic schizophrenia. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 7(1): 13-17

Erikson, E. H. (1965). *Childhood and society*. London: Penguin Books Ltd.

Field, T., Martinez, A., Nawrocki, T., Pickens, J., Fox, N. A., & Schanberg, S. (1998). Music shifts frontal EEG in depressed adolescents. *Adolescence*, 33(129), 109–116.

Flower (1993). Control and creativity: music therapy with adolescents in secure care. In Heal, M. & Wigram (Eds.) *Music therapy in health and education*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Frisch, A. (1990). Symbol and structure: music therapy for the adolescent psychiatric inpatient. *Music Therapy*, 9 (1), 16-34.

Gardstrom, S. (2007). *Music therapy improvisation for groups: essential leadership competencies*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers

Gfeller, K. (2005). Music as communication. In R.Unkefer & M. Thaut (Eds.) *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions* (pp. 42-59). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health*. 10(3): 77

Gold, C.; Bergen, U.; Solli, H. P. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. Accepted for publication in *Clinical Psychology Review* on January 12, 2009.

Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.

Gold, C.; Voracek, M.; Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:6, pp 1054–1063

Gold, C.; Voracek, M.; Wigram, T. (2007). Predictors of change in music therapy with children and adolescents: the role of therapeutic techniques. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 577–589

Grotstein, J. S. (1999). *O buraco negro*. Climepsi Editores

Hayashi N, Tanabe Y, Nakagawa S, Noguchi M, Iwata C, Koubuchi Y, Watanabe M, Okui M, Takagi K, Sugita K, Horiuchi K, Sasaki A, Koike I. (2002) Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 56(2):187-93.

Heal, M.; Wigram, T. (1993). *Music therapy in Health and Education*. Jessica Kingsley Publishers.

Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., & Wilson, B. (2004). Clinical interventions in adult psychiatric disorders. In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions* (pp. 207-247). Gilsum, NH: Barcelona.

- Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B., (2005). Taxonomy of Programs and Techniques. In Music therapy for mental disorders. In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (pp. 185-205). Gilsum, NH: Barcelona
- Kenny, C. (2007). *The field of play*. In C. Kenny (Ed.), *Music & life in the field of play: an anthology* (80-117). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of therapy group system. In, Bernard, A. & MacKenzie, K. R. (Eds.) *Basics of group psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Malekoff, A. (1997). *Group work with adolescents*. New York: Guildford Press.
- McFerran, K. (2010). Tipping the scales: A substantive theory on the value of group music therapy for supporting grieving teenagers. *Qualitative Inquiries in Music Therapy (A Monograph Series)*, 5, 2-49.
- McFerran, K., Wigram, T. (2002). A review of current practice in group music therapy improvisations. *British Journal of Music Therapy*, 16 (1), 46-55.
- Metzner, S. (2010). About being meant: music therapy with an in-patient suffering from psychosis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19(2): 133–150.
- Montello, L. M., & Coons, E. E. (1998). Effect of active versus passive group music therapy on preadolescents with emotional, learning, and behavioral disorders. *Journal of Music Therapy*, 35, 49–67

- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in music therapy: human communication in sound. *Journal of Music Therapy*, XXXVII (4), 2000, 269-285
- Plach, T. (1996). *The creative use of music in group therapy* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas Publishers.
- Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Rutan, J. S.; Stone, W. N.(2001) *Psychodynamic group psychotherapy*, Third Edition; The Guilford Press; 3rd edition
- Ruud, E. (1998). *Music therapy: improvisation, communication, and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers
- Silverman, M. J. (2003). The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 40(1), 27–40.
- Skewes, K. (2001). *The experience of group music therapy for six bereaved adolescents*. Dissertação de Doutoramento não publicada. University of Melbourne. Retirado de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.wfmt.info%2FMusictherapyworld%2Fmodules%2Farchive%2Fdissertations%2Fpdfs%2FSkewes_Katrina_en_01_01.pdf&ei=PfRiUMOTMO-Y1AXYzYCYAQ&usg=AFQjCNErx2MTB-szCMdHmpD8c1zezWgYkg
- Stern, D. (1992). *Bebé-mãe : primeira relação humana*. Lisboa : Salamandra
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.

- Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry*, 165(Suppl. 24), 38–44.
- Tervo, J. (2001) Music therapy for adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 6 (1), 79-91.
- Trevarthen, C., Malloch, S. (2000). The dance of wellbeing: defining the musical therapeutic effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), 3-17
- Ulrich, G.; Houtmans, T.; Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116: 362-370.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., Bonde, L. (2002) *A comprehensive guide to music therapy*. Jessica Kingsley Publishers
- Wigram, T.; Wosch, T. (2007). *Microanalysis in music therapy: a comparison of different models and methods and their applications in clinical practice, research and teaching music therapy*. Jessica Kingsley Publishers
- Winnicott, D. W. (1975) *O brincar & a realidade*. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practise of group psychotherapy*, (4th ed.). New York, NY: Basic Books.