



Universidades Lusíada

Castro, Maria Teresa de Lara Arriaga de, 1983-

Afinar a relação : a musicoterapia e a perturbação no espectro do autismo

<http://hdl.handle.net/11067/3148>

Metadados

Data de Publicação	2017-04-06
Resumo	Há muito que a musicoterapia tem um papel na intervenção junto de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Integrada num plano terapêutico mais alargado, a musicoterapia oferece um meio de comunicação alternativo não-verbal que contribui para o desenvolvimento holístico da criança autista. Mais recentemente, começou também a ser aplicada a crianças com Perturbações do Comportamento (PC). O presente relatório descreve um estágio realizado numa Instituição Privada de Segurança Social ...
Palavras Chave	Crianças autistas, Musicoterapia para crianças, Reino dos Sentidos (Cascais, Portugal) Ensino e Estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T02:47:40Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Afinar a relação: a musicoterapia e a perturbação
no espetro do autismo**

Realizado por:

Maria Teresa de Lara Arriaga de Castro

Supervisionado por:

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

Orientado por:

Dr.^a Catarina Isabel Correia Rolo

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

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

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em: 31 de Março de 2017

Lisboa

2016



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Afinar a relação: a musicoterapia e a perturbação no
espectro do autismo

Maria Teresa de Lara Arriaga de Castro

Lisboa

Julho 2016



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Afinar a relação: a musicoterapia e a perturbação no
espetro do autismo

Maria Teresa de Lara Arriaga de Castro

Lisboa

Julho 2016

Maria Teresa de Lara Arriaga de Castro

Afinar a relação: a musicoterapia e a perturbação no espectro do autismo

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Catarina Isabel Correia Rolo

Lisboa

Julho 2016

Ficha Técnica

Autora Maria Teresa de Lara Arriaga de Castro
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Catarina Isabel Correia Rolo
Título Afinar a relação: a musicoterapia e a perturbação no espectro do autismo
Local Lisboa
Ano 2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CASTRO, Maria Teresa de Lara Arriaga de, 1983-

Afinar a relação : a musicoterapia e a perturbação no espectro do autismo / Maria Teresa de Lara Arriaga de Castro ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Catarina Isabel Correia Rolo. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - ROLO, Catarina Isabel Correia, 1977-

LCSH

1. Crianças autistas
2. Musicoterapia para crianças
3. Reino dos Sentidos (Cascais, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Autistic children
2. Music therapy for children
3. Reino dos Sentidos (Cascais, Portugal) - Study and Teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1.ML3920.C37 2016

Índice

Resumo.....	11
Abstract	12
Introdução	13
1. Apresentação e Contextualização da IPSS Reino dos Sentidos	15
2. A população-alvo	20
3. Enquadramento Teórico	22
3.1 A Musicoterapia	22
A relação terapêutica	26
O modelo Nordoff-Robbins	26
As técnicas específicas	32
3.2. A Perturbação no Espectro do Autismo	34
3.2.1. As características da criança com PEA.....	35
Interação social e capacidades de comunicação da PEA.....	35
Comportamentos repetitivos	38
As consequências emocionais.....	38
3.2.2. A Neuropsicologia do Autismo.....	40
Neuropsicologia versus comportamento	40

“Afinar” a relação – A Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo

As funções executivas	41
<i>Attention-shifting</i>	42
3.2.3 As abordagens terapêuticas	44
3.2.4. A musicoterapia aplicada à PEA	45
3.3. A Perturbação do Comportamento (PC)	47
3.3.1. As características da PC	48
3.3.2. Abordagens terapêuticas à PC	50
3.3.3. A musicoterapia aplicada PC	52
3.4. A musicoterapia e o método <i>High Scope</i>	53
4. Objetivos Gerais	57
5. Metodologia	58
5.1. Amostra	58
5.2. Procedimentos	59
A rotina das crianças	59
Intervenção no meio terapêutico	59
Participação em rotinas da instituição	61
Métodos e técnicas	62
A estrutura das sessões	62
Materiais utilizados	64

“Afinar” a relação – A Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo

Grelhas, escalas ou testes aplicados	64
6. Estudo de Caso – A Cecília	65
Observação inicial da Cecília em <i>setting</i> musicoterapêutico	69
O Plano Terapêutico da Cecília	71
O Percurso da Cecília na Musicoterapia	72
Conclusão	77
7. Estudo de Caso – O Bernardo	79
Observação inicial do Bernardo em <i>setting</i> musicoterapêutico	82
O Plano Terapêutico do Bernardo	84
O Percurso do Bernardo na Musicoterapia	85
Conclusão	88
8. Outras Intervenções Clínicas	90
9. Discussão	93
10. Reflexão pessoal	100
Referências	103
Anexo 1	111
Anexo 2	113

“Afinar” a relação – A Musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo

Resumo

Há muito que a musicoterapia tem um papel na intervenção junto de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Integrada num plano terapêutico mais alargado, a musicoterapia oferece um meio de comunicação alternativo não-verbal que contribui para o desenvolvimento holístico da criança autista. Mais recentemente, começou também a ser aplicada a crianças com Perturbações do Comportamento (PC). O presente relatório descreve um estágio realizado numa Instituição Privada de Segurança Social (IPSS), com a duração total de 520 horas e ao longo do qual foram realizadas sessões de musicoterapia com 12 de crianças entre os 7 e os 14 anos de idade com PEA e com PC. As intervenções terapêuticas basearam-se no modelo Nordoff-Robbins, de abordagem humanista, tendo-se centrado na implementação de improvisação clínica e respetivas técnicas. Os objetivos gerais visaram que a musicoterapia atuasse como uma força integração da criança, ao desenvolver os seus recursos e qualidades pessoais. Também se pretendeu promover a capacidade de auto regulação emocional. Foram realizados dois estudos de caso focados nas sessões realizadas com duas crianças de 12 e 14 anos de idade, ambas com PEA. Através de uma interpretação essencialmente qualitativa do progresso de cada caso e da aplicação de uma escala baseada no trabalho de Bruscia (1987) antes e depois das intervenções, concluiu-se que a musicoterapia pode ajudar na modulação da intensidade expressiva e comunicativa.

Palavras chave: musicoterapia, autismo, improvisação, Nordoff-Robbins

Abstract

Music therapy has for a long time played an important role in dealing with Autism Spectrum Disorders (ASD). As part of a broader therapeutic plan, music therapy offers an alternative, non-verbal communication channel that contributes to the holistic development of the autistic child. More recently, it has also started being applied to children with Behavioral Disorders (BD). This report describes an internship conducted at a private social security institution with a total duration of 520 hours. During this internship music therapy sessions were conducted with 12 children between the ages of 7 and 14 years of age diagnosed with ASD and BD. The therapeutic interventions were based on the Nordoff-Robbins model, with a humanist approach, and focused on implementing clinical improvisation and related techniques. The general objective was that music therapy would act as an integrative factor for the child by developing her personal skills and abilities. Another aim was to promote the child's capacity for emotional self-regulation. Two case studies were conducted based on the sessions carried out with two children of 12 and 14 years of age, both diagnosed with ASD. Through an essentially qualitative interpretation of progress in each case and through the application of a scale based on the work of Bruscia (1987) before and after the interventions, one concludes that music therapy can assist in the modulation of expressive and communicational intensity.

Keywords: music therapy, autism, improvisation, Nordoff-Robbins

Introdução

No âmbito do 2ºano do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, foi realizado um estágio na Instituição Privada de Solidariedade Social Reino dos Sentidos. Este estágio, que teve a duração de 520 horas e decorreu ao longo de 11 meses, é o objecto do presente relatório.

O objetivo deste estágio foi que a musicoterapia atuasse como uma força de integração da criança, desenvolvendo os seus recursos e qualidades pessoais. A perspectiva utilizada foi a de uma intervenção musicoterapêutica assente na improvisação como forma de abordar questões relativas à expressividade e comunicação emocional e social em crianças com PEA e PC (Gold et al.,2006; Robarts, 1996; Trevarthen and Aitken, 2001). Wigram & Elefant (2006) referem que existe nos humanos uma procura intuitiva de sintonia musical (*musical attunement*), ou seja, que num momento de envolvência musical, os participantes tendem a regular e sincronizar expressões comportamentais e emocionais com o ambiente em que estão inseridos. Deste modo, ao longo do estágio, a intervenção de musicoterapia focou-se em criar um ambiente que permitisse a criação desta envolvência musical. Foi neste contexto que se tentou estabelecer uma relação genuína com o cliente através de um processo de fazer música em conjunto (Alvin & Warwick,1991; Robarts, 1996).

No final do estágio, veio-se a descobrir que as crianças, ao experienciarem e percecionarem a música criada em conjunto na sessão, regulam gradualmente a sua intensidade expressiva, refletindo motivação em participar na interação musical. Elas reconhecem a música criada em conjunto como estando relacionada consigo próprias, o que pode motivar as crianças a responder, participar e querer iniciar mais (Robarts, 1996; Wigram & Elefant, 2009).

O presente relatório está estruturado da seguinte forma. Nas próximas duas secções são descritas, de forma breve, a instituição onde decorreu o estágio bem como a população que recorre aos seus serviços. Na terceira secção é apresentado o enquadramento teórico que subjaz ao uso da musicoterapia na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e nas Perturbações do Comportamento (PC). Seguem-se descrições dos objectivos gerais e da metodologia adotada com as 12 crianças que frequentaram sessões individuais de musicoterapia durante o ano letivo 2015/2016. Nos sexto e sétimo capítulos apresento os dois estudos de caso que foram realizados com crianças com PEA; no capítulo seguinte esboço, de forma muito resumida, as intervenções realizadas junto das restantes crianças. Por fim, são apresentadas a discussão bem como uma reflexão pessoal.

1. Apresentação e Contextualização da IPSS Reino dos Sentidos

A IPSS Reino dos Sentidos, fundada em 2007, caracteriza-se como sendo uma valência de apoio terapêutico à Escola Os Aprendizizes, situada em Cascais. A Escola Os Aprendizizes oferece ensino pré-escolar, 1º e 2º ciclo de aprendizagem a alunos do ensino regular bem como a alunos com necessidades educativas especiais. O modelo pedagógico implementado é o intitulado método *High Scope*.

Na década de 1970, David P. Weikart (1931-2003) desenvolve o modelo de aprendizagem intitulado *High Scope*, que tem como base teórica a teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget (1896-1980) (McLeod, 2012).

O psicólogo clínico Jean Piaget fica conhecido pela sua abordagem pioneira ao desenvolvimento infantil e processos de aprendizagem. Trata-se de abordagem estruturalista e cognitivista que, no geral, aborda conceitos relativos à natureza da inteligência humana e o seu desenvolvimento. Piaget afirma que as vivências da infância vêm a ter um papel vital e ativo no desenvolvimento do indivíduo, dando especial ênfase às questões qualitativas nos processos de crescimento e de maturação. Piaget é considerado um dos teóricos proeminentes do construtivismo, que se trata de uma abordagem filosófica à natureza do conhecimento. Generalizando, é uma visão epistemológica de como o conhecimento surge na interação entre experiências e ideias.

Sob esta alçada filosófica e teórica, Weikart cria o modelo de aprendizagem *High Scope*, que veio a ser desenvolvido e definido no seguimento de um projeto de investigação intitulado *Perry Preschool Project*. O *Perry Preschool Project* tratou-se de um projeto de investigação que acompanhou o percurso de vida de 123 crianças, oriundas de meios de pobreza extrema e consideradas em alto risco de criminalidade e de insucesso escolar. Entre 1962 e 1967, os participantes, na altura com idades entre os 3 e os 4 anos, foram aleatoriamente divididos em dois grupos. Um dos grupos foi alvo de um programa

pré-escolar de alta qualidade com base na abordagem de aprendizagem participativa *High Scope*. O outro grupo constituiu o grupo de controlo (Epstein, 2007).

Em 2007, 97% dos participantes, já com 40 anos de idade, foram entrevistados no seguimento do projeto de investigação *Perry Preschool Project*. Dados adicionais foram recolhidos a partir de registos escolares, serviços sociais e registos prisionais. Os resultados demonstraram que os indivíduos do grupo alvo do programa pré-escolar *High Scope*, comparativamente ao grupo de controlo, tinham obtido um maior sucesso profissional, demonstrando maiores níveis de empregabilidade e melhores salários. Verificou-se também uma menor taxa de incidência criminal bem como uma maior tendência na obtenção do diploma de ensino secundário por parte dos participantes do grupo alvo da intervenção pedagógica (Epstein, 2007).

O método *High Scope* difere da abordagem pedagógica tradicional na adoção de um conjunto de rotinas diárias que permitem ao aluno colocar-se numa posição de destaque perante o seu próprio processo de aprendizagem (Epstein, 2007).

Uma das principais características do método *High Scope* trata-se da implementação de uma rotina diária nomeada *Plan-Do-Review*, considerada como o principal mecanismo potenciador de sucesso escolar. Esta sequência consiste num plano de trabalho feito pelos próprios alunos, a sua execução e auto avaliação do mesmo.

Outra das rotinas características do método *High Scope* é o intitulado *Tempo do Pequeno Grupo* que consiste num momento vivenciado por um grupo até 8 crianças em conjunto com um adulto. Através da experimentação de diversos materiais e abordagem de diferentes conteúdos, procura-se fomentar na criança a descoberta de novas competências e interesses. O adulto atua como facilitador do processo (Epstein, 2007).

Outro dos acontecimentos importantes de mencionar é o *Tempo do Grande Grupo* que tem como intuito a construção de sentido de comunidade na criança. Trata-se

de um momento no qual um grupo até 20 crianças e 2 adultos usufruem da partilha de atividades musicais e de narração de histórias, entre outras experiências. Pretende-se que todas as crianças tenham a oportunidade de fazer propostas bem como a de desempenhar o papel de líder da atividade a decorrer (Epstein, 2007).

Resumidamente, o método *High Scope* procura enfatizar uma aprendizagem participativa e ativa por parte da criança; significa que os estudantes decidem e definem os seus interesses e escolhas curriculares. Os professores, cuidadores e pais oferecerem apoio emocional e intelectual à criança para que esta adquiria conhecimento e desenvolva as suas competências criativas na resolução de tarefas e problemas. A criação de estruturação e funcionalidade individuais é considerada de extrema importância (Epstein, 2007).

Neste contexto de aprendizagem, surge a coordenação dinâmica entre a Escola Os Aprendizizes e o Reino dos Sentidos. Tratam-se de duas vivendas com um jardim no centro que as separa. A criança que irá usufruir de algum tipo de intervenção terapêutica desloca-se à hora combinada para a vivenda do Reino dos Sentidos. Em alguns casos, a criança passa o seu dia no Reino dos Sentidos, usufruindo de terapêuticas individuais.

As crianças que possam necessitar e beneficiar de intervenção terapêutica são inicialmente sinalizadas em contexto de sala de aula na Escola Os Aprendizizes pelos respetivos professores. De seguida, um dos elementos do núcleo terapêutico do Reino dos Sentidos desloca-se à Escola Os Aprendizizes para proceder a uma avaliação de carácter qualitativo das eventuais necessidades específicas da criança. A observação será feita em contexto de sala de aula de forma discreta e não intrusiva, de modo a não interferir com a dinâmica da aula nem com a habitual prestação da criança em causa. A conclusão da avaliação levada a cabo pelo respetivo terapeuta é apresentada a todos os elementos do Reino dos Sentidos e o plano terapêutico é discutido e decidido em equipa.

O Reino dos Sentidos é um núcleo terapêutico-artístico que proporciona à criança necessitada de intervenção terapêutica um apoio permanente e a diversos níveis; tendo em conta a sua patologia e características específicas.

O Reino dos Sentidos é constituído por uma equipa multidisciplinar constituída por 1 arte-terapeuta, 3 terapeutas ocupacionais, 2 psicomotricistas, 1 terapeuta da fala, 2 psicólogos e 1 neuro-terapeuta.

A filosofia do Reino do Sentidos assenta numa visão de teor humanista que acredita que todos os indivíduos são únicos e que contêm em si potenciais e qualidades inerentes à sua condição humana, que podem ter sido mais ou menos desenvolvidos. Num plano teórico, o terapeuta e a arte atuam como facilitadores para que se dê o processo de auto atualização da criança com dificuldades; contornando e/ou ultrapassando as suas restrições e bloqueios emocionais, cognitivos, comportamentais e patológicos. Neste contexto, o objetivo transversal ao núcleo terapêutico centra-se na promoção da individualidade e funcionalidade de cada criança e na estimulação do desenvolvimento dos seus potenciais específicos,

A disciplina de Arteterapia assume-se como a *alma mater* do Reino dos Sentidos; todas as intervenções terapêuticas têm sempre como conceito transversal a importância da expressão artística no processo de crescimento e de auto descoberta do *self* da criança. Especificamente, pretende-se que a prática de arte seja um elemento presente em todas as intervenções terapêuticas e que se assuma como um meio facilitador na revelação do *self* da cada criança.

A integração da criança num processo criativo possibilita que, partindo do plano concreto da sua produção artística consciente, aspetos do seu inconsciente sejam

convocados e materializados em arte, potenciando assim o início da transformação terapêutica desejada.

O conceito de família é de extrema importância no Reino dos Sentidos, pretendendo-se sempre que a família da criança esteja envolvida e integrada na escolha de estratégias e no acompanhamento terapêutico.

O Reino dos Sentidos ocupa um espaço físico que reproduz propositadamente a estrutura de uma casa familiar (1 salão, 1 sala, 5 quartos, 1 cozinha 4 casas de banho); que se afirma como um território terapêutico no qual a soberania está entregue à criança no seu processo de crescimento e de desenvolvimento.

De referir, no Reino dos Sentidos o método de aprendizagem *High Scope* não é aplicado, uma vez que se trata de um centro terapêutico de acompanhamento à criança com necessidades educativas especiais. Como referido anteriormente, trata-se também de um espaço que partilha com a Escola Os Aprendizes valores humanistas, mas sob a perspetiva de intervenção clínica. A musicoterapia vem integrar-se no seio do Reino dos Sentidos.

2. A População-alvo

O Reino dos Sentidos providencia apoio terapêutico a 20 crianças que estudam na Escola Os Aprendizes. As patologias que se encontram são Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Perturbação do Comportamento (PC) e crianças com dificuldades de aprendizagem e/ou diversos níveis de déficit cognitivo.

A maioria das crianças com PEA, matriculadas na Escola Os Aprendizes, passam o dia no Reino dos Sentidos; na parte da manhã usufruem de 3 momentos terapêuticos em *setting* individual, sendo que a hora de almoço é feita no refeitório da Escola Os Aprendizes, em conjunto com os respetivos colegas. Durante a tarde, algumas das crianças têm ainda terapêuticas individuais.

Algumas das crianças com PEA fazem também aulas em conjunto com a sua respetiva turma na Escola Os Aprendizes, como ginástica, matemática ou inglês, dependendo das suas aptidões académicas individuais.

As crianças com PEA que frequentam o Reino dos Sentidos apresentam diversos níveis de dificuldades de comunicação, de relação e de adaptação. Encontram-se diferentes tipos de carências no desenvolvimento. Neste contexto, evidenciam-se a inadequação comportamental, os problemas na verbalização e a manifestação de estereotipia repetitiva. Tratam-se de crianças que requerem um acompanhamento constante por parte de um terapeuta.

Já as crianças com PC, com dificuldades de aprendizagem e/ou com déficit cognitivo passam o seu dia na Escola Os Aprendizes e apenas se deslocam ao Reino dos Sentidos à hora da respetiva terapia individual. No geral, as crianças com PC tanto manifestam estados de ansiedade e de agressividade como de alienação social. Também, há crianças que manifestam uma certa apatia intelectual e/ou emocional. O

acompanhamento terapêutico visa trabalhar competências como a regulação emocional, o auto controlo e a auto expressão.

As crianças com dificuldades de aprendizagem ou com défice cognitivo apresentam diversas complicações a diferentes níveis. Tratam-se de casos que requerem um acompanhamento terapêutico específico consoante o seu funcionamento psicológico e incapacidades.

3. Enquadramento Teórico

Na presente secção segue-se a apresentação e o desenvolvimento dos temas que suportaram teoricamente a intervenção de musicoterapia neste estágio curricular no Reino dos Sentidos; entre os quais a musicoterapia, a PEA e a PC.

3.1. A Musicoterapia

A musicoterapia baseia-se na criação de uma relação terapêutica de confiança que é estabelecida entre o cliente e o terapeuta através da utilização de sons e de música. A evolução da relação musical e terapêutica permite a ocorrência de mudanças, tanto na condição do cliente como na própria forma e conteúdo das sessões. Do ponto de vista social e comunicacional, a prática de musicoterapia consiste no contacto musical estabelecido entre dois seres humanos com o objetivo de expandir os canais de comunicação e “afinar” o repertório comportamental e expressivo dos participantes (Bunt, 1996).

A promoção da interação humana, por meio da experiência musical partilhada, tem como pressuposto os objetivos terapêuticos estabelecidos, os quais variam consoante as necessidades específicas de cada indivíduo (Bunt & Stiege, 2014).

Bruscia (1998) considera que a musicoterapia se trata de uma experiência primordialmente sonora. O autor distingue quatro formas específicas de experiência musical em contexto terapêutico: a improvisação, a reprodução, a composição e a escuta musical.

A improvisação musical trata-se de música criada espontaneamente; o músico cria e sintetiza a sua performance em tempo real (Cook, 1990). Alguns tipos de improvisação são muito estruturados seguindo padrões e formas específicas como, por exemplo, o jazz tradicional. No contexto de performance artística, o produto musical final é importante.

Porém, o produto musical final na improvisação em musicoterapia é de menor importância; a própria intervenção terapêutica passa pelo processo de o cliente tocar música livremente sem a preocupação do quão “musical” é ou soa. Numa improvisação ouvir o outro é essencial; a escuta atenta do terapeuta é o que torna possível a sincronização musical.

Deste modo, considere-se a improvisação clínica como um processo criativo gerado no seio da intervenção musicoterapêutica, que implica a criação espontânea de sons e de música por parte do cliente. A improvisação clínica perspetiva que o cliente explore sonora e musicalmente aspetos por desvendar do seu *self*, tanto em relação a si próprio como em relação aos outros, e de uma forma apropriada. De certa forma, o cliente vem a desenvolver uma nova auto percepção, enriquecendo a sua paleta expressiva, emocional, relacional e social, entre outras (Wheeler, 2015).

Simultaneamente, a aplicação de jogos de interação interpessoal aquando de uma improvisação promove a capacidade de resolução de problemas, uma vez que se está a estimular a flexibilidade e disponibilidade e não a predeterminação. Deste modo, envolver o cliente em experiências de improvisação musical vai potenciar o desenvolvimento das aptidões e interações sociais (Bunt, 1996).

Segundo Bruscia (1998), os seguintes objetivos clínicos podem ser realizados através da improvisação em musicoterapia: estabelecer um canal não verbal de comunicação (e uma ponte para a comunicação verbal); promover a auto expressão e a formação de identidade através de um meio prazeroso e gratificante; explorar diferentes aspetos do *self* na relação com o outro; desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal e de competências de grupo; estimular a criatividade e a liberdade de expressão e a diversão a diferentes níveis dentro da mesma estrutura; estimular e

desenvolver os sentidos; potenciar o poder de decisão que convida à clareza de intenção bem como desenvolver capacidades perceptuais e cognitivas.

Neste contexto, Crowe (2006) propõe o conceito de *entrainment*. O termo remete para a Física, onde é usado para descrever como um objeto que está a vibrar (por exemplo, um relógio de pêndulo), se estiver rodeado por outros objetos que também estejam a vibrar (outros um relógio de pêndulo), sincroniza-se gradualmente com os restantes. Considerando as características vibratórias da música, Crowe (2006) defende que o fenómeno de *entrainment* acontece também entre os seres humanos através da ação física musical. Ou seja, a autora refere como a matéria constituinte do corpo humano é permeável às ondas sonoras vibratórias, logo, torna-se possível a sua sincronização com a música que o indivíduo está a tocar ou ouvir.

A composição musical é uma atividade criativa na qual a seleção e arranjo de diversos elementos musicais são incluídos num todo unificado. A composição musical surge da mente do ser humano e consiste na auto expressão do caráter único de um indivíduo. Os compositores pensam em termos de sonoridade e musicalidade, criando um imaginário auditivo para ser partilhado com os outros. No contexto musicoterapêutico, a composição trata-se de uma atividade levada a cabo em conjunto pelo cliente e pelo musicoterapeuta. O musicoterapeuta atua como facilitador do processo criativo do cliente, dando suporte teórico e prático na execução musical das suas ideias relativas ao conteúdo e à forma. Pretende-se que a intenção emocional e/ou intelectual do cliente se reflita no produto musical final (Dileo, 2000).

Na musicoterapia recreativa, o cliente aprende a tocar um instrumento da sua eleição. Sob a orientação do musicoterapeuta, o cliente inicia um processo que consiste na reprodução de uma peça ou de um excerto musical como veículo para a expressão emocional do indivíduo. Simultaneamente, a sua concretização assenta na capacidade de

organização e aplicação do cliente. Também, serve para providenciar uma base estruturada que guia ação do cliente, perante um conteúdo emocional no qual este se revê.

Na musicoterapia receptiva, o cliente ouve música, ao vivo ou gravada, em conjunto com o musicoterapeuta. Existem diversas modalidades que podem ser utilizadas, consoante o objetivo da escolha musical; ouvir música como relaxamento, a escuta musical aliada a técnicas de movimento corporal, ou a técnica conhecida como *Guided Imagery Music* (G.I.M.) que consiste numa sugestão verbal, feita pelo terapeuta, de um percurso imagético guiado por música. A escuta musical permite ao indivíduo absorver uma forma previamente construída de vivência e de sentir internamente se há relação entre o repertório e o seu próprio estado interno. A promoção da auto reflexão, através da audição musical, objetiva que o indivíduo alcance o desenvolvimento pessoal, tendo como facilitador o musicoterapeuta (Bonny, 1978).

Também de referir é a musicoterapia ocupacional, que se trata de um momento lúdico, constituído por jogos e atividades musicais (Dileo, 2000).

O musicoterapeuta, se necessário, pode utilizar com o mesmo cliente diferentes metodologias, uma vez que o importante é corresponder à sua especificidade e estados de espírito (Benezon, 1981).

A musicoterapia pode ser aplicada em *setting* individual ou em grupo (Stropel & Huppman, 1997). No início da intervenção, é comum que a sessão seja individual para permitir, em termos gerais, uma maior disponibilidade e capacidade de exposição do cliente. Numa fase posterior, a pessoa já se terá tornado mais apta a integrar um grupo, no qual vai aplicar a experiência apreendida nas sessões individuais; tais como a interação social e a capacidade de comunicação. De referir como este processo pode durar semanas ou meses, dependendo do indivíduo (Eren, 2015). Também, os objetivos terapêuticos

estabelecidos para cada cliente vão definir o formato das sessões, podendo incluir, ou não, a terapia de grupo.

A relação terapêutica em musicoterapia Edgerton (1994) relata como a musicoterapia pode ajudar o indivíduo com PEA a desenvolver uma consciência relacional de caráter musical e humano.

Especificamente em relação à população com PEA, Eren (2015) descreve como, em *setting* individual, a criança com PEA começa por estabelecer uma relação com um ou vários instrumentos, ignorando a presença do outro, na pessoa do terapeuta. Numa fase seguinte, a criança acaba por estabelecer contacto musical (de forma intencional ou não) com o musicoterapeuta, através do manuseamento e da utilização dos instrumentos musicais. O papel do musicoterapeuta consiste em integrar musicalmente a produção sonora da criança, criando momentos de sincronização sonora com a criança, que sustentam uma relação entre ambos, através da música criada em conjunto. Ao longo deste processo, torna-se possível contornar o défice na linguagem verbal da PEA, uma vez que a expressão musical é de caráter não-verbal. Este aspeto vai permitir ao indivíduo com PEA e ao terapeuta criar progressivamente um canal de interação relacional e interpessoal que não depende da linguagem verbal por garantir a interação básica entre participantes (Eren, 2015).

O modelo Nordoff-Robbins A abordagem Nordoff-Robbins é particularmente bem sucedida em crianças com PEA e perturbações psicóticas (Bunt & Stiege, 2014). Este modelo foi criado por Paul Nordoff e Clive Robbins e recorre essencialmente à música de improvisação interativa, assente no pressuposto central de que a capacidade de aprender o ordenamento e a interligação de movimentos tonais e rítmicos é uma característica universal da espécie humana e permite o contacto entre o *self* da criança e o outro apesar das limitações impostas pela patologia.

Em termos objetivos, na abordagem musicoterapêutica desenvolvida por Nordoff e Robbins (1977), a improvisação que ocorre ao longo do processo acima descrito é central. Os autores designam a referida produção sonora e musical de caráter espontâneo como improvisação clínica (Brown & Pavlicevic, 1997).

O conceito *músico-criança* (Nordoff e Robbins, 1977) baseia-se na consideração da universalidade da sensibilidade musical no Homem e também na interligação das competências musicais às restantes dimensões do self e competências relacionais. Ou seja, Nordoff e Robbins (1997) consideram que todo o indivíduo tem em si uma parte embrionária musical que ao ser ativada, despoleta em si mesma o potencial de desenvolvimento pessoal e social do indivíduo. A musicalidade individual pode ter sido mais ou menos desenvolvida ou pode ter sofrido sucessivas camadas de constrangimentos que impediram o seu desenvolvimento. A descoberta do *músico-criança* do cliente integra-se num processo que implica uma expansão dos limites da consciência estimulando o auto conhecimento através da música.

A descoberta gradual por parte da criança com perturbação do desenvolvimento da sua capacidade musical intrínseca e o abandono sucessivo dos seus bloqueios (provocados pela sua perturbação e consequentes frustrações) vão permitir a organização das suas capacidades recetivas, cognitivas e expressivas (Wheeler, 2015).

Ao longo deste processo, o papel do musicoterapeuta nunca deverá passar pela tentativa de eliminar sintomas relativos à perturbação da criança, mas sim integrá-los na estrutura sonoro-musical que está a acontecer naquele momento. Ou seja, a criança deve ser apoiada e ajudada na sua criação sonora e musical, sendo esta intencional ou não. Através do estabelecimento de uma relação de cumplicidade entre a criança e o terapeuta, inicia-se um processo de envolvimento significativo pessoal que deve ser apoiado de forma criativa e responsável (Nordoff & Robbins, 2007).

A musicoterapia pode, deste modo, ter um grande impacto na construção de identidade e confiança básica da criança. Este fenómeno apenas é possível após a criação de um contexto terapêutico que permita à criança com perturbação do desenvolvimento vivenciar a produção musical num ambiente de aceitação do seu comportamento sonoro-musical e de intenção genuína de estar em contacto por parte do musicoterapeuta (Hanson-Abromeit, 2015)

Desta forma, a auto confiança da criança na sua produção sonora e musical começa a ganhar consistência, uma vez que esta é aceite sem restrições ou juízos de valor. Durante as sessões, há que dar preferencialmente ênfase à produção musical que surge instintivamente na criança, bem como reforçar positivamente a sua resposta a estímulos dados pelo terapeuta (Nordoff & Robbins, 1977).

O referido processo, lento e com muitas adaptações, vai permitir que a criança descubra progressivamente a sua musicalidade individual, sempre com o pressuposto terapêutico que procura promover as suas capacidades a nível relacional (com a música e com o terapeuta), perceptivo, de memória, de reconhecimento de padrões e da sua autoconfiança. Nordoff & Robbins (2007) consideram o desenvolvimento das capacidades acima referidas como elemento central da organização da personalidade, na medida em que surgem espontaneamente.

A relação terapêutica vai sendo desenvolvida em paralelo com os progressos a nível de diálogo e de aptidões musicais, o que vai iniciar um processo de afirmação emocional, de auto consciência e de auto integração sensorial da criança. A referida relação com a música e com o terapeuta recria outros episódios no domínio não-musical que a criança enfrenta ou irá enfrentar. De lembrar, que nas outras áreas da sua vida, a raramente tem a possibilidade de se sentir corretamente enquadrada no ambiente que a rodeia (Jones et al., 2014).

Deste modo, a musicoterapia vai permitir à criança com patologia vivenciar uma abordagem diferente à sua patologia dentro de um contexto terapêutico (Eren, 2015).

Em relação ao processo musical, há que estabelecer uma distinção entre a improvisação como forma de arte, que é puramente musical e a improvisação clínica de caráter terapêutico, como anteriormente referido (Brown & Pavlicevic, 1997).

Segundo Brown e Pavlecevic (1997), a improvisação clínica consiste na coexistência de duas dinâmicas. Uma delas é o papel de liderança dado ao cliente, no sentido em que o musicoterapeuta providência um suporte sonoro-musical constante à música iniciada por este. A outra dinâmica consiste em momentos musicais nos quais existe uma divergência entre a música tocada pelos dois intervenientes em termos de tempo, padrão rítmico, dinâmica e estado de espírito. Ou seja, o próprio musicoterapeuta introduz e permanece intencionalmente no seu material sonoro-musical, tendo como intuito provocar uma reação por parte do cliente; ou o cliente se integra e enquadra na estrutura musical proposta, ou não (Kim, Wigram & Gold, 2009).

Ao longo de 17 anos de colaboração, Paul Nordoff e Clive Robbins (1977) desenvolvem um modelo terapêutico de improvisação ao qual chamaram Musicoterapia Criativa (Bruscia, 1988).

Inicialmente, o referido modelo é pensado para crianças com deficiência. Os seus principais objetivos são o desenvolvimento da auto expressão, da comunicação e da relação humana, no intuito de construir personalidades mais fortes e ricas, descartando padrões comportamentais patológicos (Bruscia, 1998).

O modelo original proposto por Nordoff e Robbins (2007) consiste na realização de sessões individuais com a presença de dois terapeutas. Um dos terapeutas improvisa ao piano no intuito de criar um ambiente sonoro que mobilize o cliente para a participação na experiência musical e terapêutica. O outro terapeuta (o co-terapeuta) ajuda o cliente a

dar resposta musical à improvisação no piano, de modo a trabalhar as intenções clínicas previamente estabelecidas e planeadas. O cliente tem ao seu dispor dois meios para intervir sonora e musicalmente na improvisação: a voz/canto e os instrumentos musicais, que são maioritariamente de percussão (Bruscia, 1998).

O modelo pioneiro de Nordoff-Robbins tem vindo, ao longo dos anos, a sofrer algumas alterações e adaptações. De referir como o conceito de Musicoterapia Criativa mantém-se mas, aquando de uma sessão, não é necessária a presença de dois musicoterapeutas, considerando-se que um é suficiente. Também, o piano pode ser substituído por outro instrumento harmónico, como a guitarra ou o acordeão. A referida metodologia foi inicialmente pensada para crianças, porém, começou também a ser aplicada a adultos (Brown & Pavlicevic, 1997)

Nordoff e Robbins (1997) baseiam o seu método na ocorrência de três fases processuais, que serão em seguida descritas.

Na primeira fase, o musicoterapeuta conhece o cliente musicalmente, ou seja, procura compreender o indivíduo nos termos da sua musicalidade e produção sonora. Em termos práticos, o terapeuta improvisa no seu instrumento harmónico procurando espelhar sonora e musicalmente o estado de espírito do indivíduo; dando ênfase ao seu estado emocional através da sua aceitação e validação em termos sonoro-musicais. Os objetivos desta fase são estabelecer contacto e harmonia musical, explorar as tendências musicais do cliente e iniciar o desenvolvimento de uma relação de confiança e cumplicidade (Bruscia, 1998).

A segunda fase consiste na evocação de respostas musicais por parte do cliente. As principais técnicas aplicadas consistem, por exemplo, no estabelecimento de um jogo musical improvisado que implique uma resposta vocal ou instrumental por parte do cliente. Também, o musicoterapeuta pode apresentar os diferentes instrumentos

disponíveis, exemplificando o seu som, procurando promover a curiosidade e a motivação do cliente perante a sessão. Outra das técnicas implementadas nesta segunda fase consiste no suporte dado à produção sonora do cliente, em termos de forma e estrutura musicais. Os principais objetivos são o desenvolvimento do vocabulário musical do indivíduo, o que vai permitir uma facilitação da sua auto expressão musical; e, também, o surgimento de um contexto musical no qual se torne possível criar uma relação terapêutica de trabalho (Bruscia, 1998).

A terceira fase trata do desenvolvimento de aptidões musicais que vão possibilitar a liberdade expressiva do cliente; como a capacidade criativa ao introduzir um motivo rítmico e/ou melódico, como base para o momento de improvisação conjunta. Ou, ainda, propor o acompanhamento para uma frase sonoro-musical (Bruscia, 1998). Neste contexto, Nordoff e Robbins (2007) consideram que a liberdade expressiva do indivíduo consiste na exploração de diferentes opções musicais, que têm como base as suas aptidões musicais e de execução. Por exemplo, o cliente apercebe-se, após estabelecer uma ritmo e /ou uma melodia de base, que é capaz de a executar de forma mais lenta ou mais rápida, com mais ou menos volume, bem como de caráter mais suave ou mais afirmativo.

Deste modo, o cliente fica consciente (de forma racional e/ou instintiva) do caráter inter-responsivo da música. Ou seja, o cliente verifica, como não só é viável como também possível, que a sua produção musical esteja em sintonia com a do terapeuta. Bruscia (1998) assinala que nesta fase é frequente o aparecimento de restrições patológicas do cliente; conseqüentemente, esforços são feitos para contorná-las, modulá-las ou afastá-las à medida que se vão concretizando os objetivos terapêutico-musicais.

Ao longo do processo terapêutico, as respetivas três fases ocorrem de forma espontânea por parte do cliente. Em algumas sessões, pode ocorrer apenas uma das três

fases; enquanto noutras sessões se pode verificar a ocorrência de todas ou, ainda, a repetição sucessiva do ciclo das três fases (Bruscia, 1998).

Concluindo, esta relação dinâmica e musical torna possível contornar e/ou melhorar as diversas incapacidades do indivíduo com PEA ao nível relacional, comunicacional, social, de auto realização e desenvolvimento pessoal (Bruscia, 1988).

Técnicas específicas em musicoterapia “Espelhar”, “imitar” e “copiar” são técnicas de teor empático frequentemente utilizadas em musicoterapia. Tratam-se de técnicas aplicadas pelo musicoterapeuta com o intuito do estabelecer contacto e promover o encontro com o cliente através da música que ambos tocam em conjunto.

O musicoterapeuta objetiva alcançar a sincronização sonoro-musical com o cliente; simultaneamente, pretende-se que esteja a ser transmitida uma mensagem subjacente de igualdade e de desejo de relação (Wigram & Bonde, 2002).

Bruscia (1987) refere que as técnicas de “espelhar”, “imitar” e “copiar” se tratam de atos de sincronização, nos quais o terapeuta está a reproduzir musicalmente, expressivamente, corporalmente e ao mesmo tempo aquilo que é feito pelo cliente. Desta forma, o cliente revê-se a si próprio (reconhece-se) no comportamento do terapeuta.

Wigram (2004) refere como na aplicação das referidas técnicas, o terapeuta procura escolher um instrumento similar ao do cliente; no intuito de conseguir uma resposta e uma reação neste “dueto espelhado”. Porém, é também possível fazê-lo com outros instrumentos. O importante é que a intenção da reciprocidade e igualdade sonora permaneça presente, mesmo que não se trate de um espelhamento executado por um instrumento idêntico (Wigram 2004).

Wheeler (2015) refere que, de forma conceptual, a técnica de “espelhar” torna visíveis as identidades dos participantes - cliente e terapeuta - dentro de uma relação simbiótica, na qual se fundem devido à proximidade musical.

Nas técnicas de “imitar” e “copiar”, o terapeuta reproduz a ação musical do cliente, depois de esta estar completada (Bruscia,1987). Quando o cliente deixa “espaços vazios” na música, abre a hipótese à participação do terapeuta que efetua então o seu eco, através de “imitar” e “copiar”.

Porém, Wigram (2004) refere as técnicas de “espelhar”, “imitar” e “copiar” devem ser utilizadas com precaução para que o cliente não se sinta ridicularizado. Deste modo, o autor refere que as referidas técnicas devem ser aplicadas de forma sensível e apropriada para evitar despoletar a desconfiança e o desconforto no cliente. Tratam-se de técnicas simples mas que se podem assumir confrontativas para o cliente. Simultaneamente, são consideradas pelo referido autor como estratégias terapêuticas eficazes no processo de consciencialização e auto aceitação musical do cliente, uma vez que permitem aceitar, confirmar e validar, numa plano concreto, o que este está a tocar.

Wigram & Bonde (2002) consideram “corresponder” como uma das mais importantes técnicas que podem ser aplicadas numa improvisação. O autor considera que a técnica “corresponder” é um dos típicos pontos de partida do trabalho musical em conjunto e, além disso, trata-se também de uma estratégia fértil da qual outras técnicas emergem.

Neste contexto, “corresponder” é também uma técnica de improvisação de teor empático; a música produzida pelo terapeuta em resposta à música do cliente tem a função de confirmá-la e validá-la. Desta forma, “corresponder” trata-se de improvisar música que seja compatível, correspondente e que se enquadre no estilo de improvisação do cliente, mantendo o mesmo tempo, dinâmica, textura, qualidade, complexidade e outros elementos musicais; pretende-se alcançar um “match” (correspondência) em termos musicais. Ou seja, isto não significa que a música do terapeuta seja idêntica à do cliente mas que tem a mesma qualidade, o mesmo estilo e a mesma textura. Este fenómeno

permite que o cliente vivencie uma experiência musical com sentido, uma vez que a música do terapeuta se enquadra na sua produção musical, validando o momento musical (Bruscia, 1987).

De forma conceptual, podemos começar a distinguir as duas identidades distintas dos participantes na sua relação musical; há união musical de forma congruente, uma vez que correspondem musicalmente, mas já com algumas diferenças musicais que mostram uma separação emergente (Wigram, 2004). Trata-se de uma técnica que implica o exercício técnico de criar uma resposta musical congruente, atendendo especialmente ao equilíbrio e saliência dos elementos musicais, linguagem corporal e de expressão.

A intitulada improvisação empática e de reflexão procura estabelecer contacto com o estado emocional do cliente. Trata-se de um método terapêutico desenvolvido por Juliette Alvin (Alvin 1975). Na sua aplicação prática, Alvin improvisava no seu violoncelo música que complementasse de forma empática o estado de espírito do cliente naquela sessão; tendo em conta a sua postura corporal, expressão facial e atitude naquele dia específico, bem como considerando o conhecimento prévio da personalidade e características do cliente. Desta forma, Alvin reflete na sua interpretação musical o estado físico, psíquico e emocional do cliente naquele momento, revelando uma grande capacidade empática. De referir, como Alvin não pretende modificar sentimentos, emoções e comportamentos, sendo que a sua intenção é a de apresentar o cliente a si próprio, no momento, sob a forma musical (Alvin, 1975). Trata-se de uma técnica que pretende apoiar e suportar o estado emocional do cliente de forma empática.

3.2. A Perturbação no Espectro do Autismo

A Perturbação no Espectro do Autismo (PEA) é classificada como uma perturbação do desenvolvimento neurológico e o diagnóstico baseia-se num conjunto de critérios comportamentais, distribuídos em 3 áreas principais: a dificuldade na interação social,

défices nas competências de comunicação, bem como a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento (*American Psychiatric Association, 2013*).

Em 1994, a *American Psychiatric Association* publicou a 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* no qual, sob a categoria de PEA, se encontravam os termos autismo, síndrome de Asperger, perturbação global do desenvolvimento e perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação. Eram descritas como perturbações distintas com características autistas semelhantes, mas que se manifestavam de diversas maneiras e com diferentes níveis de intensidade (*American Psychiatric Association, 1994*).

A publicação da 5ª edição do DSM, em 2013, veio anular a nomenclatura das subcategorias da patologia, permanecendo a designação geral de PEA, ou autismo, classificada como desordem do desenvolvimento neurológico. Wilson (2013) refere que, pela 1ª vez, questões relacionadas com o processamento sensorial estão referenciadas na secção relativa aos interesses restritos e repetitivos. Também, o autor chama a atenção para a reorganização e reformulação de “desafios na comunicação e nas relações sociais” em “défices sociais e comunicacionais”.

3.2.1. As características da criança com PEA. Nesta secção, encontra-se a descrição das características gerais da PEA.

A interação social e as capacidades de comunicação na PEA. A manifestação da sintomatologia da PEA interfere no desenvolvimento das capacidades do indivíduo a nível social (Jones E.J.H., Gliga, T., Bedford, R., Charman T. & Johnson M.H., 2014). O défice qualitativo na interação social do indivíduo com PEA reflete-se na sua incapacidade de desenvolver relacionamentos com os seus pares, como se pode verificar na falta de interesse pela contacto interpessoal, bem como na sua incompreensão da

reciprocidade social adequada. Mesmo quando os indivíduos com PEA procuram iniciar uma interação comunicativa e social, esta ocorre principalmente com o propósito de satisfazer as suas necessidades ou compulsões pessoais derivadas da sua patologia autista (Scheuermann & Webber, 2002).

Lagasse (2014) refere como as competências sociais são necessárias para as relações interpessoais, para a independência e para o desenvolvimento da identidade pessoal e da vocação profissional. De certa maneira, tratam-se de importantes condicionantes para o bom funcionamento geral dos diferentes aspetos da vida de um indivíduo (Lovaas, 1987, McEvoy & Odom, 1987).

A comunicação é considerada como sendo uma das capacidades mais básicas e necessárias do indivíduo. De certa maneira, é esperado que todas as crianças progridam na sua aptidão comunicacional, contudo, nem todas as crianças com PEA chegam a adquirir a fluidez da execução de um discurso verbal (Kaat & Lecavalie, 2013). A terapia da fala é considerada uma eficaz ferramenta no apoio ao desenvolvimento da linguagem; sendo que graças a estas intervenções, crianças com PEA, mesmo que tardiamente, progridem na sua capacidade de comunicação verbal (Sicile-Kira, 2014). Contudo, muitas crianças com PEA apresentam dificuldades no uso da linguagem verbal; sendo que por vezes formas alternativas de comunicar, como apontar e a utilização de gestos, são desenvolvidas. De notar, que caso a criança não possua um meio considerado adequado para comunicar, irá fazê-lo através do seu comportamento – muitas vezes interpretado como inadequado (Eren, 2015).

Neste contexto, Sicile-Kira (2014) afirma como é comum a sociedade em geral considerar o indivíduo que é não-verbal como não sendo inteligente ou tendo, desde logo, um atraso mental. A autora refere que é a própria natureza da PEA que torna difícil definir o nível cognitivo do indivíduo. Relativamente a este assunto, a autora relembra como o

processamento sensorial do indivíduo com PEA será à volta de 100 vezes mais sensível que o considerado normal. Desta forma, o ambiente externo é processado e perceptualizado de maneira completamente divergente do da criança considerada normal. Também, Silberman (2013) revela que começam a surgir questões relativas à capacidade de *output* do indivíduo com PEA; ou seja, não só ouve como compreende corretamente o que está a ser dito (o *input*), mas é incapaz de responder verbalmente de forma considerada adequada. Neste contexto, a autora afirma que é necessário providenciar meios alternativos de comunicação à população com PEA, como a linguagem gestual, comunicação por imagens e aplicações digitais criadas para o efeito.

Deste modo, a produção verbal da criança com PEA, sendo que a aptidão de discurso verbal muitas vezes não é adquirida, trata-se da repetição de palavras e de frases (ecolalia) e de frases idiossincráticas. No referido contexto, os défices na comunicação verbal da criança turvam e bloqueiam a intencionalidade das suas interações com o meio que o rodeia (Sicile-Kira, 2014).

Também, as dificuldades no discurso verbal e em convenções linguísticas são características da patologia. Além das referidas condicionantes, Williams, Keonig e Scahill (2006) assinalam um défice na compreensão e na expressão de emoções e na dificuldade em interpretar a linguagem não-literal, como o sarcasmo e a metáfora.

Relativamente à comunicação não-verbal, denotam-se também dificuldades. Uma criança com PEA apresenta, de diferentes formas e a diversos níveis de intensidade, défices no contato visual, na linguagem corporal, desconforto na proximidade física do outro, desadequação no uso de gestos e falta de expressões faciais, entre outros (Williams, Keonig & Scahill 2006). De referir, como a comunicação não-verbal é considerada um dos principais agentes reguladores na típica interação social.

A capacidade de comunicação está intimamente relacionada com a dimensão social. Uma vez que a criança com PEA tem, para além dos já referidos défices comunicativos, dificuldades na escolha dos momentos adequados para comunicar, é criado em seu redor um ambiente de incompreensão e de alienação (Eren, 2014).

Comportamentos restritos e repetitivos. De carácter transversal à PEA considere-se a adesão inflexível a rotinas e a padrões ritualizados e estereotipados de ação como exemplos de condicionamentos a ultrapassar (ou modular) em diferentes contextos terapêuticos (Edgerton, 1994).

No desenvolvimento de um indivíduo saudável, são comuns comportamentos motores repetitivos e uma preocupação excessiva com objetos ou partes de objetos; características que geralmente diminuem ao longo dos primeiros anos de vida (Thelen, 1979). Na PEA, verifica-se a ocorrência de maneirismos motores estereotipados e repetitivos que não são já congruentes com o crescimento natural do indivíduo. As preocupações e padrões de interesse restrito apresentam-se a níveis desajustados de intensidade como, por exemplo, na prática inflexível de rotinas ou rituais. Tratam-se de comportamentos que, geralmente, não já apropriados para a respetiva faixa etária da criança. De referir, que são episódios que refletem uma clara ausência de aplicação prática de pensamento dirigido e, também, denunciam incapacidade na construção de objetivos concretos e/ou propósitos de carácter relacional e social por parte da criança com PEA (Eren, 2014).

As consequências emocionais. O conjunto de condicionantes comportamentais e neurológicas acima referidas remete para uma reflexão sobre as dinâmicas emocionais do indivíduo com PEA. Perante o labirinto de incapacidades e condicionamentos, sejam estes de carácter funcional ou neurológico, a personalidade do indivíduo com PEA torna-

se pouco nítida e incapaz de se manifestar ou de se assumir, sendo muitas vezes esquecida e facilmente equiparada ou confundida com a patologia e a sua manifestação

(Jones et al., 2014).

Schopler e Mesibov (1983) apontam a possibilidade de a criança com PEA sofrer um aumento de estados de angústia, de incompreensão e de solidão à medida que se aproxima da idade adolescente. Uma vez que o meio social se torna gradualmente mais complexo e exigente, a própria criança com PEA começa a ficar também mais consciente dos seus défices, que se refletem na sua incapacidade social (Tamtam, 2003).

Neste contexto, pode-se assumir que, em comparação com os seus pares sem problemas do desenvolvimento, o percurso de crescimento emocional da criança com PEA é, desde o início, complicado e confuso; o seu quotidiano está repleto de dificuldades funcionais, comunicacionais e de interação social, que o indivíduo é incapaz de solucionar ou corresponder de forma eficaz (Schwartzberg & Silverman, 2014).

A incapacidade de desenvolver relacionamentos com seus pares, a ausência de interesses ou vivências, bem como a falta de reciprocidade social ou emocional conduzem a criança, e também o adulto, com PEA a um isolamento relacional e a uma extrema solidão no seu quotidiano, para além dos condicionamentos da sua patologia (Tamtam, 2003).

Moran, Macrae, Heatherton, Wyland & Kelley (2006) referem que as dificuldades comportamentais e sociais na idade pré-adulta se tornam experiências traumáticas na vida da criança e do adulto com PEA. A depressão, associada a níveis baixos de auto estima e a falta de auto confiança, acaba por ser o resultado de frustrações crónicas de repetidas tentativas da criança com PEA de interagir com sucesso no ambiente, sendo que, neste contexto, perturbações do humor podem sofrer uma evolução.

3.2.2. A neuropsicologia do autismo. Segundo Sicile-Kira (2014), a PEA começa por ser abordada terapeuticamente como sendo uma patologia a nível mental, representando um desafio às escolas de psicologia e de psiquiatria.

Os recentes avanços da tecnologia médico-científica como, por exemplo, a nível das imagens por ressonância magnética, entre outros, vêm colocar a PEA na mira da investigação dentro da neurociência (Chaste & Leboyer, 2012).

Neuropsicologia versus comportamento Os desenvolvimentos na área da neuropsicologia, derivados dos avanços da neurociência, têm levado a uma crescente ênfase dada ao núcleo subjacente da patologia ao nível do funcionamento neurológico em detrimento das perspetivas mais estritamente comportamentalistas da PEA (Jones et al. 2014).

As dificuldades do indivíduo com PEA, já anteriormente nomeadas, são tradicionalmente, e de forma generalizada, caracterizadas e agrupadas sob a perspetiva das categorias de sociabilização, relação, comunicação e comportamentos repetitivos; sob a organização teórico-semântica da corrente de pensamento socio-comportamental (Fauzan & Mahayuddin, 2014).

Sicile-Kira (2014) refere que dentro da enorme diversidade de características encontradas dentro do espectro do autismo é comum encontrar dificuldades e aptidões especiais, que se manifestam em diversas áreas e a diferentes níveis, consoante o indivíduo.

Neste contexto, o desenvolvimento da neurociência no estudo da PEA veio chamar a atenção para um agrupamento de áreas que não só são consideradas indicadoras de alteração a nível neurofisiológico, como também estão presentes na patologia; tais como, as capacidades de atenção (Hanson et al., 2012), de regulação dos afetos (Kim et

al., 2000), capacidades cognitivas (Charman et al., 2011), adaptativas (Hall et al., 2009) e de representação mental.

Até então, a abordagem comportamentalista à PEA ter-se-á destacado de outras correntes de pensamento, uma vez que, aquando das intervenções terapêuticas realizadas, se verificaram resultados positivos. Mais especificamente, desde os anos 70, e na linha de pensamento desenvolvida por B.F. Skinner, a *Applied Behavioral Analysis* (ABA) será possivelmente das abordagens terapêuticas mais conhecidas para o tratamento de PEA (Martin, 2003).

As funções executivas. Na mesma linha de pensamento, Jones et al. (2014) sugerem que talvez se deva prestar uma maior atenção às questões de carácter neurológico subjacentes aos problemas comportamentais da PEA (Hill, 2004).

Nesta população verificam-se frequentemente dificuldades nas funções executivas e no desenvolvimento motor, embora se tratem de aspetos que atualmente não estão incluídas no diagnóstico de PEA (Eren, 2015).

As funções executivas podem ser descritas como um conjunto de funções cognitivas a nível superior que garantem a satisfação das necessidades básicas do indivíduo. O bom desempenho destas funções está subjacente à capacidade que o indivíduo poderá ter para exibir comportamentos flexíveis, bem como para dirigir e redirecionar o foco atenção. Deste modo, os referidos comportamentos dependem de uma capacidade de desbloquear as condicionantes do momento imediato, a fim de permitir o contínuo da orientação da ação (Hill, 2004). Este domínio neurológico, que é mediado pelo lóbulo frontal, regula mecanismos como a inibição, a aprendizagem de regras, a flexibilidade na ação e a memória operativa (Alvarez & Emory, 2006).

Attention-shifting. No domínio mais específico relativo à redirecção, ou desbloqueamento, do foco de atenção (i.e. *attention-shifting*), as crianças com PEA parecem apresentar características semelhantes a crianças muito jovens com desenvolvimento típico, como a desconexão visual; correntemente designada como “o olhar vago dos bebés” (Landry & Bryson, 2004).

Foi neste contexto, na área da neuropsicologia, que surge a ideia de que a PEA pode ter origem em défices na função executiva, especificamente na atenção.

De acordo com Landry e Bryson (2014), a dificuldade em redirecionar a atenção pode levar o indivíduo com PEA a focar-se em aspetos considerados irrelevantes (por exemplo, o cabelo e não os olhos num rosto ou em objetos em vez de pessoas) e, assim, perder informações sociais importantes.

Também, Chaste e Leboyer (2013) referem que no plano sensorial da PEA parece existir uma dificuldade em seleccionar e hierarquizar estímulos externos e que, com o avançar da idade, se verifica um atraso no desenvolvimento cognitivo global.

Keehn et al. (2013) propõem o seguinte modelo de desenvolvimento da PEA: A incapacidade em redirecionar a atenção, que consiste em aceitar e reagir a um novo estímulo externo permitindo o contínuo de uma ação, compromete uma série de outras áreas do funcionamento geral (regulação de excitação, processamento perceptual e atenção conjunta). A centralização da atenção num único elemento externo ao indivíduo e a sua incapacidade para desmobilizar essa mesma atenção são fatores que contribuem para a manifestação de sintomas de PEA.

Keehn et al. (2013) colocam mesmo a possibilidade de este comprometimento primário estar na origem da PEA.

Em concordância, Pellicano e Burr (2012) propõem também que muitas das diferenças de percepção associadas à PEA podem ser o resultado de uma incapacidade para

selecionar e modular estímulos externos. Esta dificuldade leva a que os indivíduos com PEA não sejam capazes de aplicar os conhecimentos e competências sociais que tenham adquirido na sua vida quotidiana. Isto pode, por sua vez, contribuir para uma dificuldade acrescida no processamento de estímulos, criando assim uma espécie de “ciclo vicioso” sobre o qual o indivíduo não tem controlo.

Eren (2014) refere como a capacidade de atenção conjunta (i.e. joint-attention), ou seja, a aptidão de estar atento e reativo aos diferentes estímulos pertencentes a um “todo”, pode também desempenhar um papel importante no surgimento de outros comportamentos sociais complexos. Também, Hall (2009) afirma que a capacidade de atenção conjunta é um dos aspetos centrais da interação social.

O modelo de Mundy, Sullivan e Mastergeorge (2009) adota uma visão construtivista do desenvolvimento do indivíduo, enfatizando o papel ativo da criança na formação da sua própria experiência e relacionando o desenvolvimento cognitivo e a conectividade entre áreas do cérebro. Desta perspetiva, a atenção conjunta *executiva* torna-se fundamental para o desenvolvimento de outros domínios como o pensamento simbólico, a cognição social e a competência social.

Porém, os mecanismos que contribuem para a dificuldade na redirecção do foco da atenção em indivíduos com PEA não foram ainda provados (Jones et al., 2014). Embora estejam presentes défices nas funções executivas em muitos casos de PEA, a sua especificidade e universalidade na patologia são amplamente questionadas (Hill, 2004; Kenworthy et al., 2008; Rommelse et al., 2011).

Esta nova perspetiva sobre a PEA propõe também a possibilidade de uma ou mais perturbações ou doenças estarem a ocorrer em paralelo com a doença ou perturbação primária (Jones et al., 2014). Este fenómeno é conhecido por co-morbilidade.

Neste contexto, a sintomatologia referente à presença de défices na função executiva, sendo semelhante em crianças com PEA e em crianças com atraso no desenvolvimento global, (Griffith et al., 1999; Jones et al., 2013), coloca-se a possibilidade de que quaisquer défices específicos de PEA sejam a consequência de outros problemas (Jones et al., 2014).

3.2.3. As abordagens terapêuticas Ao longo dos anos, diversas formas de terapia têm vindo a ser desenvolvidas no intuito de potenciar as capacidades e funcionalidades do indivíduo com PEA (Barbera, 2009). Segue-se uma apresentação de algumas das abordagens que nos últimos anos têm vindo ter a uma maior visibilidade nas intervenções terapêuticas da PEA.

Os avanços tecnológicos na neuropsicologia levaram ao desenvolvimento da técnica de neurofeedback, ou biofeedback, que através da análise das frequências e amplitudes das ondas cerebrais, se propõe a uniformizá-las, quando as suas alterações provocam instabilidade psicofisiológica ao indivíduo. O objetivo primordial desta técnica é promover a regulação da atividade cerebral. O neurofeedback pretende atuar perante as alterações da atividade elétrica do cérebro associadas a determinadas patologias, como é o caso da PEA. Trata-se de uma técnica que tem vindo a demonstrar resultados positivos significativos (Coben, Linden & Myers, 2010).

De carácter mais tradicional, o tratamento farmacológico continua a ser frequentemente aplicado, uma vez que diminui comportamentos ansiosos e obsessivo-compulsivos, a hiperatividade, a auto agressão, défices de atenção e a depressão.

Também, ao longo de vários anos, a psicologia comportamentalista tem vindo a promover o desenvolvimento das capacidades académicas, de auto ajuda, de comunicação, de linguagem e de comportamento social adequado dos indivíduos com PEA. É o caso do método ABA, provavelmente a mais conhecida das metodologias

comportamentalistas aplicadas à PEA, atualmente considerada como uma abordagem de educação intensiva.

Também, de referir como as terapias de caráter artístico tais como a Arteterapia, a Dançoterapia e a Musicoterapia começam também a afirmar-se como partes integrantes de estratégias de intervenção à PEA. A implementação das artes em contexto terapêutico é em grande parte devido às possibilidades alternativas de comunicação e de expressão emocional que daí advêm (Coroiu, 2015), entre outros motivos.

De extrema importância, é a escolha do tipo de intervenção que seja a mais apropriada perante as necessidades específicas de cada indivíduo (Eren, 2015).

3.2.4. A musicoterapia aplicada a PEA

Principalmente desde o final do século XX, a musicoterapia integra frequentemente programas de intervenção terapêutica dirigidos à PEA (Campbell & Doman, 2012).

A literatura sobre musicoterapia sugere que este tipo de intervenção tem um impacto positivo em indivíduos com necessidades educativas especiais. Trata-se de uma intervenção especializada que contribui para remover obstáculos de comunicação e satisfazer algumas das necessidades especiais de cada caso, contribuindo assim para o seu desenvolvimento de forma integrada (Bunt, 1996).

Campbell & Doman (2012) referem como em especial a população com PEA apresenta características compatíveis com a própria natureza da música; os autores sugerem que a ordenação estruturada da música corresponde/vai de encontro à tendência para a criação de padrões na PEA. Também, a maioria da população autista é não-verbal e a musicoterapia permite o estabelecimento de um novo meio de comunicação.

Em 1979, Elaine Streeter completa a primeira tese de mestrado em musicoterapia na Grã-Bretanha. A autora explora as ligações entre o processamento do ritmo em crianças com dificuldades de comunicação, bem como os padrões precoces na interação mãe-criança (Streeter, 1979). Deste documento resultou a formulação de dois assuntos que se tornaram centrais na prática de musicoterapia com crianças e providenciaram uma perspectiva de desenvolvimento à área (Bunt e Stiege, 2014).

O pediatra Hugh Jolly (1918-1983) considera que na intervenção musicoterapêutica a criança com problemas de comunicação consegue demonstrar ao adulto o seu estado emocional, ao refletir as suas intenções através do som (musical ou não) que produz; de uma forma apropriada e organizada (Bunt & Stiege, 2014).

Diversos estudos de caso (Alvin & Warwick, 1991; Brown, 1994; Fisher, 1991) descrevem como as crianças com PEA demonstram interesse por música, reagindo de forma positiva a estímulos sonoro-musicais e desenvolvendo uma musicalidade própria ao longo do processo terapêutico (Applebaum, Egel, Koegel & Imhoff, 1979, Bonnel et al, 2003; O`Brian, et al, 2003,). Apesar de inicialmente se ter considerado que uma capacidade musical de nível superior pertencia apenas a um subconjunto da população com PEA, vem a verificar-se que a facilidade musical e a boa percepção sonora são notórias mesmo em indivíduos sem qualquer espécie de contacto ou conhecimento musical prévio (Eren, 2015). Na verdade, Hoelzley (1993) sugere que a referida capacidade musical possa ser uma componente fundamental da PEA, sendo que a tendência e predisposição musical é frequentemente encontrada na criança com PEA.

Schneck e Berger (2006) consideram de extrema importância conhecer, aceitar e compreender os fatores ambientais e pessoais da criança, tais como a sua história, a sua cultura, a sua personalidade, o seu ego e qualquer outra característica específica do seu padrão comportamental, bem como o seu gosto musical.

Neste contexto, a musicoterapia tem um papel de destaque nas intervenções em crianças com PEA, uma vez que se verifica a sua contribuição para o desenvolvimento de diversas capacidades que se encontram deficitárias na patologia (Lagasse, 2014), tais como os défices relativos a comunicação verbal e não-verbal, a auto regulação emocional e social, a atenção conjunta e a capacidade na seleção de estímulos externos (Lagasse, 2014), entre outros.

Deste modo, cria-se o contexto no qual a música pode ser uma força motivadora na integração da criança com PEA, sendo que através de processos criativos conjuntos podem ser trabalhados objetivos terapêuticos estabelecidos, tais como o contacto e a interação, o processamento integrado de estímulos e a auto regulação emocional (Nelson, Anderson & Gonzalez, 1984).

A musicoterapia pode ter a habilidade de, mesmo que temporariamente, contornar o processo cognitivo deficitário do indivíduo com PEA e impulsionar a expressão das suas emoções, representativas dos seus traços de personalidade (Eren, 2015).

3.3 A Perturbação do Comportamento

A Perturbação do Comportamento (PC) na infância caracteriza-se por diversos tipos de condutas disruptivas, que englobam alterações nos padrões de comportamento relacional, assim como inadaptação às normas sociais e de grupo (Gathright & Tyler, 2014).

3.3.1. As características da Perturbação do Comportamento. O termo PC inclui variadas características disruptivas: condutas de oposição, de desobediência, de desafio e de teimosia, Perturbação da Ansiedade e Défice de Atenção e ainda comportamentos de auto e hetero agressividade e de impulsividade, quase sempre

acompanhados por níveis patológicos de ansiedade, tanto psíquica como somática (Stattin & Magnusson, 1996).

Sendo que as crianças e jovens com PC apresentam diversos problemas, acabam por ser enquadrados em vários tipos de diagnósticos, tais como a esquizofrenia, a depressão, distúrbios de ansiedade, hiperatividade e défice de atenção, ou outras perturbações sustentadas pela conduta comportamental da criança (Zionts, 1996).

A PC pode ter variadas causas, podendo estar associada a causas biológicas, como doenças físicas ou mentais e a fatores hereditários. Neste contexto, há também fatores relacionados à vida pessoal da criança que podem contribuir para a manifestação de perturbações na conduta, tais como: maus tratos, desorganização familiar, divórcio dos pais, problemas na escola, perturbação de relação de apego e patologia na família, entre outros (Gathright & Tyler, 2014).

De uma forma geral, a criança com PC apresenta dificuldades de atenção, de concentração e no controlo emocional. A sintomatologia pode incluir diferentes aspetos emocionais e comportamentais, considerados inapropriadas devido a um nível desajustado de intensidade, por exemplo, uma sensação geral de tristeza, ou depressão, acompanhada por sentimentos de medo e de ansiedade em relação a assuntos pessoais e dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais, entre outros (Stattin & Magnusson, 1996).

Na maioria das suas manifestações, a PC engloba sentimentos e estados de ansiedade elevada. A ansiedade é uma emoção normal, sendo que toda a população a sente num determinado momento da sua vida. No entanto, para algumas pessoas, a ansiedade pode atingir níveis elevados que chegam a interferir com a vida quotidiana de forma negativa, como provocar insónias e afetar o normal desempenho no trabalho ou na escola. Uma perturbação de ansiedade engloba mais do que a ocorrência regular de

episódios ansiosos; tratam-se de casos de saúde mental que necessitam de intervenção terapêutica. Entre os quais, podem-se nomear: stress pós-traumático, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de pânico. Já as condutas de oposição, desobediência, desafio e teimosia tratam-se de um conjunto de perturbações do comportamento na infância que são caracterizadas por atitudes hostis, irritáveis e não cooperantes (Gathright & Tyler, 2014).

Neste contexto, as crianças que se enquadram na PC têm efetivamente níveis baixos de auto estima e de auto confiança, o que muitas vezes se reflete na facilidade com que se sentem frustradas e desenquadradas das exigências do contexto no qual se encontram, seja ele familiar, social ou escolar (Sausser & Waller, 2006).

De referir como em psicologia o conceito de auto estima remete para a auto avaliação do indivíduo e para consciência do seu próprio valor. Trata-se, especificamente, do juízo de valor e da sua atitude consigo próprio. Hewitt (2009) considera que o conceito de auto estima inclui crenças e emoções, como o triunfo, o desespero, o orgulho e vergonha. Já o conceito de auto confiança consiste numa atitude de segurança por parte do indivíduo que geralmente acredita na hipótese de estar correto ou de estar a escolher a melhor opção num determinado percurso, acreditando na sua própria eficácia.

Sausser e Waller (2006) acreditam que a incapacidade de auto expressão emocional e a ausência de auto estima nas crianças com PC são condicionantes subjacentes aos diversos problemas da perturbação.

De uma forma mais ou menos explícita, há efetivamente uma alteração significativa na vida afetiva e relacional destas crianças. As condutas disruptivas a diversos níveis, características da PC, apontam para uma ausência de bem estar pessoal e falta de empatia; as incapacidades comunicativas nas relações interpessoais são, frequentemente, causadoras de conflitos com os seus pares e/ou com figuras de

autoridade. Ou seja, as dificuldades na auto regulação emocional e/ou comportamental da criança com PC, que se refletem no seio das suas interações pessoais, contribuem para um défice generalizado no seu funcionamento afetivo.

O referido enquadramento disfuncional da perturbação faz surgir a necessidade de apoio terapêutico precoce, tanto quanto possível, no sentido orientar, estruturar e estimular a auto-motivação da criança (Sausser & Waller, 2006).

Loeber et al. (1996) estabelece uma relação entre este tipo de patologia na infância e a ocorrência de elevada incidência de perturbações psiquiátricas na idade adulta. Na realidade, as perturbações do comportamento também se manifestam na idade adulta, algo que poderá ter impactos profundamente negativos. Considera-se que, caso as problemáticas sejam corretamente abordadas na infância, o seu impacto a longo prazo poderá ser de certa maneira controlado.

Contudo, Klein (1982), porém, afirma que comportamentos disruptivos e tendências criminais também podem estar presentes em crianças ditas normais.

3.3.2. Abordagens terapêuticas à PC A PC é frequentemente tratada por profissionais da saúde mental como psiquiatras e psicólogos.

A abordagem médica pode incluir prescrição de fármacos de vários tipos, que podem incluir antidepressivos, estimulantes, estabilizadores de humor e anti psicóticos, entre outros (Rao, 2014).

Nas abordagens psicológicas é possível encontrar ramificações terapêuticas dentro das correntes de Psicologia Clínica, Psicologia Educacional e Psicologia Comportamental, entre outras (Sausser & Waller, 2006).

As abordagens terapêuticas adotadas à PC procuram providenciar um acompanhamento contínuo e personalizado à criança e ao seu núcleo familiar, sendo que não se tratam de situações que tenham uma solução uniformizada e rápida. Considerando

a ausência de uma cura milagrosa para este conjunto de condicionamentos complexos, que culminará na PC, os planos de intervenções terapêuticas baseiam-se inicialmente na gestão e controlo dos sintomas disruptivos que a criança manifesta (Masi, Pisano, Milone & Muratori, 2009).

Contudo, a intervenção requer a colaboração dos pais, irmãos e professores, para que seja de maior eficácia. Geralmente, os membros da família são aconselhados a frequentar sessões terapêuticas de grupo, algo considerado como parte integrante da estratégia terapêutica delineada para a criança com PC em questão. Nestas sessões, entre diversas temáticas relativas a dinâmicas familiares, a aplicação de técnicas de assertividade e de reforços positivos é aconselhada, no intuito de família ajudar a criança com PC no seu processo terapêutico (Leibenluft, 2015).

Neste contexto, a terapia cognitivo-comportamental é das abordagens mais utilizadas nas intervenções terapêuticas à PC. Geralmente, as intervenções incluem temáticas relativas ao desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e de comunicação, que se tratam de áreas frequentemente deficitárias em casos de PC. Deste modo, a terapia cognitivo-comportamental tem o seu foco na superação, por parte da criança, de padrões negativos de pensamentos e emoções, que normalmente acontecem a níveis exagerados; que possivelmente desempenham um papel no despoletar da manifestação da sintomatologia da PC (Monteiro, 2014).

São intervenções que se pretendem limitadas em termos de tempo e integradas num plano terapêutico mais alargado, no qual outras abordagens terapêuticas estão frequentemente incorporadas (Leibenluft, (2015).

3.3.3 A PC e a musicoterapia A musicoterapia tem potenciais benefícios no apoio ao desenvolvimento de competências sociais, comunicacionais e relacionais da crianças ou jovem com necessidades educativas especiais, incluindo Perturbações do

Comportamento (Brownell, 2002, Pasiali, 2004, Stevens & Clark, 1969; Wimpory, Chadwick & Nash, 1995).

A experiência musical pode atuar no melhoramento da conduta da criança com PC de uma forma divertida e criativa, ao proporcionar novas possibilidades de expressão. Considerada especialmente benéfica é a musicoterapia em grupo para o desenvolvimento pessoal, social, cognitivo e psicossocial das crianças e jovens com PC (Eren, 2015).

A musicoterapia de grupo requer um planeamento menos detalhado do que a sessão terapêutica individual. Ao contrário de um plano personalizado e detalhado, o musicoterapeuta assume uma abordagem transversal perante as diferentes e/ou semelhantes necessidades dos membros do grupo (Hanser, 1999). A sessão pode consistir numa improvisação *conjunta* coordenada pelo terapeuta, por jogos musicais, e/ou pela reprodução em grupo de uma peça ou excerto musical, entre outras atividades possíveis. (Brown & Pavlicevic, 1997).

A intervenção musicoterapêutica e as respectivas atividades musicais em grupo promovem a concentração, o trabalho em equipa, o auto-controle e a disciplina; permitindo à criança com PC canalizar, de uma forma positiva e criativa, as suas frustrações, tensões e energia para produção musical conjunta (Bennis, 1969).

Neste contexto, a música pode ser um meio facilitador e motivador na expressão de emoções e estados de espírito, ao fomentar a auto consciência e auto regulação emocional da criança com PC. Este processo é necessário para o desenvolvimento de capacidades criativas, de comunicação e interações sociais positivas. Também, Lagasse (2014) afirma como a musicoterapia em grupo melhora os comportamentos comunicacionais, relacionais e sociais.

Henderson (1983) relata como as crianças e os jovens com PC apresentam um aumento significativo no reconhecimento de estados de espírito, contextos e ambientes

sociais, com a implementação de intervenções musicoterapêuticas (Sausser & Waller, 2006).

Quando o indivíduo com PC, em contexto grupal, se consciencializa da sua capacidade e aptidão musical, verificam-se melhoramentos significativos a nível da sua auto estima e auto confiança. O abandono sucessivo das suas condutas disruptivas em prol do prazer e auto realização na prática musical tornam o indivíduo mais confiante, participativo e funcional (Kern & Aldridge, 2006).

Deste contexto, considera-se a musicoterapia como um meio terapêutico não-invasivo, o que contribui para a adesão da criança com PC à atividade proposta, enquanto, simultaneamente, corresponde às suas necessidades emocionais e de afirmação pessoal.

Em conclusão, a musicoterapia fornece diversas possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal a crianças e jovens com PC.

3.4. A musicoterapia e o método *High Scope*

O método *High Scope*, na sua essência, e a musicoterapia partilham uma visão humanista da criança e do seu processo de crescimento e maturação.

Na sua fundamentação teórica, o método *High Scope* assenta em princípios de teor humanista defendidos por Jean Piaget (1896-1980) (McLeod, 2012).

Na década de 1920, o trabalho de Jean Piaget veio romper com as ideias comportamentalistas sobre o desenvolvimento cognitivo, que eram até então comuns (Burman, 2008). Nesse período, as teorias de corrente comportamentalista eram amplamente aceites. Pensava-se, por exemplo, que as crianças podiam ser “programadas” para se comportarem de determinada maneira através de reforços e punições. De certa maneira, os comportamentalistas defendiam que as crianças nasciam “tábuas rasas” e que os pais tinham o poder de criar a pessoa que queriam, através de recompensas ou castigos;

assumiu-se que o desenvolvimento da criança ocorre inteiramente através da interação com o ambiente exterior.

Contrariando esta visão, Piaget propõe que a criança recolhe a informação que aprendeu com a experiência e aplica-a para construir segmentos ou esquemas de pensamento que irão determinar as suas próprias visão e interpretação do mundo. Neste contexto, as informações recebidas pelos pais vão influenciar os processos e práticas de pensamento da criança, mas não vão controlar a forma como a criança vai usar essa mesma informação para construir estes processos lógicos (Burman, 2008). Esta abordagem é de carácter humanista pois atribui sentimentos, emoções e características pessoais à criança e coloca-a num papel de destaque no percurso do seu próprio desenvolvimento (Cassel, 1987).

Cassel (1974) refere como a corrente de psicologia humanista e a teoria do desenvolvimento de Piaget partilham princípios teóricos comumente vistos como “alicerces” do humanismo. Caso se considere a psicologia humanista como o ponto culminante das escolas de psicologia holística, Piaget enquadra-se então nesta mesma corrente intelectual.

Alguns dos aspetos em comum entre a teoria de Piaget e a corrente humanista são os seguintes: os sentimentos e qualidades humanas são tidos em máxima conta; o foco da atenção está na atividade humana; a aprendizagem deve levar a um crescimento pessoal; a espontaneidade e “leveza de espírito” da criança devem ser enfatizadas.

O método *High Scope*, baseado (como descrito no primeiro capítulo) no trabalho de Piaget, engloba princípios humanistas integrados numa visão de educação aberta (Huitt, 2009). Os métodos pedagógicos de teor humanista incluem abordagens que permitem ao aluno escolher as suas próprias tarefas e atividades, sempre que possível. Também, é importante o estabelecimento de objetivos que sejam realizáveis. A

participação em trabalhos de grupo é muito enfatizada, tendo em vista uma aprendizagem cooperativa e o desenvolvimento de competências sociais e afetivas.

Uma meta-análise levada a cabo por Giaconia (1982) sugere que um ensino de abordagem humanista estimula a criatividade e a cooperação, melhora a atitude para com a escola e professores e a capacidade de adaptação. No entanto, não é detetável um efeito consistente na performance dos alunos em matemática, leitura ou outras áreas académicas.

Na intervenção musicoterapêutica, podem-se encontrar vários aspetos humanistas nas experiências musicais que acontecem na relação musical criança-terapeuta (Cheung, 2011). Primeiro, os sintomas da criança com patologia são abordados como uma forma de comunicar e não como algo de deficitário. Segundo, a musicoterapia pressupõe que todos os seres humanos são dotados de musicalidade, que pode ter sido mais ou menos desenvolvida (Nordoff & Robbins, 2007). Deste modo, no decorrer da intervenção é esperado que a criança inicie processos de auto atualização e de expressão emocional pessoais através da música, como resultado do desbloqueamento de restrições.

Terceiro, a mesma ligação às perspectivas humanistas no ensino manifesta-se na concepção que a musicoterapia faz da relação musical entre criança e terapeuta. Esta relação musical é construída sobre a ideia de que a criança tem capacidade de tomar decisões, é capaz de se adaptar a estruturas e de comunicar eficazmente dentro de um padrão comunicativo.

Desta forma, constata-se a existência de uma relação entre as abordagens humanistas no ensino (por exemplo, o método *High Scope*) e a musicoterapia.

4. Objetivos Gerais

Os objetivos que foram formulados para este estágio de musicoterapia no Reino dos Sentidos tiveram como inspiração teórica a validação da individualidade e personalidade de cada criança através da música, independentemente das suas características ou patologias específicas (Nordoff & Robbins, 1977).

Através da aceitação e validação da sintomatologia de cada criança, no que se refere à sonoridade individual produzida espontaneamente (intencional ou não), pretende-se que a musicoterapia forneça à criança um enquadramento harmónico, melódico e rítmico de carácter integrativo da sua individualidade.

A intervenção musicoterapêutica visa identificar os recursos e qualidades de cada criança através do estabelecimento de uma relação sonoro-musical, de carácter genuíno, que se torna possível através da experiência musical conjunta, baseada em improvisação.

O desenvolvimento da relação e da comunicação com a criança através do som torna possível a criação de uma plataforma securizante, sem a exigência da palavra ou da execução de uma tarefa específica. No decurso de uma sessão de musicoterapia, através dos instrumentos musicais disponíveis, objetiva-se a criação de um espaço híbrido, catártico e terapêutico, que permita à criança a livre expressão artística, pessoal e de estados de espírito. Simultaneamente, procura-se promover a sua capacidade de auto-regulação emocional através da música.

Metodologia

Amostra

A amostra abrangida neste estágio de musicoterapia é constituída por 12 crianças entre os 7 e 14 anos de idade; destas doze crianças, sete têm um diagnóstico de Perturbação no Espectro do Autismo (PEA) e cinco apresentam um diagnóstico no âmbito das Perturbações do Comportamento (PC).

	No Reino desde os ...	Idade	Diagnóstico
Cecília	10 anos	12	PEA
Bernardo	11 anos	14	PEA
João	3 anos	8	PEA
Maria	3 anos	9	PEA
Vicente	5 anos	6	PEA
Pedro	9 anos	11	PEA
Sara	5 anos	12	PEA
Miguel	3 anos	7	PC
António	6 anos	9	PC
Francisco	7 anos	8	PC
Rita	5 anos	8	PC
Joana	5anos	9	PC

Tabela 1 Informação sobre a amostra. (Nomes fictícios para preservar a privacidade das crianças.)

O encaminhamento para a musicoterapia foi decidido pela diretora do Reino dos Sentidos, a Dra. Patrícia Domingos, tendo como principal critério de encaminhamento a

necessidade de proporcionar à criança uma intervenção centrada na música enquanto registo alternativo de comunicação e relacionamento. A intervenção de musicoterapia no Reino dos Sentidos foi realizada em sessões individuais com frequência semanal e uma duração média de 45 minutos.

Procedimentos

No âmbito do mestrado em Musicoterapia, o estágio curricular desenvolve-se em várias fases, e a prática do estagiário define-se de acordo com as características dinâmicas de cada instituição. Assim, serão descritos de seguida os procedimentos que asseguraram a intervenção de musicoterapia no Reino dos Sentidos. .

A rotina das crianças As crianças com PEA passam o dia no Reino dos Sentidos e são submetidas a uma série de intervenções terapêuticas especializadas ao longo do dia.

Na rotina diária, o terapeuta que está com a criança num dado momento acompanha-a à sala da seguinte terapia, uma vez que se tratam de crianças que não têm a autonomia necessária para cumprir o seu horário de forma independente. O mesmo processo acontece aquando das sessões de musicoterapia.

As crianças com PEC frequentam a escola Os Aprendizes, num espaço contíguo, e apenas vão ao Reino dos Sentidos para as sessões terapêuticas. À hora marcada, deslocam-se sem acompanhamento da casa do espaço escola para a casa do Reino dos Sentidos.

Intervenção no meio terapêutico Como anteriormente descrito, o Reino dos Sentidos oferece diferentes apoios terapêuticos aos alunos da Escola os Aprendizes: psicologia, terapia ocupacional, psicomotricidade, terapia da fala e arte-terapia. A intervenção de musicoterapia, no meio terapêutico em questão, vem integrar este projeto transdisciplinar no apoio à criança com necessidades educativas especiais e/ou à criança

necessitada de apoio psicopedagógico e/ou emocional. A equipa terapêutica procura acompanhar o processo de maturação da criança com patologia e/ou dificuldades específicas, atuando como facilitadora no seu processo de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e percurso académico, particularmente em períodos que possam ser considerados críticos no seu percurso de desenvolvimento. O núcleo terapêutico pretende abranger diferentes aspetos da vida da criança que precisem de ser trabalhados, adoptando na premissa uma abordagem holística do desenvolvimento do indivíduo e do seu bem-estar. Além do apoio afetivo e emocional, as referidas intervenções terapêuticas visam a promoção de competências e funcionalidades da criança. O Reino dos Sentidos pretende atuar como uma força motivadora na vida da criança, objetivando a sua aceitação e integração

Neste contexto, a musicoterapia assume-se como parte desta mesma abordagem holística do desenvolvimento da criança. Porém, distancia-se das restantes terapias devido ao fator música.

Deste modo, a intervenção de musicoterapia - deposita inteiramente a sua confiança na própria música. Trata-se de - é um processo interpessoal no qual a música é utilizada em todas as suas facetas – física, emocional, mental, estética e espiritual – no intuito de ir ao encontro das necessidades específicas da criança.

Em algumas alturas, a criança irá comunicar e relacionar-se directamente com os próprios elementos musicais. Noutros momentos, o encontro terapêutico irá acontecer através da relação interpessoal criança-terapeuta, também esta desenvolvida através da música tocada em conjunto. No centro da intervenção musicoterapêutica encontra-se a experiência musical vivenciada em conjunto pela criança e pelo terapeuta.

Simultaneamente, a musicoterapia pretende ocupar um espaço complementar de carácter livre e exploratório. A prática de musicoterapia procura, de certo modo,

contrastar com o ambiente de outras terapias que visam o desenvolvimento de funcionalidades e aptidões básicas da criança. Por exemplo, a terapia da fala e a terapia ocupacional incluem processos terapêuticos que requerem a exigência da execução à criança, mesmo que de forma lúdica. Aquando da intervenção de musicoterapia, é objetivado que a criança vivencie um processo natural e orgânico na sua relação com a sua própria musicalidade e com o musicoterapeuta. Com o musicoterapeuta como facilitador, pretende-se que a exploração de sons musicais por parte da criança se venha a transformar em sequências estruturadas de música. Ou seja, objectiva-se que a produção sonora da criança se venha a construir como um sinal sonoro de estruturação mental progressiva e do desenvolvimento da sua identidade.

(Os momentos musicais improvisados pela criança e pelo musicoterapeuta, que surgem de forma descontraída e sem a exigência da sua concretização mas por vontade própria, tornam-se elementos impulsionadores na afirmação da sua individualidade.)

Diversos factores determinam qual o tipo de experiências serão mais efectivas da perspectiva terapêutica. O formato das sessões é decidido consoante os objectivos da intervenção. Isto faz-se ao relacionar-se os problemas e necessidades do cliente às características básicas ou exigências de um tipo de experiência musical. No geral, as crianças com PEA e PC, precisam de desenvolver a sua espontaneidade, criatividade, liberdade expressiva, sentido de identidade, e aptidões interpessoais.

Participação em rotinas da instituição No decorrer do estágio em questão, a estagiária integrou a equipa em diversas tarefas, tais como no acompanhamento e supervisão das refeições, nos momentos de recreio e ainda nos diversos momentos da rotina diária da unidade.

A rotina diária do Reino dos Sentidos é iniciada por uma canção de bom dia cantada pelos terapeutas e pelas crianças em conjunto. Segue-se o momento de massagem

das crianças. Numa sala previamente preparada com almofadas e mantas, as crianças recebem uma massagem individual com um bálsamo de azeite e alfazema. Trata-se de um momento de terapia de contacto que pretende contribuir para o relaxamento muscular e consciência corporal da criança. No caso das crianças com PEA, a massagem está sujeita às suas diferentes características sensoriais, procurando promover uma regulação do seu bem-estar físico e mental.

Após a massagem, as crianças distribuem-se pelos vários técnicos e participam nas várias sessões de intervenção terapêutica individual para as quais foram seleccionadas. Já a meio da manhã, é a altura da refeição ligeira e de um momento de recreio. Até à hora de almoço, há mais duas sessões individuais de terapia.

A tarde é iniciada pela canção da tarde, seguindo-se o segundo momento de massagem do dia. Consoante o horário da criança, seguem-se duas ou três terapias individuais.

As crianças circulam entre terapias acompanhadas pelas terapeutas, que as levam até à sala da sua próxima intervenção. O mesmo se passa com a musicoterapia.

Métodos e técnicas A prática de musicoterapia baseia-se nos princípios teóricos da abordagem Nordoff-Robbins; as sessões têm como princípio a produção musical ativa e improvisada. Numa fase inicial, faz-se um levantamento das principais características musicais da criança, no intuito de aceitar e validar as suas idiossincrasias sonoras. As técnicas maioritariamente utilizadas são a improvisação clínica e a improvisação empática, como também o “espelhar”, o “imitar”, o “copiar”, o “corresponder” e o *grounding*.

A estrutura das sessões A estrutura da cada sessão de musicoterapia é iniciada por uma canção de boas-vindas que é cantada e acompanhada por uma guitarra acústica. A referida canção pode sofrer adaptações perante as especificidades e o estado de espírito

de cada criança. Considere-se, por exemplo, a participação intencional da criança na canção, seja através de um instrumento ou de vocalizações. Cabe ao musicoterapeuta adaptar-se à métrica (verbal e não-verbal) sonoro-rítmica da criança, para que a música produzida seja desde logo de carácter conjunto, iniciando-se assim a relação interpessoal através do som.

De seguida, promove-se um momento de improvisação, mais livre e espontâneo, no qual é desejado que a criança explore os instrumentos musicais e as suas sonoridades. A iniciativa sonora da criança é acompanhada harmonicamente pela guitarra acústica, em instrumentos de percussão e/ou por vocalizações do terapeuta, com ou sem palavra.

Caso seja o terapeuta a começar musicalmente a improvisação, pode ser considerado como um convite à interacção sonora no sentido de trabalhar as competências de interacção da criança e lhe proporcionar um contexto de construção identitária e estruturação mental através da acção musical.

A facilitação da expressão emocional da criança acontece aquando da improvisação musical conjunta; e as suas idiossincrasias devem ser respeitadas, aceites e integradas no momento musical.

Consoante a patologia da criança, o período de atenção e concentração durante a sessão pode ser maior ou menor. Quando a disponibilidade da criança, para estar na relação musical improvisada, começa a diminuir ou termina abruptamente, o musicoterapeuta deve respeitar este facto e não interferir. Pretende-se sempre que a criança esteja presente e participativa na sessão por auto motivação e prazer pessoal, não existindo a exigência de tocar um instrumento ou cantar. Isto vai permitir que a sua individualidade tenha um tempo e espaço para se manifestar de forma genuína, ao permitir e potenciar a sua livre expressão emocional e comportamental.

O musicoterapeuta providencia, então, uma conclusão musical adequada ao contexto da improvisação conjunta; refletindo musicalmente o fim daquele momento.

Caso as condicionantes patológicas da criança o permitam, durante a sessão estimula-se o desenvolvimento de atividades musicais que promovam a sua criatividade e expressão emocional como, por exemplo, compor uma música original ou fazer uma dramatização baseada na música improvisada. Aquando destas atividades, é dada primazia às escolhas e propostas da criança, promovendo a sua individualidade.

Materiais utilizados Os materiais utilizados consistiram nos seguintes instrumentos musicais: um djembé, duas guitarras acústicas, dois xilofones, dois metalofones, 1 tambor, um par de congas, uma kalimba, três pandeiretas, três maracas, um órgão, três taças tibetanas, um pau de chuva, uma harmónica e um ocean drum.

Grelhas, escalas ou testes aplicado A avaliação clínica baseou-se essencialmente numa interpretação qualitativa do progresso de cada estudo de caso, por observação directa em contexto de sessão. De qualquer forma, uma grelha de avaliação foi aplicada no início da intervenção e, novamente passados 8 meses. A referida grelha é constituída por alguns itens retirados do Improvisational Assessment Profiles (Bruscia, 1987) no intuito de atender a elementos de carácter musical qualitativo (Anexo 1).

Reflexão Pessoal

Quando cheguei para a reunião de início de estágio, não estava à espera com o que me deparei. Em vez de uma reunião no seu sentido mais formal, na qual horários e procedimentos da instituição iriam ser apresentados, encontrei antes uma equipa a planear como iria prosseguir na operação que se seguia: pintar as paredes de uma das salas. Era discutido qual a tinta a utilizar, se seria necessário colocar primeiro um isolante e quais pinceis iriam ser precisos, entre outras questões relativas ao assunto. E assim decorreu a minha primeira semana de estágio: pintaram-se paredes, redecoraram-se salas, limpou-se a casa e arrumaram-se materiais. Eu era o único elemento novo, e não só me senti bem recebida, como desde logo a minha integração na equipa se tornou mais fácil e orgânica através da execução das referidas atividades.

O espaço no qual iriam decorrer as sessões de musicoterapia foi-me mostrado, como também os instrumentos disponíveis no Reino dos Sentidos. Era o período para organizar o meu futuro espaço de trabalho, em preparação para a chegada das crianças.

Também, outras atividades que envolviam estabelecer dinâmica de grupo tiveram lugar: criou-se um grande desenho conjunto, dançou-se em roda, praticaram-se exercícios de respiração e relaxamento e conversou-se sobre expectativas e planos para o ano letivo que então começava.

A filosofia do Reino dos Sentidos assenta numa visão de procura e aceitação do *self* da criança, projetando o seu desenvolvimento pessoal e futura vocação. O acompanhamento terapêutico é personalizado e individualizado, no intuito de corresponder às necessidades únicas da criança em questão. Deste modo, as sessões terapêuticas acontecem maioritariamente em *setting* individual.

Também, o fator “equipa” é muito importante, sendo que todas as decisões são discutidas e tomadas em conjunto. Pessoalmente, aceitei sem reservas a postura da

instituição, sendo que os princípios sob os quais se orienta me fizeram todo o sentido e terão, de certo modo, contribuído para a criação pessoal de um sentimento de pertença, nunca me tendo sentido julgada ou excluída.

As minhas expectativas em relação ao estágio, antes de mais, estavam assentes num grande sentido de responsabilidade e prudência, uma vez que iria lidar pela primeira vez na minha vida profissional com crianças com necessidades educativas especiais e estando no papel de musicoterapeuta, algo que apenas conhecia na teoria. Os dias prévios à chegada das crianças foram de grande nervosismo e curiosidade perante o que iria acontecer.

A minha postura nas primeiras sessões de musicoterapia que vivenciei baseou-se na premissa de cumprimento da estrutura que tinha anteriormente preparado. A transferência de conhecimento teórico para um plano prático não me era algo óbvio, apenas lógico. Porém, a atenção e disponibilidade que principalmente os casos mais severos requeriam, incitaram o surgimento de uma postura pessoal mais flexível e mais assente no momento presente. Deste modo, consegui prestar uma atenção mais cuidada aos pormenores de carácter musical executados pela criança, de forma intencional ou não; só a partir deste universo quase microscópico é que os primeiros momentos musicais em conjunto começaram a acontecer num plano relacional de genuinidade.

Ao longo dos meses que se seguiram foram diversas as coisas que aprendi, entre as quais: como realmente se escuta uma criança e que mais que um resultado final brilhante, no trabalho com a criança com necessidades educativas especiais, o que realmente importa é que o percurso terapêutico seja fértil e rico, pois é este aspeto que a criança irá sempre levar consigo. Também, que, por vezes, mais do que cumprir o que se possa ter delineado para uma sessão, de maior importância é o desenvolvimento e preservação da relação terapêutica. Ou seja, tive que aprender a adaptar-me

constantemente ao estado de espírito da criança, fazendo-a sentir-se aceite e não julgada. Este aspeto veio a demonstrar-se fulcral na relação interpessoal que vim a estabelecer com as crianças.

A minha descoberta progressiva do que é ser musicoterapeuta tratou-se de um percurso caracterizado pela procura de um possível equilíbrio entre a teoria e a prática. Tanto senti o apelo de agir por intuição, como a necessidade de procurar literatura sobre o tema. O meu crescimento, como musicoterapeuta, foi pautado por momentos de frustração, de interrogação, de alegria e de concretização, sendo que todos eles contribuíram para um ano de grande aprendizagem.

Referências

- Accordino, R., Comer & R. Heller, W. (2007). Searching for music`s potencial: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research In Autism Spectrum Disorder, 1*, 101 – 115.
- Alvarez J.A. & Emory E. (2006). Executive function and the frontal lobes: a meta-analytic review. *Neuropsychology Reviews. 1*.17- 42.
- Alvin, J. (1975). *Music Therapy (Revised Paperback Edition)* London: John Clare Books.
- Alvin, J., & Warwick, A. (1992). *Music therapy for the autistic child*, (2nd ed.), New York: Oxford Press.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM V)*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Benezon, R. (1981). *Music Therapy Manual*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers
- Bonny, H. (1978). *Facilitating GIM Sessions. (First Monograph)*. Salina, KS: Bonny Foubdation for Music.centered therapies
- Bonny, H. (1986). Music and Healing. *Music Therapy: Journal of the American Association of Music Therapy*, 6A (1), 3-12.
- Burman E. (2008). *Deconstructing Developmental Psychology* (2nd ed.). East Sussex: Routledge, 368 pages, ISBN-10: 0415395623. ISBN-13: 978-0415395625
- Bunt L. & Hoskyns S. (2002). *The Handbook of Musictherapy*. Edited by Leslie Bunt and Sarah Hoskyns published by Routledge – Sussex, Great Britain e by Routledge, Nova Iorque, USA

Bunt, L. & Stiege, B. (2014). *Music Therapy, An Art Beyond Words*. Second Edition. published by Routledge – Sussex, Great Britain e by Routledge, New York, USA. Printed and bound in Great Britain by TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.

Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publications.

Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers. ISBN: 1-891278-07

Charman, T., Jones, C.R., Pickles, A., Simonoff, E., Baird, G. & Happé, F. (2011). Defining the cognitive phenotype of autism. *Brain Res.*1380:10-21.

Cassel, N. R. (1974). *Critical Contributions of Piaget to Humanistic Psychology*. ERIC (Education Resources Information Center) Retrieved from: http://www.fachportal-paedagogik.de/eric/eric_set_e.html?acn=ED099098

Chaste, P. & Leboyer, M. (2012). Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, (14), 281-292
ISBN-13: 978-1573793001

Chantiluke, K., Christakou, A., Murphy, C. M., Giampietro, V., Daly, E.M., Ecker, C., Brammer, M., Murphy, D.G. & Rubia, K. (2014, August). Disorder-specific functional abnormalities during temporal discounting in youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autism and comorbid ADHD and Autism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 223(2), 113-120.

Crowe, B. (2004). *Music and soul making (Towards a new theory of music)*

Published in the USA by Scarecrow press, Inc. isbn: 978-0-8108-5143-6 isbn: 0-8108-5143-1

- Edgerton, C. L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy*, 31(1), 31-62.
- Eren, B. (2015). The use of music interventions to improve social skills in adolescents with Autism Spectrum Disorder in integrated group music therapy sessions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, (197), 207-213.
- Epstein A. S. (2007). *Essentials of Active Learning in Preschool: Getting to Know the High/Scope Curriculum*. Published by High scope press ISBN-13: 978-1573793001 ISBN-10: 1573793000
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M. & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 215-237. doi:10.1080/15374410701820117
- Fauzan, N. & Mahayuddin, N. A. M. (2014, August). Brain training to improve sociability and behavior of Autism Spectrum Disorder (ASD) children and young adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 143, 308-314.
- Fernández, R. C., Vázquez, M. T. M, Ferreiro, F. J. (2014). Music therapy in adolescent disruptive behavior. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 608-614.
- Gammer, I., Bedford, R., Elsabbagh, M., Garwood, H., Pasco, G., Tucker, L., Volein, A., Johnson, M. H., & Charman, T. (2015, February). Behavioural markers for autism in infancy: scores on the autism observational scale for infants in a prospective study of at-risk siblings. *Infant Behavior and Development*, (38), 107-115.

Giaconia, R. M. (1982), Identifying Features of Effective Open Education, *Review of Educational Research*, 52(4), 579-602. doi: 10.3102/00346543052004579

Gathright, M. M. & Tyler, L. H. (2014). Disruptive behaviors in children and adolescents. *Psychiatric Research Institute (University of Arkansas for Medical Sciences)*.1-28.

Geretsegger, M., Holck .U., Carpenente, J. A., Elefant C., Kim, J. & Gold, C. (2015).

Common characteristics of improvisational approaches in Music Therapy for children with Autism Spectrum Disorder: developing treatment guidelines. *Journal of Music Therapy*, 52(2), 258-281.

Gouk, P. (2015). An Enlightenment proposal for music therapy: Richard Brocklesby on music, spirit, and the passions. *Progress in Brain Research*, 217, 159-185

Haddadi, P., S. Haghshenas & Rostami, R. (2011). Rehabilitation in Autism Spectrum Disorder (ASD): A mixture of neurofeedback training and Auditory Integration Training (AIT). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 611-614.

Hall, L.J. (2009). Autism spectrum disorders from theory to practice, New Jersey: Pearson Education, Inc.

Hanson, E., Cerban, B.M., Slater, C.M., Caccamo, L.M., Bacic, J. & Chan, E. (2012). Brief report: prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among individuals with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism Development Disorder*. 43(6):1459-64.

Hanson-Abromeit, D. (2015). A conceptual methodology to define the therapeutic function of music. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 25-38.

doi: 10.1093/mtp/miu061

- Howlin, P. (1986). `An overview of social behavior in autism.` In E. Schopler & E. G. Mesibov (Eds), *Social behavior in autism*, (pp.101-131). New York: Plenum.
- LaGasse A.B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy*, 51 (3), 250–275
- Lovaas, O.I (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3.
- Jones, E. J. H., Gliga, T., Bedford, R, Charman, T. & Johnson M. H. (2014). Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (39), 1-33. Retrieved from www.elsevier.com/locate/neubiorev
- Kaat, A. J. & Lecavalie, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1579-1594.
- Keenan, K., Loeber, R. & Green, S. (1999). Conduct disorder in girls: A review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(1), 3-19.
- Keehn, B., Muller, R.A. & Townsend J. (2013). Atypical attention networks and the emergence of autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37, 164-183.
- Klein, M. (1982). *Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot.
- Kern, P. & Aldridge, D. (2006). Using embedded Music Therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *Journal of Music Therapy*, 43(4), 270-294

- Kim J., Wigram, T. & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*,(13), 389-409 doi: 10.1177/1362361309105660. Retrieved from Autism <http://aut.sagepub.com>
- Ledger, A. & Edwards, J. (2011). The arts in psychotherapy, arts-based research practices in music therapy research: Existing and potential developments. *The Arts in Psychotherapy*, (38), 312-317.
- Leibenluft, E. (2015). Irritability and DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates, predictors, and outcome in children. *European Neuropsychopharmacology*, 25(2), 153-154.
- Levtin, D. (2006). This is your brain on music. Great Britain, Atlantic Books ISBN 978 1 84354 716 7
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484. doi:10.1097/00004583-200012000-00007.
- Martin, P. (2003). Behavior Modification: What is it and how to do it? (7th ed.). Upper Saddle River NJ: Pearson Education
- Masi, G., Pisano, S., Milone, A. & Muratori, P. (2015, Novembro). Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 186(1), 249-253.
- Matson, J.L., LoVullo, S. V., Rivet, T.T. & Boisjoli, J. A. (2009) Validity of the Autism Spectrum Disorder-Comorbid for Children (ASD-CC). *Research in Autism Spectrum Disorders*, (3), 345–357. <http://ees.elsevier.com/RASD/default.asp>

McEvoy, M.A. & Odom, S.L. (1987). Social interaction training for preschool children with behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 12 (4), 242–251.

Mottron L., Peretz, I. & Ménard, E. (2000). Local and global processing of music in high-functioning persons with autism: Beyond cantral coherence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1057–106

Monteiro P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* Lisboa: Lidel-Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-037-2

Moran, J. M., Macrae, C.N., Heatherton, T.F. Wyland, C.L. & Kelley, W.M. (2006). Neuroanatomical Evidence for Distinct Cognitive and Affective Components of Self. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 18(9), 1586-1594. doi:10.1162/jocn.2006.18.9.1586

Näätänen, R., Astikainen, P., Ruusuvirta, T. & Huotilainen, M. (2010). Automatic auditory intelligence: An expression of the sensory–cognitive core of cognitive processes. *Brain Research Reviews*, (64), 123-136.

Nordoff, P., Robbins, C. & Marcus, D. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship*. University of California, Barcelona Pub, 2edition. ISBN-10: 1891278134, ISBN-13: 978-1891278136

Petruta-Maria, C. (2015). The role of art and music therapy techniques in the educational system of children with special problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 277-282.

Rao, U. (2014, Outubro). DSM-5: Disruptive mood dysregulation disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 11(0), 119-123. doi:10.1016/j.ajp.2014.03.002.

- Rickson, D. J. & Watkins, W.G. (2003), Music therapy to promote prosocial behaviors in aggressive adolescent boys – A pilot study. *Journal of Music Therapy*, (4), 283-301.
- Samson, F., Hyde, K. L., Bertone, A., Soulières, I., Mendrek, A., Ahad, P., Mottron, L. & Zeffiro, T.A. (2011). Atypical processing of auditory temporal complexity in autistics. *Neuropsychology*, (49), 546–555.
- Sánchez-Raya M., Martínez-Gual, E., Elvira, J. A. M., Salas, B. L., Cívica, F.A. (2015, June). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 21(1), 55-63.
- Sausser, S. & Waller, R.J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 1-10. doi:10.1016/j.aip.2005.05.003
- Scheuermann, B., & Webber, J. (2002). *Autism: Teaching DOES make a difference*. Belmont, CA: Wadsworth-Thomson Learning
- Schneck, D.J. & Berger, O.S. (2006). *The Music Effect*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 184310-771-6.
- Schopler, E. & Mesibov G.B. (1983). Autism in Adolescents and Adults. *Springer*, 28 February.
- Schwartzberg, E.T. & Silverman, M. J. (2014). Music therapy song repertoire for children with autism spectrum disorder. A descriptive analysis by treatment areas, song types, and presentation styles. *The Arts in Psychotherapy*, (41), 240-249.

Skeja, E. (2014, December) The Impact of Cognitive Intervention Program and Music Therapy in Learning Disabilities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 605-609.

Sicile-Kira, C. (2014). *Autism Spectrum Disorder: The Complete Guide to Understanding Autism*. New York: The Pinguin Group

Silberman, S. (2013) Neurodiversity rewires conventional thinking about brains. *Wired*, wired.com/magazine/2013/04neurodiversity.

Standley, J.M. (2014,). Music Psychophysics and Therapy. *Comprehensive Biomedical Physics*, 10, 317-326.

Stattin, H., & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holist approach. *Development and Psychopathology*, (8), 617-640.

Strobel, W. & Huppman, G. (1997). *Musiktherapie Grundlagen, Formen, Moglichkeiten* Hogrefe Verlag, Goettuengen.

Tamtam, D. (2003). The challenge of adolescents and adults with asperger syndrome.

Child Adolescence and Pschiatric s Clinics of North America, 12, 143 - 163

Thaut, M.H. (1988). Measuring musical responsiveness of autistic children: A comparative analysis of improvised musical tone sequences of autistic, normal, and mentally retarded individuals. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18 (4), 561 – 57.1

Thaut, M.H. (1987). Visual versus auditory (musical) stimulus preferences in autistic children: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 425 – 432.

- Thaut, M. (2015). The discovery of human auditory–motor entrainment and its role in the development of neurologic music therapy. *Progress in Brain Research*, 217, 253-266. ISSN 0079-6123- <http://dx.doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.030>
- Tiwari, R, Agarwal, V., Arya, A., Gupta, P. K. & Mahou P. (2016, June). An exploratory clinical study of disruptive mood dysregulation disorder in children and adolescents from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 21, 37-40.
- Trevarthen, C. (2005). Autisme, motivation en resonance et musicotherapie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 46-53.
- Wheeler, B. L. (2015). *Music Therapy Handbook*. NY: Guilford Publications.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. & Bonde, L.O. (2002). `Musical Skills in Music Therapy.` In T. Wigram, I. NygaardPederson and L.O. Bonde (eds) *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Williams W. S., K. Keonig & L. Scahill, (2006). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of intervention research. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 37, 1858–1868
- Wilson, C.E., et al. (2013). Comparison of the ICD-10R, DSM IV – TR and DSM – 5 in an Adult Autism Spectrum Disorder diagnostic Clinic. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. March.

- Yerys, B. E., Gordon, E. M., Abrams, D.N., Satterthwaite, T.D., Weinblatt, R., Jankowski, K.F., Strang, J., Kenworthy, L., Gaillard, W. D. & Vaidya, C.J. (2015). Default mode network segregation and social deficits in autism spectrum disorder: Evidence from non-medicated children. *NeuroImage: Clinical*, 9, 223-232.
- Yinger, O. S. & Gooding, L. (2014, July). Music Therapy and Music Medicine for Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (3), 535-553.
- Young, E. (2015, September). Healing Rythms. *NewScientist*, 36-39.
- Zatorre R. J. (2012), When the brain plays music: Perception, Plasticity, and Emotion. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *Brain.org Fórum Glubenkian de Saúde 2012* (pp. 53-69) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Anexo 1

	Nunca	Raramente	Frequente	Muito frequente
Comunicação Verbal				
Verbalização de pedidos		I	F	
Resposta a solicitações	I		F	
Verbalização da letra de uma canção	IF			
Comunicação não verbal				
Tonicidade postural Expressa-se corporalmente com intenção		IF		
Estabelece contacto ocular		IF		
Estabelece contacto físico com intenção comunicativa			IF	
Aspectos musicais				
Capacidade de experimentação Faz exploração sonora ou de materiais		I	F	
Adere a, ou cria estrutura rítmica e/ou melódica	I		F	
Altera comportamento estereotipado no contexto da produção sonoro- musical	I		F	
Expressa estados de espírito através de criações rítmicas e/ou melódicas	I		F	
Assume-se como participante num diálogo musical improvisado		I	F	
Expressa-se vocalmente de forma musical com intenção	IF			
Utilização dos instrumentos				
Partilha o instrumento		I		
Fixação num instrumento específico				IF
Experimentação de diferentes instrumentos		I	F	
Competências cognitivas				
Identifica e nomeia os instrumentos musicais			IF	

Mantem a concentração durante o momento musical conjunto	I		F	
Comporta-se de forma regulada e produtiva no contexto musical	I		F	
Memoriza sequências rítmicas e/ou melódicas	I	F		

I - Início de Setembro de 2015

F - Final de Junho de 2016

Anexo 2

Bernardo	Nunca	Raramente	Frequente	Muito frequente
Comunicação Verbal				
Verbalização de pedidos	IF			
Resposta a solicitações				IF
Verbalização da letra de uma canção	IF			
Comunicação não verbal				
Tonicidade postural Expressa-se corporalmente com intenção			IF	
Estabelece contacto ocular			IF	
Estabelece contacto físico com intenção comunicativa			IF	
Aspectos musicais				
Capacidade de experimentação Faz exploração sonora ou de materiais		I	F	
Adere a, ou cria estrutura rítmica e/ou melódica	I		F	
Altera comportamento estereotipado no contexto da produção sonoro-musical	I		F	
Expressa estados de espírito através de criações rítmicas e/ou melódicas	I		F	
Assume-se como participante num diálogo musical improvisado		I	F	
Expressa-se vocalmente de forma musical com intenção	IF			
Utilização dos instrumentos				
Partilha o instrumento		I	F	
Fixação num instrumento específico			IF	
Experimentação de diferentes instrumentos		I	F	
Competências cognitivas				

Identifica e nomeia os instrumentos musicais				IF
Mantêm a concentração durante o momento musical conjunto			IF	
Comporta-se de forma regulada e produtiva no contexto musical			I	F
Memoriza sequências rítmicas e/ou melódicas			I	F

I - Início de Setembro de 2015

F - Final de Junho de 2016