

**Universidades Lusíada**

Vieira, Felícia Maria Rodrigues, 1995-

**A voz do silêncio : musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais**

<http://hdl.handle.net/11067/5699>

**Metadata**

**Issue Date** 2020

**Abstract** O presente relatório constitui uma descrição e análise do trabalho de intervenção musicoterapêutica no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, que incidiu sobre um total de 28 utentes entre os 7 e os 18 anos, inseridos na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, de Almada. O estágio de musicoterapia teve como principal objetivo complementar os serviços prestados na Unidade de Pedopsiquiatria e proporcionar uma abordagem ...

This report consists on a description and analysis of the music therapy intervention work done during the music therapy master's curricular internship of Universidade Lusíada de Lisboa, which focused on a total of 28 clients aged between 7 and 18 years old, followed in the Pedopsychiatry Unit at Hospital Garcia de Orta, Almada. The music therapy internship's main goal aimed to complement the services provided in the Pedopsychiatry Unit by giving a clinical approach based on non-verbal communicat...

**Keywords** Musicoterapia para crianças, Musicoterapia para adolescentes, Improvisação (Música), Musicoterapia - Prática profissional, Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Unidade de Pedopsiquiatria - Ensino e estudo (Estágio)

**Type** masterThesis

**Peer Reviewed** No

**Collections** [ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2020-12-11T07:23:17Z with information provided by the Repository



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

## **A voz do silêncio: musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais**

**Realizado por:**  
Felícia Maria Rodrigues Vieira

**Supervisionado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

**Orientado por:**  
Mestre Paula Luísa Corvo Valente da Silva Conceição Zaragoza

### **Constituição do Júri:**

Presidente:	Prof. <sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof. <sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof. <sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Dissertação aprovada em: 17 de outubro de 2020

Lisboa

2020



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Musicoterapia**

# **A voz do silêncio: musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais**

**Felícia Maria Rodrigues Vieira**

Lisboa

julho 2020



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Musicoterapia**

# **A voz do silêncio: musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais**

**Felícia Maria Rodrigues Vieira**

Lisboa

julho 2020

Felícia Maria Rodrigues Vieira

## A voz do silêncio: musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais

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

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Mestre Paula Luísa Corvo Valente da Silva Conceição Zaragoza

Lisboa

julho 2020

## Ficha Técnica

**Autora** Felícia Maria Rodrigues Vieira  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
**Orientadora de estágio** Mestre Paula Luísa Corvo Valente da Silva Conceição Zaragoza  
**Título** A voz do silêncio: musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2020

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

VIEIRA, Felícia Maria Rodrigues, 1995-

A voz do silêncio : musicoterapia na pedopsiquiatria aplicada a perturbações emocionais / Felícia Maria Rodrigues Vieira ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Paula Luísa Corvo Valente da Silva Conceição Zaragoza. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - ZARAGOZA, Paula Luísa Corvo Valente da Silva Conceição

#### LCSH

1. Musicoterapia para crianças
2. Musicoterapia para adolescentes
3. Improvisação (Música)
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Unidade de Pedopsiquiatria - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for children
2. Music therapy for teenagers
3. Improvisation (Music)
4. Music therapy - Practice
5. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Unidade de Pedopsiquiatria - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. ML3920.V54 2020

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço à vida e à música pelos encontros e experiências vivenciadas que me levaram a caminhar para a realização deste mestrado.

Agradeço à minha família por todo o amor e motivação que me deram a fim de conseguir concretizar os meus sonhos.

À Professora Doutora Teresa Leite, supervisora do estágio, pela prontidão, compreensão, pela riqueza e partilha dos conhecimentos técnicos e académicos que me permitiram aprofundar o meu trabalho enquanto aluna e estagiária.

A toda a equipa da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta por me acolherem neste projeto Piloto e ao Dr. Pedro Pires pela disponibilidade em possibilitar a realização deste estágio.

A todos os participantes intervencionados que permitiram a realização deste relatório.

Agradeço em particular à minha orientadora, Dra. Paula Zaragoza pela sua forma amável de ser, pelo olhar inspirador que tem face à psicanálise e à arte, pela ajuda incansável, pelo reforço positivo constante, pela confiança depositada e por me conceder toda a aprendizagem possível que contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional.

Ao Paulo Antunes, pelo apoio incondicional e a amizade.





## **Resumo**

O presente relatório constitui uma descrição e análise do trabalho de intervenção musicoterapêutica no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, que incidiu sobre um total de 28 utentes entre os 7 e os 18 anos, inseridos na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, de Almada. O estágio de musicoterapia teve como principal objetivo complementar os serviços prestados na Unidade de Pedopsiquiatria e proporcionar uma abordagem clínica assente na comunicação não-verbal, de forma a criar um espaço contentor que possibilitasse a expressão, promovesse a mentalização, o sentimento de pertença e a transformação das crianças e adolescentes deste serviço face às problemáticas relacionadas com a vinculação e às suas dificuldades de adesão a intervenções psicoterapêuticas verbais.

Neste relatório são apresentados dois estudos de caso. O primeiro consiste na intervenção em musicoterapia individual com uma utente com mutismo seletivo. O segundo consiste na intervenção musicoterapêutica grupal com adolescentes do Hospital de Dia a Tempo Parcial.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram a Ficha de Avaliação do ISO, as grelhas de observação e adaptação do questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire for Children” de Michael D. Cassity & Julia E. Cassity (2006) e a análise das gravações vídeo/áudio.

Os objetivos estipulados foram alcançados em ambos os estudos de caso. Foi possível verificar que a intervenção em musicoterapia foi benéfica para os utentes e equipa da Unidade de Pedopsiquiatria no apoio das perturbações emocionais e desenvolvimento da mentalização, autorregulação e autonomização da criança e do adolescente.

**Palavras-chave:** Musicoterapia, Pedopsiquiatria, Criança, Adolescente,  
Autorregulação, Improvisação Musical.

## **Abstract**

This report consists on a description and analysis of the music therapy intervention work done during the music therapy master's curricular internship of Universidade Lusíada de Lisboa, which focused on a total of 28 clients aged between 7 and 18 years old, followed in the Pedopsychiatry Unit at Hospital Garcia de Orta, Almada. The music therapy internship's main goal aimed to complement the services provided in the Pedopsychiatry Unit by giving a clinical approach based on non-verbal communication, in order to create a safe space that would allow children and adolescents to express themselves, promoting their insight, the sense of belonging and transforming attachment-related issues and their difficulties in adhering to verbal psychotherapeutic interventions.

Two case studies are presented in this report. The first is an individual music therapy intervention with a client that suffered from selective mutism. The second consists on a group music therapy intervention with adolescents of the Partial Day Hospital Program.

The assessment tools used were the ISO Assessment Form, an adaptation of the questionnaire "Psychiatric Music Therapy Questionnaire for Children" by Michael D. Cassity and Julia E. Cassity (2006) for client's observation and the analysis of the video / audio recordings.

The therapeutic goals were achieved in both case studies. It was possible to verify that the music therapy intervention was beneficial for the Pedopsychiatry Unit clients and team when clinical support on emotional disturbances is given, promoting awareness, self-regulation and developing the process of autonomization of the child and adolescent.

**Keywords:** Therapy, Pedopsychiatry, Child, Adolescent, Self-regulation, Musical Improvisation.



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Descrição dos Participantes dos Casos Individuais</i> .....	40
Tabela 2 - <i>Descrição dos participantes do grupo 1 de MT do HDTP</i> .....	42
Tabela 3 - <i>Descrição dos participantes do grupo 2 de MT do HDTP</i> .....	43
Tabela 4 - <i>Agenda Semanal</i> .....	48
Tabela 5 - <i>Plano terapêutico da Maria</i> .....	52
Tabela 6 - <i>Plano terapêutico do Grupo 1 do HDTP</i> .....	71



## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

- HGO** - Hospital Garcia de Orta
- HDTP** - Hospital de Dia a Tempo Parcial
- ISO** - Identidade Sonoro Musical
- MT** - Musicoterapia
- WHO** - World Health Organization
- EPE** - Entidade Pública Empresarial
- CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
- DSM** - Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
- PEL** - Perturbação Específica da Língua
- GIM** - Guided Imagery and Music
- CIRMA** - Centro de Infertilidade Medicamente Assistida
- CDC** - Centro de Desenvolvimento da Criança





## Sumário

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VII
Abstract .....	IX
Lista de Tabelas .....	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	XIII
Sumário .....	XV
Introdução.....	1
Caracterização da Instituição Hospital Garcia de Orta .....	5
Contexto Histórico da Instituição .....	5
Missão e Objetivos .....	6
Serviço de Pediatria.....	6
Caracterização da População-Alvo .....	11
Enquadramento Teórico .....	13
Saúde Mental da Criança e do Adolescente.....	13
Intervenção Psicoterapêutica na Criança e Adolescente .....	15
A Abordagem Psicodinâmica.....	17
O Normal e o Patológico na Infância e Adolescência .....	18
Perturbações na Criança e no Adolescente .....	20
Musicoterapia .....	22
Técnicas e Métodos em Musicoterapia.....	23
Musicoterapia na Pedopsiquiatria .....	30
Intervenção Grupal .....	32
Objetivos do Estágio .....	37
Metodologia.....	39
Participantes .....	40
Instrumentos de Avaliação.....	44
Procedimentos .....	44
Métodos e Material das Sessões.....	46
Agenda Semanal.....	47
Estudos de Caso .....	49
Estudo de Caso - Maria.....	49
Estudo de caso - Grupo 1 de Musicoterapia HDTP .....	67
Outras Intervenções.....	87
Intervenção Individual com Alberto.....	87

Intervenção Individual com o Luís .....	88
Intervenção Individual com a Marcela .....	91
Intervenção Individual com o António .....	91
Intervenção Individual com Leandro.....	93
Intervenção Individual com Sebastião.....	95
Intervenção com o Grupo 2 do HDTP.....	97
Conclusões.....	105
Reflexão Final.....	109
Bibliografia.....	111
Apêndices .....	121
Lista de Apêndices .....	123
Apêndice A .....	125
Apêndice B.....	129
Apêndice C.....	133
Apêndice D .....	137
Apêndice E.....	141
Apêndice F .....	145
Apêndice G .....	149
Apêndice H .....	153
Apêndice I.....	157
Apêndice J.....	161
Anexos.....	165
Lista de Anexos .....	167
Anexo A.....	169
Anexo B .....	173
Anexo C .....	181
Anexo D.....	185

## Introdução

O presente relatório de estágio apresenta parte do percurso académico integrado no último ano do Mestrado de Musicoterapia, de Outubro de 2018 a Junho de 2019, desenvolvido ao longo de oito meses na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta de Almada. Tem como principal objetivo apresentar uma abordagem clínica que facilite a expressão afetiva, a capacidade de *insight*, o sentimento de pertença, a aquisição de novas dinâmicas relacionais e a transformação do utente face às problemáticas relacionadas com a vinculação e as suas dificuldades de adesão a intervenções psicoterapêuticas verbais.

A saúde mental é definida pelo bem-estar do indivíduo, que é capaz de superar situações vivenciais adversas recorrendo às suas próprias capacidades psíquicas. A aquisição destas competências ocorre durante a infância e adolescência na construção da identidade, capacidade de autogestão face a distintos pensamentos e emoções e disponibilidade em adquirir novos conhecimentos educativos para facilitar a sua participação saudável e plena na sociedade. O utente atravessa um extenso processo de ressocialização desenvolvendo-se assim como um todo; pessoa, indivíduo e cidadão (World Health Organization, 2013).

A musicoterapia aplicada em contexto pedopsiquiátrico visa responder às necessidades específicas de cada utente e promover a sua autoestima, o bem-estar e reelaborar o mundo intrapsíquico das crianças e adolescentes para o desenvolvimento dos processos de mentalização (Bunt, Hoskyns, 2002).

Constata-se algumas diferenças entre a abordagem individual e grupal nomeadamente o afastamento da relação dual mãe-bébé (*continente-conteúdo*) (Golse, 2005), para a superação da triangulação, criando um *Superego* capaz de regular os seus afetos e impulsos. Na adolescência, o sentimento de pertença, a significação do *Self* e a sua validação são fulcrais para a construção da identidade sonoro-musical de cada utente. Nos grupos, a música

facilita a relação com o terapeuta e serve de complemento para a construção dos vínculos que surgem entre os membros. Mesmo que a identificação entre os pares não seja completa, a diferenciação sonora e os conflitos que emergem facilitam a transformação terapêutica, promovendo a negociação e discussão para um ISO grupal coeso. Quando conseguida a fase madura, o terapeuta pode adotar uma participação menos predominante, permitindo a autonomia grupal onde são presenciadas a partilha de reciprocidade, a diferenciação, o espelhamento e a mutualidade (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002).

A improvisação livre e analítica, assim como a composição de canções simbolizam a transformação interna e permitem a autoafirmação do utente quando constatada a materialização de um objeto concluído (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002). A música é uma linguagem acessível a todas as idades e tem como principais locais de intervenção unidades de internamento hospitalar, associações de intervenção comunitária, hospitais de dia e hospitais prisionais (Houghton et al, 2005).

Ao longo da realização do presente estágio, foram intervencionados 7 utentes em contexto individual e 21 utentes em grupo. As patologias predominantes nesta unidade são as psicoses, perturbações da oposição, do humor e de personalidade predominantemente um tipo *borderline*.

As sessões individuais e grupais de frequência semanal e semiestruturadas, adaptadas ao *aqui-e-agora*, tiveram um carácter integrativo com foco numa perspetiva psicodinâmica. As técnicas ativas como a composição de canções, improvisações instrumentais e vocais foram privilegiadas assim como jogos em *role-play* e a utilização do *toning* vocal.

Em primeira instância será apresentada uma contextualização da instituição hospitalar e do centro de saúde, assim como o projeto de estágio realizado, onde são descritas as atividades observadas durante o primeiro mês e a população alvo. A revisão de literatura irá

aprofundar os conhecimentos teóricos sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente assim como as estratégias musicoterapêuticas aplicadas. São também especificados os objetivos gerais e a respetiva metodologia.

Por fim serão analisados dois casos clínicos de avaliação e de acompanhamento musicoterapêutico com aprofundamento teórico, seguido de uma reflexão pessoal e de uma conclusão sobre a intervenção clínica.

Esta oportunidade permite ao estagiário aplicar o conhecimento teórico e expandir o olhar clínico e humano, aprendendo assim uma nova forma de acolher o outro. O estágio académico foi orientado pela Dra. Paula Zaragoza e supervisionado pela Professora Doutora Teresa Leite.

Todos os nomes dos utentes intervencionados serão substituídos por nomes fictícios para manter a confidencialidade.



## **Caracterização da Instituição Hospital Garcia de Orta**

### **Contexto Histórico da Instituição**

O Hospital Garcia de Orta E.P.E. (H.G.O.), um dos maiores Hospitais de Portugal, foi inaugurado em 1991 na freguesia de Pragal, concelho de Almada, integrando o Serviço Nacional de Saúde. O nome da instituição surge como homenagem a Garcia de Orta, médico judeu português que residiu na Índia durante o século XVI, dedicando a sua vida e obra à investigação nas áreas da botânica, da antropologia, farmacologia e medicina tropical.

Em meados dos anos 70 presenciou-se um acréscimo populacional significativo nos Concelhos da Margem Sul do Tejo aumentando assim as necessidades sanitárias e os cuidados hospitalares. Para ser possível prestar um serviço de atendimento eficaz, atempado e adequado à realidade populacional desta região, foi imperativo substituir o antigo Hospital da Misericórdia de Almada pelo novo HGO.

No decorrer dos anos e com o desenvolvimento e grau de diferenciação alcançada, o HGO, foi classificado em 2003 como Hospital Central (único na margem Sul do Tejo) tornando-se mais tarde sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (S.A.) para depois, em 2006, passar a ser entidade pública empresarial (EPE), estatuto que mantém na atualidade.

Em 2003 foi também a início do funcionamento da Unidade de Pedopsiquiatria e em 2007 foi realizada a inauguração do edifício Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva destinado a receber crianças e adolescentes até aos 15 anos residentes na área de influência do hospital. Este serviço distingue-se pela habilitação em protagonizar avaliações, diagnósticos e terapia ao nível de perturbações do desenvolvimento físico e psicológico e patologias neurológicas, articulando com os vários serviços da comunidade. Para além do

Centro de Desenvolvimento o edifício integra ainda a psiquiatria de adultos e o centro de infertilidade medicamente assistida (CIRMA).

### **Missão e Objetivos**

A principal missão do Hospital Garcia de Orta visa prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra em articulação com outros hospitais e centros de saúde da comunidade. O HGO adota uma visão humanista dos serviços de saúde tendo como base uma cultura de prestação de serviço público que é orientada pelos seguintes valores: encarar o utente como centro do universo da prestação dos cuidados de saúde; manter os padrões de ética no exercício da atividade hospitalar; igualdade para todos no acesso e na prestação dos cuidados de saúde; promoção da saúde; promoção da qualidade; conservação do património e proteção do meio ambiente e por último, eficiência na utilização dos recursos existentes.

### **Serviço de Pediatria**

A Unidade Pediátrica destina-se a crianças e adolescentes até aos 18 anos e visa a prevenção e cura. O serviço é constituído pelo internamento (pediatria geral, pediatria cirúrgica, neonatologia e cuidados intensivos pediátricos); pedopsiquiatria, hospital de dia a tempo parcial; área de dia; urgência e consultas externas de pediatria geral; pediatria de adolescentes; cardiologia; cinesiterapia; cirurgia; gastroenterologia; hematologia; nefrologia; otorrinolaringologia; pneumologia; neonatologia; desenvolvimento e neuropediatria no centro de desenvolvimento da criança.

Fisicamente este serviço encontra-se distribuído por dois pisos distintos do HGO e ainda pelo pavilhão do CDC. Os principais objetivos do serviço de pediatria passam pela criação de uma unidade de saúde multidisciplinar que procura melhorar a comunicação entre as diferentes valências hospitalares assim como os centros de saúde e a humanização dos



cuidados prestados à criança e à sua família. As consultas externas são solicitadas através das unidades de saúde familiar por via eletrónica, pelo médico assistente ou através de referência interna.

**Caracterização da unidade de pedopsiquiatria.** A presente unidade onde foi realizado o estágio académico localiza-se na Rua Luís António Verney na Cova da Piedade e integra o serviço de pediatria do HGO articulada com a pediatria geral, a pediatria da adolescência, a neuropediatria, a pediatria do desenvolvimento, o núcleo hospitalar de apoio à criança e jovem em risco, o serviço de psiquiatria, o serviço de obstetrícia (consulta de diagnóstico pré-natal) e a consulta de primeira infância.

A Unidade de Pedopsiquiatria desempenha um trabalho próximo da comunidade que permite uma gestão e articulação mais eficaz com os restantes centros de saúde da zona, com a CPCJ, tribunais, escolas, jardins-de-infância e instituições outras de acolhimento. Os pedidos são realizados através da ficha de pedido de consulta que descreve o motivo de consulta e os dados mais relevantes acerca da criança ou adolescente e seu seio familiar. O Dr. Pedro Pires assume a chefia da unidade de pedopsiquiatria e a Dra. Paula Zaragoza a coordenação da área de psicologia da unidade.

**Objetivos da unidade de pedopsiquiatria.** A Unidade de Pedopsiquiatria visa criar uma articulação com os cuidados de saúde primários, com a pediatria geral e o centro de desenvolvimento, através de reuniões de triagem e da discussão de casos. Para além dos objetivos gerais a Unidade preocupa-se com a promoção de objetivos específicos como: formação contínua dos técnicos, através de reuniões clínicas semanais onde são realizadas apresentações de discussão de casos clínicos e temas teóricos, e ainda reuniões de supervisão; internato médico de pedopsiquiatria, psiquiatria, medicina geral e familiar, bem como a formação de estagiários de psicologia e outras áreas. A continuidade dos projetos que são

implementados é importante, como o HDTP e o grupo de adolescentes mostrando grande eficácia para a população intervencionada ao possibilitar uma resposta breve às problemáticas e necessidades terapêuticas das mesmas.

**Constituição e organização da equipa.** A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar dispondo de médicos especialistas em psiquiatria da infância e da adolescência. Esta conta com cinco pedopsiquiatras, cinco psicólogos clínicos, uma assistente social, uma enfermeira, uma educadora de infância, duas funcionárias administrativas e uma auxiliar assistente.

No estágio, a equipa acolheu quatro internos de pedopsiquiatria, três estagiários de observação de psicologia clínica, quatro estagiárias curriculares de psicologia clínica, duas estagiárias de psicomotricidade e uma estagiária de musicoterapia.

São atribuídas subequipas que representam as áreas do Seixal, a Cova da Piedade, a Amora e Corroios. Cada uma é constituída por um pedopsiquiatra, um psicólogo clínico e dois internos de pedopsiquiatria, todas elas supervisionadas pelo Dr. Pedro Pires.

**Atividades desenvolvidas.** Na unidade são realizadas diversas atividades como as psicoterapias individuais, as intervenções de grupo (área de dia para crianças no período da latência, psicomotricidade, musicoterapia, Ateliê Criativo, HDTP e grupo de adolescentes de verão), as avaliações psicológicas, exames médico-legais, as consultas de seguimento médico, que compreendem não só o indivíduo como a rede familiar do mesmo.

Para além dos tratamentos existe a componente de formação aos técnicos seja com as supervisões semanais com o coordenador da unidade ou as supervisões de acompanhamento psicoterapêutico com as psicólogas e as reuniões clínicas.

**Pedido e encaminhamento dos casos clínicos e HDTP.** O encaminhamento é feito através do preenchimento de uma ficha que apresenta o motivo da consulta e os dados mais

pertinentes relativos aos sintomas da criança ou adolescente, bem como aos antecedentes familiares e uma breve descrição do desenvolvimento da pessoa. Concentra a anamnese para que seja possível realizar uma triagem. Por vezes pode ser simplesmente motivado pelo intuito de realizar uma avaliação psicológica e noutros casos pode ser fulcral a aplicação do acompanhamento psicoterapêutico simultaneamente com acompanhamento médico em pedopsiquiatria ou somente em acompanhamento psicológico, com consultas familiares ou ainda terapias de grupo. A primeira consulta é feita geralmente pelo pedopsiquiatra que poderá encaminhar o caso para a psicóloga da subequipa a que pertence, no sentido da realização de uma avaliação psicológica ou para acompanhamento psicoterapêutico.

A referenciação para o Hospital de Dia passa pelos Serviços de Urgência e Internamento de Pedopsiquiatria; orientados a partir da consulta externa da Unidade de Pedopsiquiatria. Os Critérios de Inclusão para o projeto piloto do Hospital de Dia são ideação suicida, passagens ao ato como automutilações graves, perturbações do humor, da ansiedade, da personalidade, do comportamento e psicoses assim como graves perturbações do relacionamento interpessoal, isolamento e recusa escolar. São excluídos pacientes que apresentam perturbação antissocial da personalidade, deficiência mental e perturbação psicótica em fase aguda e toxicodependências. Para os dois grupos semifechados de Musicoterapia com frequência semanal e duração de quarenta e cinco minutos cada, existe 8 vagas. O programa tem uma duração entre os 3 e 12 meses.



### **Caracterização da População-Alvo**

A unidade de pedopsiquiatria tem como objetivo principal dar assistência a crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, elaborando avaliações que possibilitem integrar o indivíduo num tratamento de perturbações emocionais e comportamentais. Os utentes surgem de contextos socioeconómicas e culturais, por vezes muito díspares, facto que tem aumentado gradualmente ao longo dos anos. É de salientar que existe uma grande afluência de famílias deslocadas, de estatutos sociais desfavorecidos com elevada taxa de desemprego e precaridade económica e laboral, e que tudo isto promove a instabilidade vivida no seio familiar, por vezes fragmentado, moldando a vivência e desenvolvimento da criança e adolescente na saúde e perturbação mental.

Os pedidos de consulta mais frequentes são as alterações do comportamento e passagens ao ato, nomeadamente a hiperatividade e agressividade, da ansiedade, de fobias, de queixas somáticas e de queixas depressivas, entre outros. Os diagnósticos mais frequentes são o de Perturbações Relacionais, o de Perturbação Disruptiva do Comportamento, Défice de Atenção, Perturbações da Ansiedade e de Humor e as Perturbações de Aprendizagem. Nas Perturbações de Comportamento, a estrutura de comportamento maioritariamente presente é o funcionamento *borderline*. Comportamentos autolesivos e ideação suicida são outras situações frequentemente presentes. As principais intervenções terapêuticas realizadas na Unidade de Pedopsiquiatria consistem na consulta pedopsiquiátrica e psicológica de seguimento, na modalidade de intervenção familiar, na intervenção psicoterapêutica, e na terapêutica psicofarmacológica.

Nos últimos anos assistiu-se a um aumento da procura de consultas e assistência nesta unidade por perturbações emocionais graves, como patologias do agir que envolvem principalmente adolescentes entre os 13 e 18 anos.



## **Enquadramento Teórico**

Abaixo será realizada uma revisão de literatura, na qual se apoia a melhor compreensão das problemáticas envolvidas e o planeamento da intervenção musicoterapêutica individual e grupal em contexto pedopsiquiátrico. Serão debatidos os assuntos do desenvolvimento psicológico da criança e adolescente, as dinâmicas psicológicas implícitas nas patologias aqui descritas e ainda as bases metodológicas da musicoterapia que sustentaram a intervenção levada a cabo ao longo deste estágio.

### **Saúde Mental da Criança e do Adolescente**

A saúde corresponde a um equilíbrio psicossomático que remete a uma interdependência entre a saúde mental, social e física. A condição mental é determinada por fatores biológicos (genética e género), individuais (experiências pessoais), familiares, socioeconómicos e ambientais segundo a World Health Organization (2001). A WHO (2013) descreve a saúde mental pela capacidade que os indivíduos têm de utilizar os seus próprios recursos para fazer frente às divergências que surgem na vida, alcançando desta forma o bem-estar.

O desenvolvimento saudável da criança e do adolescente assenta numa construção positiva da identidade (WHO, 2013). As normas e os valores familiares representam um papel importante no crescimento da criança e é na adolescência que se espelham as competências relacionais anteriormente adquiridas com as figuras parentais. O desenvolvimento e maturação são marcados pela capacidade de gerir os conflitos e angústias que surgem. O indivíduo recorre a mecanismos de defesa, que por vezes levam à manifestação de distintos sintomas. É importante avaliar o contexto familiar, escolar e social em que a criança está inserida porque frequentemente os comportamentos patológicos surgem como resposta a situações conflituosas (Marcelli, 2005). As estruturas psíquicas ainda se

encontram em construção por isso, dependendo do grau de severidade da problemática psíquica, existe uma grande probabilidade evolutiva. Fala-se então de organizações, funcionamentos e diagnósticos de risco em vez de estruturas. O objetivo primário deve centrar-se na compreensão da criança que anseia por um desenvolvimento saudável e equilibrado (Gueniche, 2005). É necessário adaptar uma abordagem específica às necessidades psicológicas da mesma, assente na empatia (Gueniche, 2005).

O início da juventude é marcado por fortes transformações psicofisiológicas que caracterizam a puberdade e o fim da infância, sendo esta uma fase conturbada, vincada por tensões e oscilações (Marcelli & Braconnier, 1989). A identidade própria é construída com base no desenvolvimento do funcionamento do aparelho psíquico e requer um entendimento claro dos processos de separação-individuação (Gonçalves, 2011). O jovem assume então uma dicotomia entre a necessidade de diferenciação e a gestão da idealização da criança face às figuras parentais (Bléandonu, 1999). A necessidade de adaptação face à realidade conduz o adolescente a reforçar a identificação com os pares (Figueiredo et al., 1983).

Todas as decisões e mudanças que ocorrem influenciam a representação mental do adolescente (Chazaud, 1977; Cordeiro, 1987). Os autores Braconnier e Marcelli (2000) explicam que “se a infância é um período tranquilo e silencioso, liso como a superfície de um charco de águas calmas, a puberdade poderia ser comparada a uma pedra que é atirada a esse charco, provocando círculos de perturbações concêntricas.”

O desenvolvimento saudável do adolescente é caracterizado pela sua capacidade em gerir e processar os seus pensamentos e emoções para conseguir adquirir dinâmicas relacionais estáveis e aprender novas competências educativas que permitam uma participação plena na sociedade (WHO, 2013).



Em suma, as características específicas de cada indivíduo possibilitam a sua diferenciação e a construção da sua identidade pessoal (Ajuriaguerra, 1980). Matos (1996) explica que a construção da identidade psíquica é subjetiva e pessoal e surge a partir das identificações estabelecidas na relação afetiva com o outro. O utente passa por um processo de ressocialização, desenvolvendo-se assim como um todo; pessoa, indivíduo e cidadão. A saúde mental é conseguida quando são melhoradas as características fulcrais que promovem a qualidade de vida (Cardoso, 2002). Santos (2013) descreve a saúde mental como um estado em que o indivíduo é capaz de utilizar mecanismos de autorregulação para viver sem sofrimento interno e externo.

Para a promoção da saúde mental, a intervenção realizada distingue-se em quatro categorias. A prevenção primária cuida e promove o equilíbrio mental tentando assim evitar o aparecimento da doença mental. A prevenção secundária remete a uma intervenção terapêutica na fase inicial do desenvolvimento da patologia. A intervenção terciária reabilita e tenta reinserir o utente em sociedade após concluir o tratamento. A intervenção quaternária enquadra-se em casos em que o utente se encontra em estado terminal, doença crónica e profunda ou cuidados paliativos, onde o principal objetivo é promover o bem-estar e qualidade de vida (Houghton, B., Scove, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B., 2004)

### **Intervenção Psicoterapêutica na Criança e Adolescente**

A intervenção psicoterapêutica é realizada num espaço privilegiado de relação onde o terapeuta pode aceder à conflitualidade latente de partes do *Self* da criança e à expressão de vivências fantasmáticas inconscientes (Ferreira, 2002). Facilita-se a associação livre num clima seguro para diminuir as defesas e criar maior proximidade com o mundo interno da criança e do adolescente, através de uma atitude empática e contentora (Ferreira, 1997;

Ferreira, 2002; Gameiro, 1978; Kernberg, 2008; Pedinielli, 1999). Ferreira (2002) afirma a importância de reestabelecer novos vínculos no sentido de tornar real o que era pré-consciente ou inconsciente.

Salgueiro et al. (1994) explicam a importância de interpretar as dinâmicas relacionais da criança/adolescente e a forma como esta as vivencia internamente, tomando especial atenção ao papel dos familiares e ao grupo dos pares. O trabalho com a criança e a família deverá ser realizado no seio de uma equipa multidisciplinar (Gueniche, 2005; Salgueiro et al., 1994). O comportamento parental representa um dado vital na compreensão da dinâmica e do contexto familiar (Malpique, 1999).

Através dos processos de transferência e contratransferência, a criança ou adolescente deverá ser capaz de ver o reflexo do seu próprio psiquismo e de reconhecer um olhar que reflete uma parte do *Self* do próprio terapeuta. Este processo assemelha-se ao olhar da mãe para o bebé, quando traduz o incompreensível em tolerável e o tolerável em prazeroso – função *alfa* (Ferreira, 2002).

A criança ou adolescente que se encontra em sofrimento psíquico, necessita de ajuda para reorganizar e reconstruir a sua identidade ao estabelecer uma clara diferenciação entre o interior-exterior, bom-mau e *Eu-não-Eu* (Ferreira, 2002). É necessária a construção de uma organização defensiva assente no esclarecimento e na ligação da relação transferencial. As resistências na relação de transferência e as defesas devem ser interpretadas. O terapeuta deve estar atento às emoções e reações que experiencia, e que servem de conhecimento sobre a natureza e qualidade da relação psicoterapêutica (Ferreira, 2002).

A psicoterapia consiste no encontro do terapeuta com a criança real e autêntica assente na aliança terapêutica e na conjugação do que é observável para a reconstrução reorganização do *Self* da criança (Ferreira, 2002).

## **A Abordagem Psicodinâmica**

A perspectiva psicodinâmica abarca a teoria das pulsões, teoria das relações objetais, psicologia do ego, teoria do apego e a psicologia do *Self*. Os casos pedopsiquiátricos surgem quando há um conflito precoce com a relação objetal, revelando falhas narcísicas, pouca coesão intrapsíquica, idealização, superegos assentes numa linha destrutiva, angústias de separação, fragmentação, pulsão de morte e mecanismos de defesa irrefletidos descritos abaixo (Grotstein, 1999). Estes utentes estão geralmente inseridos num seio familiar conflituoso, onde as relações interpessoais assentam maioritariamente na ação dos impulsos primários.

O processo psicoterapêutico passa pela aceitação de experiências reprimidas e transformação da matéria inconsciente do indivíduo para possibilitar um novo *Self*. O reforço positivo leva ao redireccionamento dos mecanismos de defesa do paciente, encontrando assim uma reorganização e um projeto de vida possível de desenvolver, de forma organizada (Grotstein, 1999).

**A Capacidade de Rêverie.** Bion descreve a relação mãe-bebé como continente-conteúdo, onde o bebé projeta no bom seio, o continente, os conteúdos relacionados com as suas emoções e com aquilo lhe provoca angústia, procurando a mãe para transformar o intolerável em suportável (Golse, 2005). A capacidade de rêverie caracteriza-se pela capacidade que a mãe tem em transformar as projeções destrutivas do bebé, através da sua própria organização psíquica e processos de mentalização, abraçando assim todas as impressões sensoriais, imagens de sonho, pensamentos, fantasias e lembranças (Gueniche, 2005). A mãe assume o papel continente quando recebe de forma intuitiva as projeções do bebé e as traduz em sentimentos de prazer, sensações agradáveis e toleráveis. A partir da relação afetiva construída entre mãe e bebé, este último interioriza uma mãe-continente, que

transforma as projeções, e surge um bebé conteúdo, que integra as emoções projetadas pela mãe (Bizot, 2005).

### **O Normal e o Patológico na Infância e Adolescência**

Segundo Cordeiro (1988), a distinção entre normalidade e patologia transcreve-se na forma como o jovem abraça os seus processos evolutivos. Quando surge uma resistência perante a esta evolução, poderá desencadear um sofrimento patológico, sendo necessário prestar apoio e mostrar compreensão (Matos, 2002).

O autor Marcelli (2005) explica que algumas crianças crescem sem apresentar qualquer sintoma e que esta ausência remete para um padrão comportamental aparentemente normativo levando a uma organização em falso *Self*. Numa vertente dinâmica, é necessário avaliar o sintoma enquanto manifestação da angústia face ao conflito vivido para compreender o processo maturativo da criança. Face às dificuldades vividas ao longo do seu crescimento, geridas sem conflito aparente, estas crianças são descritas como sossegadas, gentis e ponderadas (Marcelli, 2005). O seu comportamento pode mostrar-se patologicamente normal e normalmente patológico. Ao patologicamente normal atribuem-se estados de hipermaturidade quando os pais estão separados ou apresentam um núcleo psicótico. Ao normalmente patológico pertencem as fobias da primeira infância e os comportamentos disruptivos da adolescência (Marcelli, 2005).

A adolescência é marcada por transformações psicofisiológicas, sendo necessário reajustar a relação com o novo *Self* fisicamente transformado, confrontando-se assim com a dialética corpo amado/ detestado (Cordeiro, 1987; Marcelli & Braconnier, 1989; Figueiredo et al., 1983). Neste sentido, o corpo representa um meio de expressão simbólica dos seus conflitos e das suas competências interrelacionais podendo revelar um caráter expressivo psicopatológico face a sentimentos de inferioridade (valorizado/ignorado) (Marcelli e

Braconnier 1989). Matos (2002) entende que desenvolvimento sexual deve ser aceite com entusiasmo e motivação, por isso a tristeza sentida pela perda das formas e funções do corpo infantil, pode ser descrita como patológica, sendo esse um mecanismo defensivo face à ameaça sentida. Nas raparigas surge a idealização da magreza que pode levar a regimes alimentares restritos e nos rapazes surgem comportamentos de risco que incluem abuso de substâncias, álcool e delinquência (Braconnier & Marcelli, 2000).

De acordo com Braconnier e Marcelli (2000), as pulsões sexuais infantis terminam e ocorre a mudança das relações do objeto interno e externo (Alexandre, 2007). Assiste-se à ampliação do amor e do investimento libidinal em si e em objetos externos ao seio familiar, movimento que constitui a normalidade narcísica e mostra-se evolutivo para o jovem (Braconnier & Marcelli, 2000).

O jovem enfrenta-se com a representação de um período de luto causado pela perda dos objetos infantis, o objeto primário e o objeto edípiano num sentido mais psicanalítico. Esta rutura cria frequentes reações nostálgicas manifestadas no desinteresse pelo presente e futuro e na dialética entre a regressão e a necessidade de separação das figuras parentais (Cordeiro, 1988). Trata-se de uma fase transitória em que o amor pelas figuras parentais é parcialmente direcionado para si próprio, permitindo ao *Self* conservar uma consistência narcísica indispensável para manter a autoestima (Marcelli & Braconnier, 1989).

Face aos conflitos vividos surgem alguns mecanismos de defesa, como o *deslocamento libidinal* que consiste em transferir a libido objetal associada aos objetos parentais para outros adultos, cuja posição pessoal e sociocultural seja oposta aos pais, surgindo desta forma ideais perfeitos (Cordeiro, 1988). Surgem também a *inversão dos afetos* que consiste na dualidade entre o *amor/ódio*, *dependência/revolta*, *respeito/desrespeito*, ainda que estes processos não ajudem a apaziguar a ansiedade e a culpabilidade do adolescente

(Cordeiro, 1899). A *regressão* tenta devolver ao *Self* alguma tranquilidade, afastando assim os conflitos pré-edipianos e edipianos da sua energia libidinal. Marcelli e Braconnier (1989) descreveram ainda outros mecanismos de defesa como a *intelectualização* e o *ascetismo*, a *clivagem* e a *atuação*. A *intelectualização* trata-se de um mecanismo defensivo do *Ego* para melhorar a gestão das pulsões pensadas. A *clivagem* está associada a mecanismos como a *identificação projetiva* e a *projeção persecutória*. O sofrimento psíquico e os conflitos interiorizados do adolescente podem também ser traduzidos pela *atuação*, ajuda assim a diminuir as condições referidas, mas pode ser impeditiva para o desenvolvimento da maturação progressiva (Marcelli & Braconnier, 1989).

O narcisismo patológico remete então para a procura de objetos que representem o *Self* infantil manifestando-se por vezes num *Ego* ostensivo, primitivo, grandioso e patológico (Marcelli & Braconnier, 1989).

Em suma, a adolescência é caracterizada por fortes transformações psicofisiológicas que podem remeter a uma desarmonia evolutiva (Cordeiro, 1987). Ainda assim, é importante ter em consideração o processo de reorganização em que o adolescente se encontra, a forma como comunica com o exterior e experiencia a realidade e a sua identidade individual (Matos, 2002), avaliando sempre a qualidade do sintoma ou comportamento adaptativo (coerente/incoerente) face a essas transformações, contradições e conflitos (Marcelli & Braconnier, 2000).

### **Perturbações na Criança e no Adolescente**

Tendo em conta a especificidade da população infantojuvenil e dos casos intervencionados ao longo do estágio, são definidas as perturbações do neurodesenvolvimento que surgem no início de vida da criança, numa idade precoce e podem dificultar a aquisição de dinâmicas relacionais, escolares, ocupacionais (APA, 2014) e a

integração dos processos de autorregulação e autonomização (Matos, 2009). As perturbações gerais são caracterizadas pelo défice cognitivo global da criança, constituído pela perturbação do desenvolvimento intelectual e as perturbações do autismo. As perturbações específicas do desenvolvimento estão relacionadas com as perturbações específicas da linguagem, a perturbação cognitiva não-verbal, as perturbações específicas da aprendizagem, a perturbação do desenvolvimento da coordenação motora, a perturbação de hiperatividade/défice de atenção, a perturbação da oposição e a perturbação de conduta (APA, 2014). É importante realçar que a relação mãe-bebé revela-se vital para a prevenção de perturbações do neurodesenvolvimento desde o primeiro ano de vida até à adolescência (Matos, 2009, Luby, et al., 2016, Rao, et al., 2010, Meaney, 2016).

**Mutismo seletivo.** O mutismo seletivo é transcrito pela dificuldade em aceder à expressão verbal em contextos sociais, como por exemplo na escola, e está relacionado com perturbações da ansiedade. A criança desenvolve um bloqueio, geralmente entre o 4 e os 5 anos, quando se confronta com situações estranhas ou com outras pessoas fora do contexto familiar (Ford, Sladeczek, Carlson & Kratochwill, 1998 citado por Keeton, 2013). Este comportamento tem lugar na pré-escolaridade e provoca resistência no comportamento adaptativo (Keeton, 2013). Considera-se o diagnóstico de mutismo seletivo quando a criança apresenta este comportamento por mais de um mês, por vezes relacionado também com dificuldades na aculturação (exceto o primeiro mês de escolar) (Keeton, 2013). Em substituição à linguagem verbal, a criança procura outras estratégias comunicacionais através de gestos ou expressões monossilábicas. Este fenómeno acontece quando há uma baixa-autoestima ou indícios de um funcionamento mais compulsivo que provoca medo de ser julgado em público, negativismo e isolamento social (Dow, Sonies, Scheib, Moss & Leonard, 1995 citado por Krynski, 2003).

Esta dificuldade comunicativa impede que a criança construa novas relações interpessoais bem como o seu envolvimento nas atividades que constituem o seu dia-a-dia, atrasando o desenvolvimento linguístico (Giddan et al., 1997 citado por Krynski, 2003). O facto de o mutismo seletivo demorar a ser reconhecido pelos pais, cria incompreensão por parte dos professores e auxiliares, adiando assim a referenciação para a realização de uma intervenção clínica (Schwartz, Freedy & Sheridan, 2006 citado por Viana, Beidel & Raiban, 2009).

### **Musicoterapia**

A musicoterapia surgiu após a Segunda Guerra Mundial para o tratamento de perturbações mentais em veteranos que sofriam de stress pós-traumático provocado pela guerra. Para conseguir dar resposta e promover o bem-estar destes utentes, músicos profissionais começaram a dar a sua contribuição e foi criada a intervenção musicoterapêutica (Barksdale, 2013). Em 1950 a musicoterapia foi reconhecida como profissão possibilitando a sua investigação e aplicação em diferentes populações alvo (Barksdale, 2003; Wheeler, 2015).

A musicoterapia permite refletir, evocar, espelhar, projetar e conter os afetos interiorizados de forma desorganizada que se manifestam em comportamentos agidos. Promove a capacidade de *insight* quando realizada num espaço de partilha apropriado e estruturado possibilitando a aquisição de novas competências para o controlo e gestão dos impulsos (Heal, Wigram, 1993).

A aplicação musicoterapêutica deu origem a distintos métodos centrais (Bruscia, 2007; Ruud, 1990). Para Bruscia (1998), a musicoterapia é “*um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde, usando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através deles como forças dinâmicas de*



*mudança*" (Bruscia, 1998, p.20). Para Priestley (1994) a música é capaz de gerir e regular a ambivalência afetiva e a clivagem em dinâmicas emocionais efémeras e instáveis.

### **Técnicas e Métodos em Musicoterapia**

A musicoterapia permite ao paciente entender novas formas de restabelecer relações interpessoais saudáveis através da aproximação entre o objeto concreto e o simbólico (não-verbal/verbal), intercalando as atividades musicais com breves conversas onde o terapeuta guia o processo de transição ao devolver de forma interpretativa a experiência partilhada (Gfeller, 2005). A relação terapêutica remete para padrões relacionais primários, abre portas para a recriação de experiências recalcadas e nutre a transformação das mesmas com finalidade de dinamizar as relações afetivas num sentido mais favorável e estável (Bion, 1992). A musicoterapia tem pouco presente os mecanismos de defesa anteriormente descritos, visto ser uma forma de linguagem não-referencial (Priestley, 1994; Metzner, 2010).

Para a compreensão dos dois estudos de caso apresentados e da respetiva metodologia aplicada é pertinente aprofundar a musicoterapia improvisada, a musicoterapia analítica e o conceito do ISO.

**A musicoterapia improvisada.** A Juliette Alvin (1975) desenvolveu um modelo assente na musicoterapia improvisada como veículo para a transformação terapêutica. O utente e o terapeuta improvisam sem regras musicais, sendo a improvisação a principal ferramenta para a transformação dos conflitos internos do indivíduo.

A estrutura das sessões consiste na escuta e criação musical onde todas as características sonoro-musicais são aceites. O utente é livre de escolher e definir a pulsação, o padrão rítmico, a escala, a tonalidade, o tema melódico e a estrutura harmónica. O instrumento musical do terapeuta, objeto seguro e contentor, torna-se o mediador primário para a interação e relação terapêutica, permitindo a expressão dos sentimentos negativos

projetados pelo utente. Após esta fase, a aliança terapêutica musical entre estes dois elementos é fortalecida e mais tarde transcrita também para o terapeuta, possibilitando a criação musical em conjunto. Neste processo é utilizada a improvisação empática (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002). Existem três fases: relacionar o *Self* com os objetos (instrumento musical), relacionar o *Self* com o terapeuta e por fim, relacionar o *Self* com os outros (interpessoal) (Alvin, 1975).

**A musicoterapia analítica.** Fundada por Mary Priestley, procura compreender o valor simbólico existente nos processos de transferência e contratransferência entre o utente e o terapeuta, transcritos na música improvisada (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002). O processo musicoterapêutico em contexto psiquiátrico abarca a transformação e reorganização psíquica interna do utente, dando oportunidade de integrar psiquicamente as emoções contidas, de exteriorizar e expressar de forma mentalizada as projeções realizadas. Os impulsos e as ações passam a ganhar intencionalidade e significação (Bion, 1992; Priestley, 1994; Metzner, 2010). Quando os utentes têm maior capacidade de verbalização, a sessão começa com uma breve exploração e discussão sobre um assunto que tenha significância para o utente, centrado no aqui-e-agora. Os papéis representados na música improvisada pelo utente e terapeuta são definidos com base no tópico escolhido. Através de uma postura empática, de suporte e contenção, o terapeuta cria um discurso fluido por associação livre, mantendo um foco global na relação musical interpessoal que está a decorrer com o utente. Existem quatro fases distintas neste modelo, sendo que a primeira define-se pela identificação verbal do problema a ser trabalhado, em seguida definem-se os papéis (role play), é feita uma improvisação musical e por fim é discutida a experiência vivida ao longo da sessão. Quando a aliança terapêutica é coesa, a expressão musical pode seguir um rumo distinto ao que foi

estipulado inicialmente, ganhando novos contornos rítmicos, harmónicos e melódicos (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002).

Os adolescentes têm como principal dificuldade manter o seu envolvimento na relação terapêutica. Podem surgir movimentos confrontativos expressos na improvisação musical que devem ser discutidos verbalmente no fim da sessão para serem internalizados de forma organizada e consciente (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002). O foco principal da musicoterapia analítica assenta numa abordagem em que a transformação intrapsíquica do utente é orientada pelo terapeuta, sendo que este processo apenas acontece através dos próprios recursos internos do utente. Por outras palavras, este modelo permite ao individuo aprofundar o seu *insight* e transformar problemas psicológicos complexos (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002).

**O conceito do ISO.** Criado por Roland Benenzon (1998) “*é um conceito dinâmico que exprime a noção da existência de um som, ou conjunto de sons, ou de fenómenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano*”. A genética e o mundo intrauterino têm uma participação intrínseca na construção do ISO de cada indivíduo que depois é moldado desde o parto às experiências recolhidas ao longo da sua vida (Benazon, 2000). O ISO está dividido em quatro estruturas genéticas que são: o ISO Universal, o ISO Gestáltico, o ISO Cultural e o ISO Grupal. O ISO Universal atua no inconsciente e faz parte do ISO Gestáltico influenciado pelo meio em que o utente se encontra. Falamos então de Arquétipos Sonoros, como pensava o Jung (2009), representando uma transformação evolutiva constante e permanente. Um exemplo concreto é a escala pentatónica constituída por cinco notas, que está presente em todas as estruturas melódicas das canções infantis de todas as etnias e países do mundo. Esta escala representa o ISO cultural de cada indivíduo.

Os objetos corpóreo-sonoro-musicais são o principal veículo comunicativo. O *setting* terapêutico deve ser um lugar seguro e contendor. A técnica mais utilizada é a improvisação musical com a presença de instrumentos, voz ou qualquer outro elemento que seja familiar e de fácil acesso ao ISO do utente (Benenzon, 1998). O instrumento corporal é o instrumento mais completo pelas suas características de membranofone, idiofone, aerofone e cordofone. É o primeiro instrumento utilizado para a vinculação entre a mãe e o feto/recém-nascido (Benenzon, 1998).

**O conceito músico-criança.** Nordoff e Robbins (1991) criam o conceito músico-criança, assente na expressão do *Self* da criança desde o seu mundo interno, recorrendo à sua capacidade musical/musicalidade inerente, a fim de possibilitar a exteriorização emocional, a sua identidade pessoal e autoafirmação. Neste contexto, a musicoterapia facilita o desenvolvimento da criança, independentemente das limitações impostas pela deficiência, permitindo assim o acesso ao princípio músico-criança. A disponibilidade emocional permite superar as características do funcionamento da mesma, desenvolver a cognição, a recetividade e a expressão (Robbins & Robbins, 1991).

Wheeler descreve três níveis de intervenção terapêutica, sendo que a possibilidade evolutiva encontra-se predominantemente na fase da adolescência (cit. em Houghton et al, 2005).

A primeira tem como principal objetivo a reestruturação do comportamento através do desenvolvimento da organização interna e externa do utente (adquirir competências pessoais e sentimento de pertença). É adotada uma postura diretiva por parte do terapeuta. Utiliza-se jogos rítmicos (espelho, solos, role play), escrita de canções e canto grupal (introdução de técnicas como *grounding* para a regulação da ansiedade) (cit. em Houghton et al, 2005).

A segunda assenta na discussão e exploração de sentimentos e comportamentos através de experiências musicais (escuta de canções), desenvolvendo assim o *insight*. O acesso ao simbólico é feito através da palavra, que tem maior predominância relativamente à modalidade anterior, tendo como principal foco o material que surge no momento (improvisação). Na reflexão e discussão de conflitos é possível mediar e apresentar novas formas de relação interpessoal geridas de forma mais adequada e saudável (cit. em Houghton et al, 2005).

A terceira abordagem é a musicoterapia de *insight* e assenta em objetivos reconstrutivos onde a música reaviva memórias e fantasias ameaçadoras ao equilíbrio emocional do utente que estão na origem de conflitos geradores da angústia, muitas vezes recalcados. São utilizadas técnicas baseadas numa linha psicanalítica tais como a improvisação analítica explorada por Mary Priestley, técnicas do método de GIM e técnicas integrativas constituídas pelas características criativas de cada terapeuta (cit. em Houghton et al, 2005).

O autor, Bruscia (1987) expõe quatro fases de exploração sonora. Dentro das quatro fases, o paciente aprende a expressar com intencionalidade os seus sentimentos e acontecimentos de vida através da expressão sonora. Na fase de construção da aliança terapêutica destacam-se alguns padrões mais narcísicos, sustentados no apoio musical que o terapeuta cede. Quando existe um desenvolvimento interno coeso, esta postura autocentrada é transformada na partilha com o outro transcrevendo-se num interesse em criar música com o par. As relações musicais tornam-se mais equilibradas e saudáveis, há uma comunicação mais sustentada e fluida onde são resolvidos os conflitos centrais que surgem ao longo do processo (Bruscia, 1987). A relação é construída com base na confiança e empatia que se proporciona num espaço contendor, fomentando desta forma o desenvolvimento de uma identidade única e

coesa (Ruud, 1998). O utente desenvolve uma relação pessoal para a vida procedendo assim à sua autonomização na tentativa de preservar o seu ISO (identidade-sonoro-musical) dentro do grupo (Bruscia, 1987).

Pavlicevic (2000) explica que a improvisação musical ganha um carácter terapêutico quando o utente e o terapeuta têm ambos disponibilidade emocional para confiar e partilhar de forma autêntica este espaço musical na relação, como uma forma de comunicação, acedendo assim à significação do *Self*. A transformação interna ocorre através da criatividade que é explorada e transcrita em som com brincadeiras, reformulando então as relações objetais. A criação deste espaço surge entre a mãe e o bebé (ou paciente e terapeuta) (Winnicott, 1975).

Daniel Stern (1992) define a comunicação afetiva como um espaço dinâmico e exploratório dos afetos da vitalidade, onde surge o vínculo entre dois indivíduos através da reciprocidade criativa e intersubjetiva que se encontram e interligam numa comunicação musical. Jogos em espelho mobilizam a descarga de emoções no *aqui-e-agora* em sintonia afetiva com o outro. É na multiplicidade destes momentos que ocorrem em tempo real que se encontra o principal veículo para a transformação terapêutica. As dimensões presentes na relação são o movimento, a força, o espaço, a intenção e o tempo, que é criado (silêncios e sincronia musical). Experimenta-se assim a vitalidade intersubjetiva descrita em pulsação partilhada (Ansdell et al., 2010). A sintonia afetiva consiste não só no processo da relação mas também na direção/moção em que os afetos da vitalidade são guiados.

Trevarthen e Malloch (2000) entendem a musicoterapia como uma oportunidade para reconstruir e reorganizar o *Self*. O processo é concretizado desde o concreto ao simbólico, ou seja, desde o inconsciente ao intencional. Por outras palavras, a sincronia intrapsíquica transforma o material inconsciente num valor simbólico organizado presente nas pausas, no

diálogo melódico e rítmico entre o terapeuta e o paciente (Baker, 1993). Winnicott (1975) refere este espaço como transicional onde o indivíduo ganha autonomia em produzir som desde a sua identidade, desapegando-se dos exemplos dados pelo terapeuta em forma de espelho ou eco.

**A voz em musicoterapia.** Uma das ferramentas mais utilizadas ao longo do estágio foi a voz cantada e como tal é pertinente explicar em que situações se pode aplicar o canto, que serve de sustento para enraizar, conter e regular. A voz cantada possibilita a regulação, organização e contenção em utentes com uma comunicação sonoro-musical cujas suas características se apresentam de forma oscilante. A tónica (I) e a dominante (V) são acordes estáveis, que quando repetidos numa pulsação constante, permitem ao utente ganhar autonomia, autorregulação, e espaço para criar a sua identidade sonoro-musical num espaço exploratório. O compasso pode ser alterável e deve acompanhar o discurso do indivíduo, mas é importante propor uma pulsação constante para que aos poucos se dê a transformação do *Self* do utente. O enraizamento tonal emparelhado com o enraizamento rítmico e adaptado às necessidades do paciente em tempo real apresenta-se em intervalos fáceis de serem sentidos ou identificados tais como a 5ªP e 8ª no baixo. Este apoio possibilita a afinação do utente e promove a sua relação com os pares, encaixando gradualmente na harmonia, melodia e ritmo vivido durante a terapia. O terapeuta deve espelhar e devolver com confiança a produção musical forte e aleatória do utente de forma a providenciar alguma contenção (Wigram, 2004).

Outra técnica vocal utilizada é o *holding*, desenvolvido pela Diane Austin (2008), onde o terapeuta canta, por vezes em *humming* ou em espelho, ao mesmo tempo que toca dois acordes, permitindo assim a improvisação vocal do utente. Para construção de canções, no

processo de musicar o texto, é uma técnica que ajuda a amparar e estimular a autoestima do indivíduo (Austin, 2008).

No início da relação terapêutica é frequente utilizar o diálogo musical diretivo em forma de jogo. Isto significa que o discurso é feito por turnos, por vezes em também em espelho, e é nas pausas que o paciente ganha competências interrelacionais ao entender a noção espaciotemporal de si e do outro. O diálogo livre é menos dirigido e mais espontâneo, por vezes sem pausas e até pode ser sobreposto ao terapeuta (jogos de ritmo) (Wigram, 2004).

O *toning* vocal utiliza as vogais para apaziguar e reestruturar o equilíbrio intrapsíquico e físico do paciente ao aliviar a ansiedade, permitindo desta forma a expressão emocional livre. (Austin, 2008).

O *chanting* é representado por melodias simples e evoca os sentimentos vividos na aliança terapêutica ou pelo paciente. Se o terapeuta adotar uma postura empática, é possível cantar, dar palavra e significação aos sentimentos do paciente, que por vezes este não consegue expressar. A repetição desta melodia, cantada com ou sem letra, quando em sincronia com os processos não-verbais que acontecem na transferência e contratransferência, permitem o reforço da aliança terapêutica e ajudam o paciente a aceder ao simbólico (Rio, 2013)

### **Musicoterapia na Pedopsiquiatria**

A intervenção musicoterapêutica em contexto pedopsiquiátrico é desenvolvida de acordo com as necessidades terapêuticas de cada utente. É uma psicoterapia que ajuda a desenvolver a autoestima, o bem-estar e a reelaboração psíquica quando realizada num meio contentor onde os limites pessoais são reestruturados (Bunt, Hoskyns, 2002). Os principais



locais de intervenção são as unidades de internamento hospitalar, associações de intervenção comunitária, hospitais de dia e hospitais prisionais (Houghton et al, 2005).

A improvisação musical terapêutica e a construção de canções realizadas no *setting* promovem a reestruturação psíquica do utente, pelos elementos que a constituem, possibilitando assim a antecipação e a ordenação. A construção do objeto transicional possibilita um sentimento de pertença e inclusão com o outro, ao dinamizar a partilha de reciprocidade, diferenciação, espelhamento, e mutualidade, bem como a capacidade de dar significação ao *Self* (símbolo de transformação interna, materialização de um objeto concluído). (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002).

Na adolescência de risco, a principal dificuldade observada está na construção da identidade que se manifesta em perturbações derivadas da instabilidade afetiva, da inconsistência identitária, do isolamento, da falha narcísica e de sintomas mais depressivos (retirada, apatia ou submissão) traduzidos em comportamentos agressivos, idealização do *Self* e resistência à verbalização de experiências afetivas (Flower, 1993; Frisch, 1990).

O principal elemento presente nas improvisações é o ritmo, mais que a melodia e a harmonia, pelas suas características organizadoras na reestruturação do *Self* (Skewes (2001). As questões paradoxais e a natureza caótica da adolescência são refletidas diretamente nas improvisações, transcritas por vezes na ausência de uma pulsação constante ou na dificuldade em partilhar essa mesma pulsação com o terapeuta (Skewes, 2001). Malekoff (1997) descreve que nas sessões é normal a presença de ruído e de um movimento físico constante como forma de interação natural não estruturada da adolescência. Estas situações não determinam a falta de limites ou psicose do paciente e devem ser aceites pelo terapeuta. Skewes (2001) entende que a musicoterapia permite ao adolescente desenvolver a sua identidade e capacidade de mentalização ao facilitar a expressão verbal e emocional sem recorrer

necessariamente à palavra. Numa fase inicial, o terapeuta deve adotar uma postura mais diretiva e contentora. Na segunda fase, a autonomia deve ser confiada gradualmente ao grupo, sendo que as relações interpessoais entre os elementos se fortalecem.

Bion (1992) explica que os elementos *beta* expressos em medo e pensamentos desorganizados projetados na improvisação musical, podem ser redirecionados e transformados em elementos *alfa* num ambiente contentor, pelo terapeuta e pelo grupo. Estes elementos são integrados pelo adolescente e as problemáticas respetivas à vinculação são transformadas. O adolescente deve realizar atividades musicais em possa experienciar o livre arbítrio e a noção de controlo para a construção de um *ego* saudável (Frisch, 1990; Flower, 1993).

É importante a diretividade por parte do musicoterapeuta na fase de construção da aliança terapêutica. A aceitação empática e a contenção devem estar presentes quando são testados limites face ao terapeuta e aos membros do grupo, podendo assim entender os papéis que cada um desempenha (Malekof, 1997). O terapeuta deve ser capaz de facilitar situações de caos e sentimentos menos toleráveis, em experiências suportáveis e prazerosas para promover a organização do *Self* de cada indivíduo e do grupo, expressa numa identidade sonoro-musical coesa (Malekof, 1997).

### **Intervenção Grupal**

**Grupo psicoterapêutico.** Os grupos terapêuticos apresentam-se em três dinâmicas distintas. A primeira dinâmica consiste na intrapsíquica onde são manifestados os mecanismos de defesa e as características intrapsíquicas identitárias de cada indivíduo. A segunda é a interpessoal que abrange a forma como o utente socializa, quais os papéis adotados e os respetivos mecanismos de identificação projetiva. A última trata-se da dimensão grupal que abarca as hierarquias sociais, os valores morais, as normas e as

restrições sendo esta dinâmica fulcral na contenção e no desenvolvimento organizacional mental interno de cada elemento (Rutan, Stone, 2001).

O grupo serve as necessidades terapêuticas de cada indivíduo pelas suas quatro principais características: em primeiro desempenha uma função de suporte ao acolher o outro e integrá-lo num sentimento de pertença; em segundo ocorre a autodescoberta e o insight é aprofundado; em terceiro é a aprendizagem onde se acrescenta novo conhecimento e por último o desenvolvimento psicológico refletido na capacidade de mentalização (MacKenzie, 1994).

Existem três papéis presentes nas dinâmicas de grupo segundo os autores Benne e Sheats (1948). O primeiro papel, o funcional, foca-se na execução das tarefas (o que propõe as ideias, gere os procedimentos, informa e coordena as sugestões de forma organizada e sistemática); o segundo papel é refletido na gestão das relações interpessoais e dos conflitos que possam surgir (harmonização em prol da coesão do grupo, aquele que protege, usa o reforço positivo e certifica-se que cada membro tem espaço para se pronunciar) e por último; o que procura responder às suas necessidades pessoais fora do conjunto (individualização e dificuldade em acolher o próximo ao monopolizar a atenção sobre si mesmo quando testa os limites) (Benne, Sheats, 1948).

Bennis e Schepard (1956) identificaram duas fases do processo terapêutico grupal (dependência e interdependência). A primeira fase está relacionada com a dependência/contradependência face às figuras de autoridade onde à partida o indivíduo apresenta-se numa postura mais contraditória e hostil. Ainda dentro desta fase é visível a resolução e a tentativa de mostrar ao grupo que o líder pode ser tido em conta, não numa posição hierárquica superior, mas sim ao nível de qualquer outro elemento do grupo, lutando assim para a harmonização e a concretização de um objetivo comum do grupo.

A segunda fase, a interdependência, está relacionada com o fascínio, espontaneidade, harmonia e prazer. Ao longo do processo terapêutico existe uma rotura e o grupo é dividido em dois. No decorrer da construção das relações, são reconhecidos os papéis que cada elemento carrega dentro do grupo ganhando uma identificação pessoal entre eles, formam-se vínculos. Contudo, é possível observar determinadas dinâmicas mais patológicas marcadas pela rebelião (reatividade e individuação), a submissão e o recuo (Bennis, Shepard, 1956). Aqueles que se inserem num quadro de maior dependência procurarão um líder que os guie, projetando assim características e mecanismos de defesa interrelacionais primários nascidos no seio familiar (Rutan, Stone, 2001).

A coesão de grupo é conseguida na fase madura em que existe uma continuidade do trabalho desenvolvido, sessão após sessão. As interações e a partilha de conteúdos simbólicos surgem de forma espontânea, inclusive temas conflituais que são contidos e abraçados pelo grupo. Existe um movimento feito da individualização para o coletivo, onde cada elemento consciencializa que a sua forma de estar influencia diretamente o outro. O utente ganha a noção de si e do outro, agindo de forma mais autónoma e organizada. Quando ambas as partes, grupo e terapeuta entendem que o processo terapêutico foi devidamente desenvolvido e as necessidades terapêuticas foram conseguidas, é necessário preparar a separação ao recapitular todas as transformações e conquistas realizadas, que agora de forma autónoma, podem ser levadas com o paciente para o seu dia-a-dia fora do contexto terapêutico (Rutan e Stone, 2001).

**Grupos musicoterapêuticos.** A musicoterapia grupal permite a aquisição de novas dinâmicas interpessoais onde o utente integra o espaço que pode ocupar e o que deve ceder ao outro para que possa ser criada uma coesão sonora. Durante este processo de aquisição de novas competências sociais, o paciente ganha autoestima para expressar o seu mundo interno

abstrato de forma organizada. Todas as fases descritas anteriormente acerca da psicoterapia grupal, também se refletem num grupo musicoterapêutico e nas suas características musicais específicas, como o ritmo, a melodia e a harmonia (Plach, 1996; Bruscia, 1987; Bunt & Hoskyns, 2002; Gardstrom, 2007 e Yalom, 1995). As estruturas rítmicas repetidas e a pulsação coletiva são elementos contentores que levam à coesão grupal (Pavlicevic, 2000; Skewes, 2001; Baker, 1993; Andsell, 2010).

A improvisação musical é o reflexo da identidade sonora do *Self* de cada um, expressa em papéis e tonalidades distintas. Este espaço de criação é negociado em conjunto para atingir a identidade-sonora grupal (Borczone, 1997). Os membros do grupo desenvolvem a capacidade de aceitar as diferenças sonoras de cada um, sobrepondo a experiência musical espontânea, afetiva e coletiva aos conflitos individuais. O terapeuta tem como função guiar a improvisação musical de forma a possibilitar a construção de uma identidade sonora grupal de significação coletiva (Wigram, 2002).

Skewes (2001) descreve algumas características a ter em conta na análise e interpretação terapêutica quando a improvisação musical está a ser desenvolvida, nomeadamente nas mudanças tímbricas, melódicas, alterações na pulsação, nas dinâmicas (piano ou forte), o registo e a tessitura utilizada (grave ou agudo). Estas pequenas alterações destacam elementos fulcrais que refletem os padrões dinâmicos intra e interpessoais do paciente das suas relações interpessoais. O foco encontra-se no seio da estrutura e coesão sonora grupal, não na beleza/técnica musical (Skewes, 2001).



### **Objetivos do Estágio**

A realização do estágio, que foi pioneiro nesta Unidade, consistiu na realização de funções relacionadas com a organização de eventos sociais, como o Open Day, a participação em reuniões clínicas, de supervisão, observação de consultas de psicologia e pedopsiquiatria, a apresentação e discussão de casos clínicos, a realização de entrevistas e avaliações, relatórios e intervenção terapêutica, assim como apresentações teórico-práticas no contexto da reunião clínica sobre o trabalho desenvolvido no projeto piloto do HDTP e nos casos individuais. A musicoterapia surgiu como complemento aos serviços prestados como a psicoterapia e pedopsiquiatria dirigida às necessidades terapêuticas desta população. Na relação entre o terapeuta e o utente foram delineadas estratégias para que este desenhasse um projeto de vida estruturado.

Os objetivos:

- Criar um espaço que possibilitasse a expressão, a significação do *Self* e transformação do indivíduo de forma ativa e maioritariamente através da comunicação não-verbal.
- No âmbito específico da intervenção psicoterapêutica, o segundo objetivo consistiu em promover a mentalização dos afetos e das vivências internas da criança e do adolescente permitindo a reformulação das problemáticas relacionadas com a vinculação.
- O treino de competências sociais; desenvolvimento da criatividade e espontaneidade, autogestão dos limites e reconstrução da identidade sonoro-musical na relação com os pares integrando a noção espaciotemporal de si e do outro através da aceitação e do reforço positivo.





## Metodologia

Ao longo do estágio curricular foram realizadas sessões individuais e em grupo (HDTP) com duração de 45 minutos, de frequência semanal com caráter semiestruturado em utentes da Unidade de Pedopsiquiatria do HGO, com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. O estágio foi concretizado de 9 de Outubro de 2018 a 26 de Junho de 2019, segundas-feiras das 09h às 14h30 e quartas-feiras das 09h30 às 17h, num total de 13h semanais. As sessões musicoterapêuticas de grupo do HDTP iniciaram a 28/11/18 e terminaram a 05/06/18 contando com o total de 20 Sessões. Este grupo foi semifechado e aceitou novas admissões no mês de Fevereiro. Para integrar o grupo, a idade mínima aceite era 13 anos.

A intervenção musicoterapêutica proporcionou um espaço na Unidade que possibilitasse um sentimento de pertença e a autonomização dos utentes, o desenvolvimento da capacidade de *insight* e a aquisição de novas dinâmicas relacionais ao trabalhar a relação com os pares. Foram aplicadas estratégias na relação entre o terapeuta e os utentes para a aquisição de mecanismos de autorregulação, visando melhorar a sua autoestima e transformar os seus comportamentos de risco permitindo o planeamento de um novo projeto de vida para a sua reintegração plena em sociedade.

A intervenção clínica foi sustentada por uma abordagem integrativa com técnicas ativas e recetivas assentes predominantemente numa vertente psicodinâmica; a musicoterapia improvisada, modelo da Juliette Alvin aplicado em utentes com problemas de desenvolvimento e maior dificuldade na verbalização e a musicoterapia analítica, modelo da Mary Priestley aplicado maioritariamente nas intervenções musicoterapêuticas de grupo. O ISO e os arquétipos sonoros que o caracterizam, desenvolvido por Ronald Benenzon, foram explorados na avaliação inicial e ao longo do processo musicoterapêutico. As sessões realizaram-se na sala concedida pela Unidade especificamente para a Musicoterapia.

## Participantes

Durante o período de estágio com duração de oito meses foram acompanhados 7 casos individuais, 5 do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Estes utentes tinham idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. Alguns dos casos continuaram a ser assistidos pelo psicólogo e pedopsiquiatra responsável e os outros mantiveram apenas a musicoterapia. Na tabela 1 encontram-se descritas as características dos utentes em contexto individual, o sexo, idade, ano escolar, motivo de encaminhamento, tempo de acompanhamento e número de sessões assistidas. Foram abrangidos casos com mutismo seletivo, núcleo psicótico, perturbação do neurodesenvolvimento e perturbação da oposição. Para respeitar a confidencialidade dos utentes, foram utilizados nomes fictícios.

Tabela 1 - *Descrição dos Participantes dos Casos Individuais*

Nome	Sexo	Idade	Ano Escolar	Motivo	Tempo de acompanhamento	Presenças
Alberto	M	9	4º	Tiques nervosos Padrões de comportamento obsessivos Pai bipolar	11/2018 05/2019	18
Leandro	M	12	5º	Mutismo seletivo	12/2018 05/2019	14
Luís	M	12	7º	Perturbação da Oposição	03/2019 05/2019	7
Maria	F	12	8º	Mutismo seletivo Comportamento alimentar irregular Ansiedade e inibição extrema	11/2018 06/2019	22
Sebastião	M	17	9º	Núcleo Psicótico	01/2019	1
Marcela	F	12	4º	Perturbação do Neurodesenvolvimento Défice Cognitivo Alterações do Comportamento Graves	11/2018 06/2019	23
António	M	7	2º	Núcleo Psicótico Mãe com Depressão/ CPCJ	03/2019 06/2019	7

**Os grupos terapêuticos.** No âmbito das atividades do HDTP, foram criados dois grupos musicoterapêuticos, destinados a adolescentes entre os 14 e os 18 anos, descritos na tabela 2 e 3. As sessões tiveram frequência semanal entre 28 de Novembro de 2019 e 5 de Junho de 2019 contando no total com 20 sessões. Encontram-se descritas as características dos participantes respetivas ao sexo, idade, ano escolar, motivo de encaminhamento, tempo de acompanhamento e número de sessões assistidas.

A Tabela 2 corresponde ao Grupo 1, constituído por 9 utentes, sendo que 8 foram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e 16 anos. Os motivos de encaminhamento incluíram perturbações da ansiedade, funcionamento *borderline*, múltiplos internamentos e tentativas suicidas, comportamentos autolesivos, passagens ao ato, absentismo escolar, suspeita de consumos, perturbação de género, dificuldades na relação com os pares/triangulação e núcleo psicótico.

A Tabela 3 corresponde ao Grupo 2, constituído por 12 utentes, sendo que 9 foram do sexo feminino e 3 foram do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos. Os motivos de encaminhamento incluíram comportamentos autolesivos, funcionamento *borderline*, isolamento social, perturbação do comportamento alimentar, múltiplos internamentos, núcleo psicótico, alucinações auditivas, esquizotipia, ansiedade, depressão e absentismo escolar.

Tabela 2 - Descrição dos participantes do grupo 1 de MT do HDTP

Nome	Sexo	Idade	Ano Escolar	Motivo	Tempo de acompanhamento	Presenças
Misa	F	14	9º	Absentismo escolar Quadro de ansiedade	11/2018 06/2019	16
Billie	F	15	9º	Absentismo escolar Quadro de ansiedade Múltiplos internamentos Comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio	11/2018 05/2019	14
Nice	F	15	8º	Absentismo escolar Dificuldades na relação com os pares Ansiedade	11/2018 12/2018	2
G	M	16	8º	Funcionamento <i>borderline</i> Passagens ao ato Pai faleceu Suspeita de consumos	11/2018 05/2019	10
Abi	F	16	10ª	Absentismo escolar/ Ansiedade	11/2018 05/2019	15
Callie	F	16	9º	Núcleo Psicótico	02/2019 06/2019	10
Asia	F	17	9º	Tentativas de suicídio Comportamentos autolesivos Tristeza vincada	02/2019 03/2019	4
Fafa	F	16	9º	Tentativas de Suicídio Absentismo escolar	11/2018	1
Ellie	F	16	7ª	Ansiedade/Absentismo escolar/ Perturbação de Género	11/2018 12/2018	2

Tabela 3 - Descrição dos participantes do grupo 2 de MT do HDTP

Nome	Sexo	Idade	Ano Escolar	Motivo	Tempo de acompanhamento	Presenças
<b>V</b>	F	14	9º	Comportamentos autolesivos/ Funcionamento <i>borderline</i>	12/2019	1
<b>Mar</b>	F	15	8ª	Comportamentos autolesivos/Isolamento/ relação dependente com a mãe	11/2018 03/2019	8
<b>Eran</b>	F	15	9º	Perturbação do comportamento alimentar/ múltiplos internamentos	11/2018 01/2019	4
<b>Annie</b>	F	16	10º	Borderline/esquizotipia/ inibição muito marcada/ núcleo psicótico/ouve vozes	11/2018 06/2019	20
<b>Emmie</b>	F	15	8º	Funcionamento <i>borderline</i> / Dificuldades na relação com os pares/ ansiedade	11/2018 06/2019	15
<b>Cassie</b>	F	15	9º	Funcionamento <i>borderline</i> / comportamentos autolesivos	11/2018 06/2019	15
<b>Janeiro</b>	M	17	9º	Perturbação Bipolar e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (crónico) Internamento Consumo de estupefacientes	12/2018 05/2019	13
<b>B</b>	F	15	9º	Funcionamento <i>borderline</i> / tristeza profunda/ ansiedade e depressão	11/2018	1
<b>LR</b>	M	15	10º	Pai faleceu	02/2019 03/2019	3
<b>DC</b>	M	16	10º	Absentismo escolar Quadro depressivo Isolamento social	02/2019	1
<b>Silvie</b>	F	14	8º	Alterações do Comportamento Isolamento social Agressividade verbal Ansiedade sobre Imagem Corporal	03/2019	1
<b>River</b>	F	17	9º	Alterações do sono e do comportamento com Agressividade Isolamento social	04/2019 06/2019	6

## **Instrumentos de avaliação**

Antes das sessões iniciarem foi feita uma observação durante as entrevistas com a psicóloga responsável e o cuidador onde foi aplicada a Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical. Em alguns casos, a entrevista foi feita individualmente, apenas com o musicoterapeuta e o utente (Anexo A).

Para a avaliação e monitorização dos resultados foram aplicados 16 itens respetivos aos itens 48 a 63 (Anexo B) do questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire for Children”, realizado por Michael D. Cassity e Julia E. Cassity (2006). Esta escala foi preenchida pelo musicoterapeuta na primeira e na última sessão de cada processo terapêutico do utente, com uma abordagem de observação direta, e permitiu avaliar o seu comportamento adaptativo (Cassity & Cassity, 2006). Foram avaliadas as características cognitivas, relacionais, emocionais e a relação com a música. Na sua íntegra o questionário é composto por sessenta e dois itens e permite avaliar o comportamento (reações observáveis), a afetividade (humor e emoções), as competências musicais, a relação interpessoal e a cognição. É atribuída a classificação de 1 se for muito desadequada, 2 se for desadequada, 3 se for média, 4 se for adequada e 5 se for muito adequada.

## **Procedimentos**

O estágio iniciou em Outubro, onde a musicoterapeuta foi inserida na equipa e observou as consultas externas e as entrevistas realizadas pelo psicólogo responsável ao longo do primeiro mês. Na primeira reunião clínica foram discutidos os conceitos e em que consiste a intervenção musicoterapêutica. Em conjunto com a orientadora e a supervisora foram atribuídos os casos individuais e os utentes que iriam ser acolhidos em terapia pela estagiária. Em Novembro foram iniciadas as intervenções com a supervisão da

psicóloga/orientadora com frequência semanal, todas as 2as feiras e com supervisão da Professora Dra. Teresa Leite.

A unidade de Pedopsiquiatria do HGO concedeu uma sala exclusivamente para a musicoterapia e investiu em material novo, instrumentos musicais, podendo desta forma desenvolver as atividades que decorreram individualmente todas as segundas-feiras. Às quartas-feiras decorreram as reuniões clínicas, as reuniões do HDTP e os grupos de musicoterapia.

Como descrito anteriormente na caracterização da instituição, foram encaminhados casos de 21 centros de saúde, de psicólogos escolares, de consultas externas e das urgências pediátricas, assim como da unidade de desenvolvimento, de clínicas privadas, de outros hospitais, da CPCJ e serviu também de apoio a casos que estiveram em tribunal.

Os pedidos foram feitos através do preenchimento de uma ficha na qual constavam os motivos do pedido da consulta e um resumo sobre todos os dados contextuais do utente que fossem pertinentes para uma melhor compreensão do caso por parte do técnico ou médico responsável. A primeira consulta era geralmente realizada pelo pedopsiquiatra e depois foi realizada uma avaliação psicológica que iria determinar o acompanhamento psicoterapêutico do utente, em conjunto com medicação e consultas familiares se assim fosse necessário. Nas reuniões clínicas eram discutidos os casos e o musicoterapeuta tomavam conhecimento dos casos que eram encaminhados para a intervenção musicoterapêutica. O musicoterapeuta fez uma entrevista aplicando a Ficha da Avaliação da Identidade Sonoro-Musical no início ou no fim da avaliação psicológica, com a presença do psicólogo, ou então em contexto individual.

Para os grupos de musicoterapia do HDTP, os utentes também foram encaminhados pelos Serviços de Urgência e Internamento de Pedopsiquiatria a partir da consulta externa da Unidade de Pedopsiquiatria e após uma avaliação por uma das psicólogas responsáveis. A

inclusão dos mesmos foi feita quando apresentavam idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, tal como descrito anteriormente, e na maioria dos casos, encontravam-se em absentismo escolar. Os grupos funcionavam num regime semifechado. A intervenção de grupo teve a duração de 8 meses. As sessões decorreram com os utentes posicionados no chão em círculo sendo que os sapatos eram sempre retirados antes de entrar.

Na primeira e última consulta de cada caso foi feita a avaliação musicoterapêutica e aplicada a adaptação do questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire for Children” (Cassity & Cassity, 2006).

### **Métodos e material das sessões**

As sessões individuais e grupais iniciavam com uma discussão sobre as vivências que aconteciam durante a semana do utente e era relembrado em conjunto com o terapeuta o trabalho que tinha sido realizado na sessão anterior, de forma a dar continuidade ao processo musicoterapêutico.

Em seguida era feita uma improvisação rítmica sendo que na fase inicial do processo, foi definida uma estrutura (à vez, em espelho e adicionado novos elementos, depois ritmo sobreposto e solos). O ritmo e as suas características estruturantes permitiam ao grupo encontrar uma pulsação conjunta para mais tarde possibilitar improvisação livre coletiva de forma organizada e construir canções. O musicoterapeuta pediu ao utente para escolher uma música ao seu gosto que mais tarde levou a uma improvisação com instrumentos de percussão/harmónico (guitarra ou piano). A escuta musical promovia o diálogo e a discussão dos afetos entre os utentes. Nos casos individuais esta técnica baixava as resistências do paciente face ao *setting* numa primeira fase e ajudava na construção da relação terapêutica.

Numa fase mais avançada do processo terapêutico em que o utente já acedia conseguia consciencializar e verbalizar os afetos, foram compostas canções e realizou-se



improvisação vocal. No fim de cada sessão era feita uma reflexão verbal (se possível) sobre o que o utente sentiu e experienciou. A terapeuta devolvia uma interpretação dos processos de transferência/contratransferência traduzidos nas características sonoro-musicais produzidas, promovendo a organização interna dos utentes no fim de cada sessão. Por vezes era atribuída apenas uma palavra com a ajuda do terapeuta quando surgia dificuldade na mentalização (escolher 3 palavras das propostas). Com o desenvolvimento da relação afetiva as palavras construíram frases, parágrafos e canções, realizadas de forma verbal ou escrita (nos dois casos de mutismo seletivo).

As sessões eram registadas em formato áudio e vídeo com um telemóvel e uma câmara de final para efeitos de supervisão técnica. Foram recolhidas autorizações escritas junto dos encarregados de educação. Para a escuta musical foi utilizada uma coluna. Os instrumentos musicais presentes foram a guitarra, o piano digital, os boomwackers, um par de bongós, dois pares de clavas, um xilofone, um reco-reco, o guitalele, um djembé, uma pandeireta, um pandeiro, três shakers (ovos) e um ocean drum. Para a composição de canções foram utilizados papel de filme exposto na parede da sala e canetas de filtro. As sessões decorreram na sala de musicoterapia composta por almofadas, dois tapetes, colchões e duas cadeiras.

### **Agenda Semanal**

As atividades do estágio na Unidade de Pedopsiquiatria no Hospital Garcia de Orta decorriam todas as segundas-feiras entre as 9h e as 14h30 e quartas-feiras entre as 9h30 e as 17h. As intervenções, as supervisões e as reuniões com a equipa eram organizadas semanalmente de acordo com a tabela 4. Todas as sessões tinham duração de 45 minutos, sendo que nas terapias de grupo houve 30 minutos de intervalo para analisar a sessão.

Tabela 4 - *Agenda Semanal*

	2ª Feira	4ª Feira	6ª Feira
9:00 – 9:45	Alberto		
		Reunião Clínica	
10:00 – 10:45	Marcela		
11:00 – 11:45	Maria		
		Reunião HDTP	
12:00 – 12:45	Supervisão Dra. Paula Zaragoza		
12:45 – 13:30	António		
		Almoço	
13:30 – 14:15	Luís	Grupo 1 HDTP	
14:45 – 15:15		Grupo 2 HDTP	Supervisão Prof. Dra. Teresa Leite
16:00 – 16:45		Leandro	

---

## Estudos de Caso

Neste capítulo serão apresentados dois estudos de caso escolhidos para realizar o presente relatório de estágio. O primeiro estudo de caso é o da Maria de sexo feminino com 12 anos e mutismo seletivo. O segundo estudo de caso é do Grupo 1 de adolescentes do HDTP com um funcionamento predominantemente *borderline* e em abstinência escolar.

### Estudo de caso - Maria

**Historial clínico e encaminhamento.** Maria tinha 12 anos, estava no 8º Ano com bom aproveitamento e era filha única. O Pai era militar e trabalhava no estrangeiro. A Mãe tem 43 anos e era licenciada. Ambos os pais eram saudáveis e não apresentavam evidências psiquiátricas. A gravidez foi mais ou menos planeada, não houve complicações e a Maria foi um bebé de termo. Como complemento ao contexto familiar é importante salientar que uma das primas teve alterações no comportamento alimentar durante a sua adolescência. A Mãe desvalorizava os sinais depressivos da Maria e a sua magreza. Explicava que também era magra na adolescência e que era de genético.

A 1ª consulta realizada no Hospital Garcia de Orta aconteceu quando Maria tinha 5 anos derivado a rinite alérgica, reação que de acordo com a literatura está frequentemente associado a aspetos de dinâmica psicossomática, começando a ser acompanhada na Pediatria.

Na pré-escola almoçava com os colegas e não apresentava nenhum indício que saísse da normativa face à alimentação. No entanto desde o 1º ano, começou a ir almoçar a casa na companhia da mãe, que não trabalhava, ou então com a avó. Demorava duas horas a comer, só pegava nos talheres depois dos pais terminarem a refeição. Escolhia o que comia e quando lhe era imposto um limite, não comia. A avó desistiu de lhe fazer companhia. No 3º e 4º ano dizia não ter fome e era capaz de ficar até dois dias sem comer. Entre os 6 e os 10 anos de idade o seu percentil baixou de 50 para 10 e os seus sintomas de rinite alérgica persistiram.

No 5º ano a Maria mantinha o seu aproveitamento escolar integrada no quadro de honra. Tinha duas amigas próximas e evitava quaisquer conflitos ou atividades escolares que envolvessem contacto físico.

Os sintomas depressivos eram expressos em choro durante toda as consultas individuais de psicologia, sobretudo quando se falava no pai e nos padrões alimentares. Foi encaminhada para a 1ª consulta de pedopsiquiatria aos 11 anos e teve um acompanhamento de 10 consultas com a psicóloga que não surtiram efeito. A Maria passava as consultas em mutismo, apenas escrevia em papel as respostas e por vezes a psicóloga precisava de virar as costas para que a utente conseguisse escrever.

Foi adotado um novo plano terapêutico, com a realização de consultas familiares na presença da mãe e acompanhamento da psicomotricista. Nas consultas familiares, a Maria mostrou ter medo do desconhecido ou do que é diferente e a Mãe referiu também ser assim. Em psicomotricidade, no início da intervenção, Maria procurava ocupar o menos espaço possível na sala, falava pouco ou nada e tinha dificuldade em envolver-se nas atividades propostas. Ao longo do processo, a relação terapêutica foi consolidada e a Maria passou a apresentar uma postura mais descontraída, tomando até iniciativa ao propor atividades. Conseguiu desenvolver uma relação afetiva e partilhar um olhar direto. Contudo, os objetivos não foram totalmente adquiridos como baixar as resistências ao *setting*, adotar uma comunicação espontânea e ganhar autonomia, necessitando de mais tempo de terapia. Foi feita uma avaliação final a 27 de Junho de 2018.

A equipa do HGO entendeu que a Maria deveria continuar a ser acompanhada por uma psicoterapia que tivesse como base uma comunicação não-verbal devido ao mutismo. Foi então encaminhada para a Musicoterapia numa perspetiva de prevenção secundária e terciária, dado o potencial de reformulação de dinâmicas afetivas nesta faixa etária,

reabilitando os traços psicológicos não normativos que a utente apresentava (Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B., 2004).

A Maria expressou gostar muito de música, sobretudo de tocar piano e tem também tinha muito boas memórias a tocar guitarra com o pai. A musicoterapeuta realizou uma entrevista ao aplicar a Ficha do ISO para avaliar a relação que a utente tinha com a música e que registo/instrumentos faziam parte da sua identidade. A Maria referiu ser autodidata na guitarra. Aprendeu a tocar flauta na escola. Relativamente às atitudes e comportamento musical, escutava música e gostava de dançar frequentemente. Contava ocasionalmente. Tinha preferência pelo Pop, nomeadamente pelo artista Drake. Os estilos musicais que menos tolerava era o Heavy Metal, o Kizomba, o Jazz e a Ópera. O som não musical que menos gostava era o garfo a raspar no prato, transcrevendo a relação difícil que tinha com a alimentação. A função principal que a música tinha na sua vida era de entretenimento. Não apreciava estar em silêncio e tolerava apenas às vezes ambientes com ruído.

Face à observação realizada na consulta familiar, foi possível ver que a Maria não falava e quando tinha que responder olhava para a Mãe com olhos em lágrimas para que esta desse voz ao que estava a pensar. Esta atitude refletia inibição e uma relação de dependência/simbiótica. Tinha um sorriso e um olhar terno e acolhedor. A Maria comunicava apenas com a linguagem corporal, não conseguia verbalizar e encolhia os ombros. A Mãe referia que em casa era “uma gralha e já cantou aos berros”. Numa das consultas familiares, a cuidadora trouxe um vídeo da filha a dançar em casa, vídeo esse que foi filmado sem a utente saber. Em conjunto com os técnicos responsáveis verificou-se que o seu comportamento dentro de casa era muito díspar em comparação com a sua vida social e externa.

Ficou ainda por esclarecer o seu diagnóstico mas eram patentes os sinais de humor depressivo, as alterações dos padrões de comportamento alimentar e a postura de mutismo

seletivo acentuado. Foi perguntado a Maria se tinha sofrido alguma situação de abuso, pela forma como chorava, ao qual respondeu que não.

**Avaliação inicial e intervenção musicoterapêutica.** Após a observação da consulta familiar e da primeira sessão de Musicoterapia, foi definido um Plano Terapêutico presente na Tabela 4, onde constam 3 objetivos gerais e nove objetivos específicos.

Tabela 5 - *Plano terapêutico da Maria*

Objetivo nº 1: Reduzir a inibição comportamental e afetiva			
Objetivos	Reconhecer diferentes	Reduzir o desconforto com o	Vocalizar com volume
Específicos:	emoções em si e no outro através da produção musical	espaço quando em interação	audível
Objetivo nº 2: Aumentar a autonomia e a autoestima			
Objetivos	Assumir a condução da	Desenvolver a autonomia	Tomar iniciativa
Específicos:	improvisação musical livre	através da produção espontânea e da contingência de variações rítmicas e melódicas sem ser por imitação (jogo role-play)	
Objetivo nº 3: Aumentar comunicação expressiva			
Objetivos	Promover a satisfação na	Comunicar ideias e desejos	Comunicar conteúdo
Específicos:	realização de tarefas		emocional

Na fase inicial de avaliação e de consolidação da aliança terapêutica a estagiária começou por recordar os interesses e as motivações da Maria respetivas à Ficha do ISO e esclareceu em que consistia a prática musicoterapêutica. Esta conversa permitiu à utente consciencializar-se, antecipar e reduzir a sua ansiedade, tornando este primeiro contacto menos ameaçador. Esta abordagem revelou-se importante para promover a disponibilidade

afetiva, tendo observado anteriormente na consulta familiar que a Maria tinha medo ao desconhecido e angústia de separação quando exposta à ausência da mãe.

Frente a frente, ao observar a postura corporal de Maria, fechada sobre si, com os braços enrolados à volta das pernas dobradas e um olhar inseguro, a estagiária sugeriu começarem com uma improvisação livre onde a utente pudesse expressar as suas características psicológicas e interesses através da exploração sonoro-musical. A tarefa proposta visou avaliar as características cognitivas, relacionais e emocionais da Maria assim como a sua postura perante a música (Cassity & Cassity, 2006).

O olhar passou por todos os instrumentos mas o corpo manteve-se imóvel, transparecendo a sua inibição. A Maria mantinha o contacto visual com a musicoterapeuta mas não conseguia tomar iniciativa. A terapeuta começou por marcar a pulsação com as clavas no sentido de amparar emocionalmente e incentivar uma ação da utente, indo de encontro aos sentimentos da mesma, tal como descrito pelo autor Bruscia (1987). A Maria esboçou um sorriso, criou contacto visual e na incerteza de pegar no xilofone, a terapeuta devolveu-lhe um sorriso para reforçar positivamente a sua escolha. Tocou a escala por terceiras em forma ascendente e descendente em contingência rítmica com a terapeuta e parou pouco tempo depois. As baquetas ficaram estáticas no ar, a terapeuta começou a cantar utilizando o *holding*, técnica criada por Diane Astin (2008), de forma a conter a angústia da utente. Enquanto Maria sorria, chorava ao mesmo tempo, acedendo aos seus traços mais depressivos. Tomou iniciativa e começou a tocar guitarra virada ao contrário e com assertividade verbalizou “*eu prefiro assim*”. A terapeuta continuou a cantar em *toning* (Austin, 2008) e a marcar a pulsação com o djembé enquanto a Maria tocava cordas soltas na guitarra. Foram também aplicados jogos de ritmo em role-play para promover a sua autonomia. A utente mostrou ser capaz de se manter em relação com o par sempre em

contingência rítmica, embora tivesse muita dificuldade na sua afirmação e em tomar iniciativa.

Embora o olhar se fixasse no chão, os ombros afastaram-se do pescoço, o sorriso manteve-se e a condução do discurso musical foi assumido pela utente; todos os novos elementos eram introduzidos pela mesma. Para testar a disponibilidade emocional da Maria e avaliar a contingência musical da relação, a terapeuta deixou de responder por breves instantes. Foi nas pausas musicais que a utente começou a internalizar e a entender a noção espaciotemporal de si e do outro (Wigram, 2004). A pulsação musical seguiu coesa e a relação com o par foi reforçada. Foram explorados diversos instrumentos através da alternância de dinâmicas musicais para avaliar a capacidade de diferenciação da intensidade e de timbre captados pela Maria.

Na terceira atividade a Maria tocou o piano numa dinâmica baixa, pulsação constante e num padrão melódico estruturado (2as e 3as variando entre o modo maior e menor), enquanto a estagiária acompanhou com acordes num timbre mais agudo. O discurso musical foi marcado com intencionalidade mas foi apenas explorada uma oitava revelando dificuldades na autoafirmação e desconforto com o espaço quando em interação com o outro. O medo pelo desconhecido foi dissolvido e a Maria continuou a tocar o piano sozinha enquanto a estagiária acompanhou a improvisação no *ocean drum*. A terapeuta assumiu uma postura de maternage ao transformar as projeções sonoras de registo mais depressivo da Maria, em impressões sensoriais menos ameaçadoras para a utente (Gueniche, 2005).

A Maria começou a demonstrar a sua voz interna e a sua autonomia partindo de notas aleatórias (reflexo do seu *Self*) para uma melodia ordenada e melancólica quando acompanhada com percussão e voz em *toning* (Austin, 2008). A estagiária sentiu que era importante ir de encontro e dar palavra aos sentimentos da Maria, cantando o primeiro verso



e refrão da música “Fix You” dos Coldplay (Apêndice A). A relação afetiva foi conseguida quando ambas se apoiaram e houve sincronia dos movimentos corporais transcrita na improvisação musical (Bruscia, 1987).

Para concluir a sessão, tal como no modelo de Mary Priestley (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002), como forma de sintetizar a experiência musical, organizar e promover o *insight* da Maria, a estagiária perguntou se a utente tinha gostado da sessão ao qual acenou com a cabeça mas não conseguiu verbalizar o que tinha sentido, por isso foi-lhe proposto um exercício de escrita criativa de 5 minutos. *“Eu gostei muito desta sessão e achei divertido tocar os tubos, não sei o nome, e o piano. Fiquei um pouco calma e relaxada com o som do piano. Eu tenho um teclado em casa e no ano passado, na escola eu aprendi a tocar a flauta e eu experimentei tocar no teclado e ficou bom, por isso fui praticando até tocar bem algumas músicas.”*

O comportamento e padrão de interação da Maria na primeira sessão denotava alguma abertura à relação e à exploração de padrões musicais próprios. A utente experienciou algum aconchego face ao timbre do piano, refletindo também o seu ISO (Benezon, 1998). No geral a Maria manteve uma pulsação interna constante e em contingência com o terapeuta, criou contacto visual, embora esporádico, esteve a maior parte do tempo atenta à relação musical que foi construída com a estagiária, manteve um sorriso e foi desfazendo a sua postura fechada e rígida. Conseguiu manter a concentração num instrumento e mostrou interesse ao explorar o som, embora tivesse mostrado dificuldade em tomar iniciativa. Só no fim da sessão é que a utente mostrou mais espontaneidade durante a improvisação ao piano.

Esta avaliação inicial foi importante para definir os objetivos a serem trabalhados, pelo que se constatou principal relevância em desenvolver a autoestima, trabalhar a relação afetiva com o par e ganho de autonomia, criando um espaço seguro para que a Maria pudesse

dar voz aos seus desejos e emoções assim como estimular a sua iniciativa e assertividade. Tratava-se de um processo transferencial onde a construção do objeto transicional através da música, numa linguagem não-referencial, representava um símbolo palpável da transformação interna do utente. Assistiu-se a um movimento onde a dinâmica ocorreu da ação à mentalização (externo para o interno), assim como acontece com as crianças onde primeiro surge o impulso que depois é pensado, organizado e internalizado.

Na sessão seguinte foi proposto pela terapeuta criar uma improvisação inspirada na visualização de um sítio onde a Maria se sentisse bem e em segurança, tentando trazer esse espaço imaginário e contentor para o *setting* transcrito na construção da improvisação musical. Esta proposta surgiu com a intenção de levar a utente para um espaço confortável onde o seu inconsciente pudesse ser expresso por associação livre num meio seguro.

A Maria criou contacto visual e na tentativa de verbalizar a frase da semana começou a chorar. Olhou para o chão, imóvel, quando a terapeuta lhe deu a opção de poder escrever a frase, limpando as lágrimas e devolvendo assim um sorriso ternurento por se sentir compreendida. A terapeuta leu o texto da Maria em voz alta para lhe dar significado experiencial “*Foi uma semana um pouco cansativa mas também um pouco divertida*” ao qual complementou verbalizando “foi cansativa, tive muitos testes” e torna a escrever “*sinto-me um pouco cansada, mas sinto-me contente*”. A terapeuta escolheu tocar a guitarra e cantar o que a Maria escreveu propondo que escolhesse um instrumento para improvisarem juntas. Num tom depressivo, a utente começou a chorar e escolheu o piano. A terapeuta interpretou este episódio como uma mobilização emocional, reflexo da sua ansiedade e desconforto do espaço quando em interação, resguardando-se no instrumento que mais se identificava. Embora expressasse a sua vulnerabilidade ainda precisava de manter alguma distância.

Assumi a condução do discurso musical e tocou acordes numa das mãos e na outra, uma melodia coesa e organizada numa pulsação e estrutura similar ao *blues*. A terapeuta marcou a pulsação apenas numa tecla no baixo e vocalizou as emoções da aliança que se estavam a desenvolver nos processos transferenciais “*Estou-me a divertir, aí que ela vai-me apanhar*” e em *chanting* “*Qual é o sítio para onde vamos?*” A Maria respondeu verbalmente “*À praia*” e tocou num registo agudo em notas soltas a representação da areia. A terapeuta sentiu que era importante testar a capacidade de autoafirmação da Maria ao deixá-la expressar-se livremente ao piano enquanto tocava a guitarra, tentando criar um ambiente estável e de amparo para que a improvisação fosse ordenada. Aqui um dos sub-objetivos estipulados no plano terapêutico foi conseguido, comunicar desejos e ideias próprias ao longo do processo terapêutico e fora do *setting*. A interação fluida e a liberdade de escolha mobilizou o contacto verbal e permitiu baixar as defesas. Durante a contingência musical, a Maria disse que gostava da água e de nadar, tocando uma 5ªP descendente de forma repetitiva. Em *chanting* a terapeuta cantou “*Gosto de nadar, gosto de sentir o mar e a areia que envolve os meus pés, a toalha que se enche de areia. Eu tenho que voltar ao mar. E o mar é onde eu me sinto bem.*” A Maria começou aos poucos a baixar as defesas face ao desconhecido, permitindo a consolidação da relação afetiva.

Na 11ª sessão, surgiu a mesma proposta onde a Maria escolheu musicar a “Casa”. A musicoterapeuta interpretou este movimento como uma abertura ao *setting* terapêutico. A utente estava confortável e sentiu-se segura ao ponto de trazer um pouco da sua “Casa” para a sessão. A resistência ao tratamento começou a baixar e a inibição comportamental e afetiva foi reduzida possibilitando o aumento da comunicação expressiva. Começou a perder o medo e a ansiedade em expressar-se e após chorar ao longo de inúmeras sessões e sentir-se compreendida começou a conseguir escrever o que sentia em relação às experiências da

semana assim como durante a musicoterapia e tornou-se capaz de verbaliza-las ainda que num tom baixo.

Uma das técnicas que mais ajudou a Maria na sua autoafirmação foi o *role-play*. O seu discurso musical ganhava intencionalidade emocional, validade e significado quando em relação com o outro, o que lhe permitiu desenvolver a sua autoestima e autonomia, ocupando aos poucos o espaço ao qual antes temia não ter direito quando em relação. No fim da sessão escreveu o que sentiu “*Esta sessão deixou-me relaxada por causa do piano*” ou seja, o piano serviu de objeto transicional para a exteriorização do sofrimento e este movimento deu-lhe alento ao sentir-se abraçada na relação de aceitação e empatia.

Nas sessões seguintes a Maria começou a tomar iniciativa de trazer conteúdos seus tais como as suas músicas preferidas que serviram como objeto concreto e contentor para dar apoio ao início das improvisações musicais. O seu ISO transcrevia-se num registo musical Pop constituído por uma pulsação simples e repetitiva, com artefactos e intensa estimulação auditiva e visual. Este registo musical não espelhava as características melancólicas da utente e poderia ser interpretado como uma forma de esconder as suas fragilidades. Em quase todas as improvisações o discurso transitava de uma dinâmica de jogo para um registo mais depressivo, de pulsação lenta com melodias simples e repetitivas. Contudo a Maria mantinha-se em relação pois a comunicação era realizada com intencionalidade, em contingência musical com a terapeuta e acompanhada por uma expressão corporal que mostrava envolvimento com o *aqui-e-agora* consolidando assim não só a coesão do *Self* como a aliança terapêutica.

Na terceira sessão e no contexto de uma improvisação, a terapeuta propôs à Maria utilizar o djembé como instrumento transicional seguro, simulando um altifalante onde a utente pudesse ser envolvida na sua própria voz servindo de reforço para sua autoafirmação.

A sua face estava tapada pelo instrumento e tinha apenas como estímulo auditivo as respostas vocalizadas da terapeuta que se encontrava do outro lado. O discurso iniciou em sílabas aleatórias e verbalizadas para sílabas cantadas (*toning*), depois palavras e construção de frases (*chanting*). Esta experiência evoluiu de um contexto de jogo simbólico para um movimento de autoafirmação e individuação da utente, através da produção espontânea de variações rítmicas e melódicas sem ser por imitação, atingindo assim mais um sub-objetivo. Esta conquista mostrou a capacidade que a utente estava a ganhar ao vocalizar o seu mundo intrapsíquico sem estar colada à expressão do outro, distanciando-se de uma dinâmica simbiótica para uma relação mais madura e saudável onde podia agir em verdadeiro *Self*.

De forma geral, o piano foi o instrumento maioritariamente escolhido para amparar e trabalhar os objetivos a serem conseguidos por Maria, nomeadamente a aproximação corporal e a partilha do espaço musical com o outro através da contingência musical (sincronia de pulsação, intensidade e timbre entre o utente e o terapeuta).

Com as interrupções no período de férias de Natal e Páscoa, a chegada e despedida do pai foi um dos temas mais abordados na improvisação permitindo, organizar e internalizar de forma menos ameaçadora a angústia de separação vivida pela Maria, mais uma vez realizada em *chanting* (Rio, 2013). A utente mostrou sentir satisfação na realização das tarefas e assertividade na condução do discurso musical ao desafiar a pulsação comum (alterar pulsação rápida/lenta; introduzir novos elementos). Esperou pela aprovação da terapeuta e como reforço positivo foram repetidas em espelho as suas propostas. Desta forma promoveu-se a coesão do *Self*, através da estimulação e reforço positivo.

A Maria começou a descrever as sessões com palavras como “alegria”, “tranquila” e “feliz” fixando constantemente o olhar sobre o terapeuta. A utente revelou estar agora

entregue à aliança terapêutica e disponível para qualquer mudança que acontecesse no *aqui-e-agora*.

Foi possível constatar a superação das características de mutismo seletivo em improvisações rítmicas quando foram pronunciadas sílabas ritmadas em estilo konokol (música clássica indiana, carnática) afastando-se da imitação. Já era capaz de produzir espontaneamente variações rítmicas e melódicas de autoria própria. A Maria começou a aprender a “falar” com o outro através de características musicais simples de serem reproduzidas, presentes também na construção de padrões melódicos estereotipados com clara abertura adaptativa às diferentes pulsações que surgiam (geralmente entre uma 3ª e 5ª P ascendente ou descendente). Os processos transferenciais afetivos transitaram da relação do *Self* com o instrumento, para a relação com a terapeuta (Alvin, 1975). A musicoterapia criou um espaço seguro para a Maria se poder expressar, caminhando de um ritmo binário para um ritmo por vezes ternário nas sessões seguintes.

Na 15ª sessão foi realizado um jogo de escrita criativa à vez (Apêndice B). A terapeuta tocou um som e a Maria escreveu uma frase que descrevesse o mesmo, dobrou a folha para esconde-la, trocando depois de papéis. No final cada uma leu a sua frase.

A Maria descreveu a sessão como uma experiência “entusiasmante”. Embora se tenha sentido alguma aleatoriedade no desenvolvimento do texto entre ambos os participantes pelas próprias características da atividade, foi possível denotar uma forte afetividade, refletindo a confiança construída ao longo da aliança terapêutica. O texto serviu de sustento para a construção de uma canção na 17ª sessão. O processo terapêutico evoluiu do ritmo, para a melodia e por fim, para a construção de canções assentes na discussão de tópicos significantes para a utente. A aliança terapêutica coesa permitiu a expressão musical livre da Maria, de acordo com o processo descrito por Wigram, Pedersen & Bonde (2002).

A 19ª sessão foi também iniciada com uma improvisação livre sobre a palavra “Claro”. Esta improvisação serviu para avaliar novamente as características cognitivas, relacionais e emocionais da Maria assim como a sua postura perante a música (Cassity & Cassity, 2006). Revelaram-se melhorias a nível da sua autoafirmação e relação com o outro. Embora os objetivos gerais tenham sido maioritariamente superados, a Maria começou a mostrar alguma reatividade face ao término do processo terapêutico, anunciada na 13ª sessão (Março). A partir da 20ª consulta (Maio), assistiu-se a um comportamento mais regressivo, onde a utente voltou a apresentar um estado de humor depressivo, patente na sua postura corporal e facial apática, reflexo da sua angústia de separação. O discurso musical voltou a ter um caráter mais inibido, espelhando o seu mutismo seletivo e aumentando de novo a resistência à terapia. Na 22ª sessão trouxe uma música da Jennifer Lopez onde foi realizada uma improvisação em conjunto com a terapeuta ao piano, baseada no seu excerto preferido e cantada de forma repetida as frases “*We used to be crazy in love, Can we go back to how it was?*”. Esta frase revelou a vontade que a Maria tinha em voltar atrás, não estando preparada para fazer “o luto” da aliança terapêutica. Houve um apelo para a continuidade da relação.

Na última sessão, numa postura retraída e face ao momento de separação, surgiu uma improvisação livre inicial onde Maria disse que o som que tocava no xilofone representava as palavras “No meu quarto”. Houve uma tentativa de proteção face a esta situação mais ansiogénica, o olhar manteve-se fixo no chão embora a nível sonoro persistisse a contingência musical entre a utente e a terapeuta (que dava apoio na guitarra em *gounding*). Comparando a improvisação musical no xilofone da primeira e última sessão, foi notório a fluidez com que a Maria comunicava, adaptando-se com clareza e assertividade às mudanças de pulsação, ritmo e timbre.

A segunda parte da sessão foi realizada ao piano. Foi proposto à Maria escrever o que tinha gostado mais da Musicoterapia, o que sentia que tinha melhorado e o que levava consigo. A utente conseguiu apenas escreveu o que mais tinha gostado que tinha sido “Tocar”. Interpretando esta palavra, o que a utente mais apreciou foi estar em relação e partilhar com o outro. A Maria sorriu ao mesmo tempo que lhe caíam as lágrimas. A angústia de separação serviu de material de improvisação realizada ao piano. O enraizamento e a contenção foram o ponto de partida (Bruscia, 1987). O tópico explorado foi a sumarização e o reforço positivo sobre todo o processo psicoterapêutico realizado ao longo dos últimos 7 meses. A melodia foi delineada pela Maria, revelando capacidade de tomar iniciativa. O baixo foi sustentado pela estagiária. O espelhamento foi outra técnica muito importante para preparar a despedida e validar o *Self* da utente face aos seus conteúdos musicais e emocionais. A aprovação, o reforço positivo e a empatia por parte da terapeuta foram fulcrais para a promoção da autoestima da Maria. Com base no aqui-e-agora a terapeuta cantou em *chanting* (Rio, 2013) as vivências da relação terapêutica (Apêndice C).

A Maria sorriu e respondeu musicalmente, primeiro com apenas um dedo em cada mão e depois com as duas mãos, numa improvisação que se diferenciava claramente das propostas da terapeuta (Wigram, 2004). A utente envolveu-se de forma afetiva no momento de despedida, provocou mudanças na pulsação e no timbre imitando o som de uma caminhada. A improvisação musical subiu de intensidade e a terapeuta acompanhou este movimento para enraizar e conter, promovendo a relação terapêutica (Bruscia, 1987). Foi nas pausas que se percebeu que Maria queria continuar e não estava preparada para terminar, pois era ela quem recomeçava sempre a linha melódica, mesmo quando parecia que a improvisação estava a terminar. Aqui sentiu-se claramente a necessidade de dar continuidade



ao acompanhamento musicoterapêutico da utente, a fim de serem trabalhadas as questões de separação e de autonomia.

**Conclusão do caso.** Ao longo do processo musicoterapêutico e com base na observação inicial e final de Maria, foi possível constatar uma evolução considerável a nível relacional no que toca à postura, contacto visual, motivação para se envolver nas tarefas realizadas e a nível emocional na sua expressividade facial e musical, na sua capacidade em desenvolver um discurso musical, expressar um desejo, na adaptação de características imprevisíveis que surgissem no aqui-e-agora e na criatividade musical (Cassity & Cassity, 2006).

A terceira fase terapêutica não foi totalmente conseguida no que diz respeito à transposição das novas dinâmicas relacionais para fora do *setting* terapêutico. A Maria manteve o mesmo registo depressivo, inibido e com comportamentos alimentares fora da norma em todos os contextos externos ao *setting* musicoterapêutico e à casa. Foi possível chegar a esta conclusão após a realização da avaliação final realizada na consulta familiar uns dias antes de a utente emigrar para o estrangeiro, por decisão da mãe

O presente estudo de caso demonstra a importância da intervenção musicoterapêutica em situações como a da Maria, na qual nenhuma outra intervenção clínica tinha tido condições para serem vivenciadas e transformadas as fragilidades da utente. O estudo de caso foi escolhido pelo processo em si e não pelos resultados finais. A intencionalidade comunicativa da Maria, a sua capacidade de tomar iniciativa, de revelar o seu ISO musical e produzir conteúdos da sua autoria surgindo de forma gradual, sustentada pela relação de confiança e empatia. Esta relação permitiu à Maria aliviar o seu sofrimento e agir em verdadeiro *Self* num espaço contentor.

A abordagem clínica teve como principal foco a expressão dos conflitos internos da Maria no seio da experiência musical partilhada, assentes na consolidação e construção da aliança terapêutica a fim de providenciar novas dinâmicas interrelacionais. A musicoterapia permitiu baixar a sua resistência face ao tratamento e à construção da relação afetiva com o par.

A Maria chegava às sessões com os olhos em lágrimas provocadas pela ansiedade que sentia e passou a sorrir mostrando satisfação na realização das tarefas. O olhar terno foi revelando aos poucos uma avidez em explorar o desconhecido, transformando o medo em curiosidade e entusiasmo. Foi possível desenvolver o seu *insight* ao atribuir emoções e escrever textos respetivos às suas vivências (Bruscia, 1998).

**Discussão dos resultados.** Inicialmente, Maria apresentou uma resistência à terapia muito vincada, também por influência da Mãe que desvalorizava as fragilidades e necessidades terapêuticas da filha, que apresentava um quadro de sintomatologia depressiva e mutismo seletivo. A musicoterapeuta esteve atenta às emoções e reações que experienciou nos processos contratransferência, face à esta resistência da utente, que serviram de conhecimento sobre a natureza da relação psicoterapêutica (Alexandre, 2014). Embora houvesse algumas características preocupantes, Maria teve um desenvolvimento global aparentemente normal que levou à falta de autocritica e a uma organização falsa do *Self* expressa num sentimento de vazio, provocado durante a infância, quando não foi trabalhada a autonomização da utente dentro do seu contexto familiar (Marcelli, 2005).

A construção da aliança terapêutica de mãos dadas com adoção de uma postura empática e da consolidação da confiança criada, permitiu à utente entender e sentir uma dimensão de si que antes não tinha sido possível, quando confrontada com o desconhecido. A relação afetiva assente na total aceitação das características da utente, foram fundamentais

para a autonomização e da capacidade de liderança da utente, possibilitando a mudança e o desenvolvimento pessoal da mesma (Rogers, 1979).

A musicoterapia consistiu no encontro do terapeuta com a criança real e autêntica na sua totalidade, a fim de poder ser feita a reconstrução e reorganização do Self da mesma (Ferreira, 2002). A assiduidade e pontualidade face às sessões de musicoterapia podem ser interpretadas como um comportamento motivado pela oportunidade da utente saber que ali podia encontrar o seu espaço pessoal, revelar, explorar e redescobrir a sua identidade através do som e da partilha com o outro. Nesta faixa etária, a rutura das relações objetais e o luto das figuras parentais é fundamental para autonomização da adolescente, movimento que não foi bem gerido e que causou uma postura nostálgica e de desistência (desinteresse pelo presente e futuro) transcrita na tendência para a regressão e mutismo seletivo (Cordeiro, 1998).

Os instrumentos musicais representaram um objeto transicional fundamental para a projeção simbólica da sua identidade e numa segunda fase, para a criação da relação terapêutica com a estagiária descrita por Alvin (1975). Os instrumentos foram também utilizados como extensão do corpo em tom de brincadeira, possibilitando a transformação, a simbolização e gestão de projeções, comportamentos e questões conflituosas sentidas não só para consigo, mas também para com o outro (recordar os comportamentos alimentares e as oscilações de peso) (Winnicott, 1975).

Embora a evolução global tenha sido significativa, a Maria necessitava de continuar com acompanhamento musicoterapêutico, não só para a consolidação do segundo objetivo terapêutico descrito, aumentar a autonomia e a autoestima, assim como conseguir concretizar a terceira fase da terapia, transpor para o seu dia-a-dia as competências interrelacionais que adquiriu.

Em reflexão e tendo em conta as dificuldades apresentadas pela utente, sugere-se que a Maria possa sofrer uma regressão respetivo ao humor depressivo e ao mutismo seletivo, devido a emigrar para o estrangeiro contra a sua vontade, tendo em conta que o ambiente escolar, cultural e o idioma utilizado irá mudar substancialmente, sendo exposta a uma nova realidade em que o único meio que conhece é o contexto familiar.

O estudo de caso abaixo apresentado consiste num grupo de adolescentes com problemas de comportamento em contexto de Hospital de Dia que foi intervencionado em musicoterapia numa perspectiva de promover a mentalização dos afetos, a aquisição de mecanismos de autorregulação e de trabalhar as competências sociais para aquisição de novas dinâmicas relacionais.

### **Estudo de caso - Grupo 1 de Musicoterapia HDTP**

**Apresentação do grupo.** Este grupo foi semifechado e aceitou novos elementos em fevereiro. Realizou-se ao longo de 7 meses e contou com 20 sessões de frequência semanal. Acolheu 9 utentes no total com idades compreendidas entre os 14 e os 18. Alguns dos membros partilhavam uma relação construída anteriormente no grupo de adolescentes durante o verão e integravam as mesmas atividades do HDTP, a psicomotricidade e o ateliê criativo. O grupo contou apenas com um elemento do sexo masculino. Este projeto piloto surgiu com o intuito de dar apoio emocional a estes jovens e criar um espaço onde pudessem expressar e traçar um novo projeto de vida, ao transpor as competências adquiridas para o seu dia-a-dia.

Quase todos os participantes sofriam de um grau de disfunção e desadaptação significativa e preocupante, a nível individual, familiar e social. Estes jovens apresentavam ainda dificuldades de mentalização e reflexão sobre estados mentais internos. As relações interpessoais instáveis tinham repercussões a nível do comportamento causando extrema impulsividade, passagens ao ato irrefletidas, diversas tentativas de suicídio e automutilações graves, comportamentos aditivos e agressões.

Foram incluídos no grupo utentes com perturbações de ansiedade, perturbações do humor, perturbações do comportamento alimentar e de personalidade. O critério de exclusão

abarcou utentes com perturbação antissocial da personalidade, deficiência mental em que o QI fosse superior a 80, perturbação psicótica em fase aguda e mais de 3 faltas às sessões.

A musicoterapeuta assistiu às entrevistas realizadas com o técnico responsável e no fim das mesmas aplicou a Ficha do ISO para conseguir entender a relação do utente com a música. Foi possível constatar que a música tinha um papel importante na vida destes jovens, que alguns já tinham tocado um instrumento e que dois dos artistas mais falados foram a Billie Eilish e o XXX Tentation. Ao investigar a sonoridade e as letras destes cantores foi possível interpretar na Billie Eilish um lado mais depressivo que serviu de base projetiva para a canalização e reflexão dos conflitos internos vividos na fase da adolescência.

### **Contextualização dos participantes do grupo**

**Misa.** Tinha 14 anos, estava integrada no 9º ano. Apresentava um quadro de ansiedade, estava há um semestre sem conseguir ir às aulas. A Mãe tinha sido diagnosticada com fibromialgia. Na entrevista realizada para admissão dos grupos foi possível observar que Misa tinha pouco espaço para expressar a sua opinião e que a mãe acabava por se sobrepor à sua voz, procurando validação e consolo para os seus problemas. Referiu diversas vezes a ausência do Pai. Esteve presente na primeira e última sessão contanto com o total de 16 sessões. A artista preferida era a Billie Eilish.

**Billie.** Tinha 15 anos, estava inserida no 9º ano e em absentismo escolar. Foi o primeiro caso abordado no estágio. A Billie (medicada), apresentava um quadro de ansiedade e era acompanhada desde criança. Esteve inúmeras vezes internada em distintas instituições, tinha uma resistência à frustração muito baixa, fortes complexos com o seu corpo, comportamentos autolesivos recorrentes e um vazio imenso. Na entrevista com a musicoterapeuta foi notória a dificuldade na mentalização, com respostas concretas e pouco aprofundadas a nível emocional, procurando frequentemente agradar o outro. Esteve presente

na primeira e penúltima sessão com o total de 14 sessões. Em resposta à Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical revelou ter tocado guitarra mas desistiu com medo de falhar. Ouvia Indie quando se sentia relaxada e Trap quando sentia raiva. Gostava da Billie Eilish.

**Nice.** Tinha 15 anos e estava no 8º ano, também em absentismo escolar. Apresentava um quadro de ansiedade, estava medicada, tinha comportamentos autolesivos e dificuldades na relação com os pares. Viveu na Inglaterra, tinha sofrido *bullying* e sentia constrangimento face ao seu sotaque.

Assistiu apenas à primeira e segunda sessão, pois face a um momento de exposição descrito na análise da intervenção, não aguentou o grupo. Na entrevista com a musicoterapeuta explicou não gostar de nenhum instrumento em específico *“porque não toco muito bem, não quero falhar e não sou boa o suficiente”*. Quando revelou o seu artista preferido, XXX Tentation, projetou as suas emoções na história de vida do cantor *“A música dele remete-me aos meus problemas. Eu consigo percebê-lo, sinto uma ligação com as letras dele e com o que ele sente, a ansiedade e revolta”*.

**G.** Tinha 16 anos e estava no 8º, em absentismo escolar. Apresentava um historial de consumos, foi referenciado diversas vezes ao Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), estava inserido num quadro de funcionamento *borderline* com passagens ao ato. O Pai faleceu e a relação com a mãe era conflituosa. Faltou inúmeras vezes às sessões, contanto com o total de 10 presenças, deixou de vir no último mês da musicoterapia, revelando dificuldades na separação.

**Abi.** Tinha 16 anos e estava no 10º ano, em absentismo escolar. Tinha uma relação conflituosa com os pais e queixava-se de serem ausentes. A escola ficava atrás de sua casa mas nem à varanda conseguia ir porque lhe causa pânico. Apresentava alguns traços obsessivos e estava inserida num quadro depressivo, tendo apenas uma amiga à distância. A

sua aparência era investida. Assistiu à primeira e última consulta de musicoterapia, contanto com o total de 15 sessões. Na entrevista com a musicoterapeuta mostrou-se motivada e explicou que queria melhorar e aprender a relacionar-se com os outros.

**Callie.** Tinha 16 anos e estava no 9º ano em absentismo escolar. Apresentava um núcleo psicótico, com pensamentos ameaçadores para si e dificuldades em gerir as suas emoções. Integrou o grupo na segunda fase de admissões, fevereiro, e esteve presente em 10 sessões, incluindo a última. Na entrevista demonstrou uma respiração e postura ansiosa.

**Asia.** Tinha 17 anos. Integrou o grupo em fevereiro e esteve presente em 4 sessões. Mostrou uma postura de desistência, um quadro depressivo e imagem pouco investida.

**Fafa.** Tinha 16 anos, também em absentismo escolar e estava a ser medicada. Teve diversas tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos recorrentes. Revelou muita ansiedade na entrevista com a musicoterapeuta e não mostrou muita motivação em participar no grupo. Tinha fortes dificuldades na relação com os pares e desistiu da psicoterapia e do grupo após a primeira sessão. Na entrevista mostrou uma postura de desistência, pôs a mão para apoiar a cabeça e pronunciou “*Não sei*” face a quase todas as perguntas. Explicou não entender a razão pela qual tinha sido referenciada para musicoterapia e não sabia o que queria melhorar, revelando dificuldades na mentalização e em verbalizar os seus desejos. A mãe desvalorizava a apatia e as necessidades terapêuticas da filha.

**Ellie.** Tinha 16 anos e estava no 7º ano, em absentismo escolar (medicada). Revelou uma postura ansiogénica e muita dificuldade na verbalização. Inseria-se num quadro de perturbação de género, estando à espera de ser operada para a sua transformação física. Aos 11 anos a Mãe comprou-lhe um corpete para poder disfarçar o peito. A Ellie assistiu apenas a 2 sessões.



**Avaliação inicial e a intervenção musicoterapêutica do grupo.** Após a observação das entrevistas realizadas nas consultas familiares, da aplicação da ficha do ISO e da recolha de dados por observação direta da primeira sessão de Musicoterapia, foi definido um Plano Terapêutico presente na Tabela 5, onde constaram 3 objetivos gerais e nove objetivos específicos.

Tabela 6 - *Plano terapêutico do Grupo 1 do HDTP*

Objetivo nº 1: Promover interações sociais adaptativas			
Objetivos	Aumentar interações no grupo	Facilitar partilha do seu	Facilitar o sentimento de
Específicos:	e a noção espaciotemporal de si e do outro (escuta ativa, alternância de intensidade, timbre, ritmo, sincronia e contingência)	ISO no grupo, aceitando a expressão do outro sem perder a noção de si	pertença e de significação do <i>Self</i> na improvisação livre e composição musical
Objetivo nº 2: Desenvolver as competências de autorregulação			
Objetivos	Aquisição de mecanismos mediadores para a gestão da frustração na improvisação rítmica e vocal	Desenvolver a expressão verbal e não-verbal através da escuta e criação de canções	Desenvolver a capacidade de traduzir musicalmente um sentimento/emoção
Objetivo nº 3: Desenvolver a autodeterminação em criatividade			
Objetivos	Promover a satisfação na realização de tarefas musicais	Promover a construção de espaço sonoro individual no grupo, trabalhado nos solos e <i>role-play</i>	Desenvolver um discurso musical espontâneo sem ser por imitação

Na fase formativa do grupo, os membros tentaram entender os pontos que tinham em comum a fim de criar uma relação afetiva segura entre si. Na primeira sessão onde ocorreu a

partilha sobre os gostos musicais de cada um, G foi o elemento que mais contribuiu para a dinâmica e discussão no grupo, através da sua verbalização espontânea. Adotou o papel sociável, ajudando a regular e conter os afetos partilhados entre os membros do grupo. Quando os silêncios se estenderam, o G foi o líder, propondo uma atividade para mobilizar o resto do grupo, transmitindo segurança ao mesmo. Mostrou-se empático e disponível ao longo do processo musicoterapêutico quando presente nas sessões, mas teve dificuldades em cumprir o contrato terapêutico, reflexo da rotura de relação com o seu pai falecido e com os consumos. Foi o único rapaz do grupo, apresentava uma postura simpática e apelativa, procurando agradar os membros e a representação da figura de autoridade, a musicoterapeuta.

A sessão contou com os sete elementos, duas psicólogas (apenas observaram) e a musicoterapeuta. Em primeira instância os membros apresentaram-se, foi explicado em que consistia a MT e depois foi proposta uma improvisação livre com o intuito de poder analisar as características cognitivas, relacionais e emocionais assim como a sua postura perante a música (Cassity & Cassity, 2006).

Após a fase introdutória verbal, a musicoterapeuta propôs um ritmo e a Billie juntou-se ao marcar a pulsação. A maioria dos elementos mostrou-se hesitante, aderiu à atividade e depois parou. O silêncio que se sentiu foi reflexo da falta de diretividade por parte do terapeuta e da autonomia dos utentes em transporem a sua identidade numa pulsação contínua e organizada. A musicoterapeuta propôs então uma base harmónica ao piano de dois acordes onde introduziu a técnica de *holding* (Austin, 2008). A Nice começou a cantar uma música na expectativa do grupo validar e repetir a letra proposta. Sem resposta, foi realizado um exercício em espelho com instrumentos de percussão, mais uma vez marcado pela inibição. No final foi realizada uma reflexão conjunta sobre os mecanismos de defesa que surgiram bem como os aspetos positivos, de forma a conter a situação ansiogénica que se ressentiu nos

processos transferenciais. Quase todos os membros apresentaram uma postura retraída. O ISO grupal foi transcrito numa pulsação lenta, com pouca exploração de timbres e falta de intencionalidade, uma dinâmica em *piano* transparecendo características depressivas da identidade sonora do *Self* de cada um (Borczone, 1997). Esta primeira fase foi constituída por uma dinâmica de tentativa e erro transcrita nas improvisações musicais marcadas por hesitação e incerteza face ao que poderia ser útil e seguro. Os membros ainda estavam a tentar perceber qual o comportamento que deveriam adotar em contexto de grupo (Rutan & Stone, 2001). Segundo Yalom (1975, cit in Rutan & Stone, 2001) é a “fase de orientação, participação hesitante e procura de significado.

A observação direta e a avaliação do grupo mostraram a necessidade de desenvolver a autodeterminação em criatividade, promover interações sociais adaptativas e desenvolver as competências de autorregulação. A adoção de uma postura mais diretiva por parte do terapeuta na segunda sessão revelou-se importante para a concretização de uma identidade sonora grupal (coesa e organizada) de significação coletiva (McFerran, Wigram, 2002). Entendeu-se que a participação ativa da psicóloga e da estagiária de psicologia era importante para a dinamização e reforço positivo na concretização das atividades desenvolvidas. Os limites e a diretividade assentes na contenção (Bunt, Hoskyns, 2002) proporcionaram segurança aos utentes para tocar e aceitar a falha quando realizado o jogo rítmico em espelho proposto por Wheeler (cit. em Houghton et al, 2005).

O primeiro exercício consistiu em tocar um padrão rítmico à vez. A maioria do grupo reproduziu de forma idêntica a frase rítmica inicialmente proposta. A preocupação em falhar e a falta de autonomia coletiva foi revelada, mostrando alguma dificuldade em produzir sons de autoria própria. O exercício evoluiu para a construção de uma pulsação conjunta para a promover as interações no grupo. A musicoterapeuta marcou a pulsação binária e os restantes

utentes sobrepuseram um solo. Procurou-se construir um espaço sonoro individual no grupo. A Nice saiu da sala e não aguentou o grupo. Não estava emocionalmente preparada para partilhar este espaço afetivo com os pares.

Introduziu-se a voz que permitiu a construção do canto grupal, da sincronia musical/afetiva e facilitou as interações sociais, o sentimento de pertença e a significação do *Self*. O mesmo exercício foi aplicado ao longo do processo musicoterapêutico, mostrando-se fulcral para a coesão de grupo e para o desenvolvimento de competências de autorregulação de cada utente face à frustração. A construção musical grupal permitiu regular a ambivalência afetiva face às novas relações criadas (Priestley, 1994).

Para desenvolver a expressão verbal e não-verbal através da escuta e criação de canções foi pedido a cada utente para apresentar uma música que lhe apelasse a uma experiência afetiva significativa na sua vida, e atribuir-lhe uma palavra para dinamizar e o pensamento simbólico do grupo através da projeção dos afetos na 3ª pessoa (vida do autor ou da personagem expressa na letra). A música foi ouvida e tocada em conjunto e depois o utente leu um excerto da letra. Mais à frente, na fase madura do grupo, as palavras escolhidas sustentaram a discussão verbal e a composição de duas canções.

A Billie apresentou Cage The Elephant- “Cold Cold Cold” (Apêndice D). Referiu que a música representava alguém que estava doente. A dor não era física nem era visível porque se tratava de um amor não correspondido. Ao longo das sessões a Billie mostrou uma postura pouco autónoma e procurou com frequência o apoio do líder, o G, procurando agradar os pares com frequência. A utente oscilou entre o papel prudente e sociável. Expressou gostos musicais e afetos idênticos ao dos restantes elementos. Procurou frequentemente a aprovação da musicoterapeuta que espelhou várias vezes as propostas musicais sugeridas pela Billie de forma a dar um reforço positivo, a fomentar e a desenvolver um discurso musical espontâneo

sem ser por imitação. Na fase madura a Billie conseguiu partilhar o seu ISO no grupo e aceitar a expressão do outro sem perder a noção de si.

A Abi escolheu Jonas Blue- “Rise” ft. Jack & Jack (Apêndice E) e a palavra “Amizade” para definir a mesma. Contou a história do artista e a vontade que este tinha em ascender e ser reconhecido, projetando inconscientemente as suas fragilidades. Relacionou na 3ª pessoa os seus conflitos e desejos internos. A música remetia-a para o primeiro encontro com a sua melhor amiga, a única, com quem mantinha uma relação à distância. A Abi queria conseguir superar os ataques de pânico e a abstinência escolar. Ao longo do processo musicoterapêutico a Abi mostrou-se cautelosa, assumindo o papel prudente em quase todas as sessões quando lhe foi pedido para verbalizar os afetos. Mais à frente começou a revelar uma postura apática e um aspeto cuidado mas menos investido. A agressividade foi apresentada noutra forma, numa postura mais retraída. Na fase madura mostrou-se mais disponível quando formou aliança com Misa e Billie (embora tivesse surgido alguns mecanismos de defesa respetivos à triangulação) e começou a conseguir ganhar autonomia e competências de autorregulação para gerir a sua ansiedade. Aos poucos conseguiu aderir ao grupo e foi regressando à sua rotina, voltando a frequentar a escola. Foi uma das utentes que mais acedeu ao valor simbólico tendo sido capaz de traduzir musicalmente um sentimento/emoção.

A Ellie escolheu Cavetown- “This Is Home” (Apêndice F) remetendo-a a “Jornada”. Referiu que um dia iria deixar de utilizar a máscara, podendo revelar a sua identidade sem constrangimentos. A Ellie projetou os seus conflitos com a sua identidade de género. “*Às vezes pode ser complicado. As luzes são a loucura, a tristeza.*” A letra representou a jornada, a transformação interna e externa, assim como as dificuldades de aceitação e a dificuldade em sentir a pertença face à sociedade (grupo). Aqui revelou a sua ansiedade e o medo em ser

rejeitada. Apresentou-se ao grupo como o A. Após esta exposição, não regressou à musicoterapia.

A Misa apresentou a canção “Bored” da Billie Eilish (Apêndice G) e definiu-a com a palavra “aborrecimento”, “*Fala sobre alguém que foi embora e depois voltou, mas ela já tinha aprendido a viver sem ela*”. Explicou que escolheu a seguinte música porque era a que ouvia mais nos últimos tempos, não atribuindo nenhuma experiência pessoal. Assim como a Billie, também oscilou entre o papel prudente e sociável.

A terceira sessão contou com o G. Foi lembrado em conjunto o trabalho realizado na sessão anterior de forma a dar continuidade ao processo terapêutico. Depois foram realizados dois exercícios de ritmo. No primeiro, o grupo imitou a proposta de cada utente ao reforçar o *Self*. No segundo, foi criada uma base rítmica conjunta e foram distribuídos solos de forma a desenvolver a autodeterminação em criatividade e criar um espaço sonoro individual inserido no grupo, trabalhado nos solos e *role-play*. A coesão de grupo começou a ser conseguida na fase madura quando surgiu a continuidade do trabalho desenvolvido, sessão após sessão. As interações e a partilha de conteúdos simbólicos assim como a contenção dos conflitos foram transparecendo espontaneamente. Cada elemento foi interiorizando que a sua forma de estar influenciava diretamente o outro (Rutan e Stone, 2001)

O G desregulou frequentemente na pulsação, revelando dificuldades de estar em relação com o outro. Escolheu uma canção em crioulo do Apollo G “Sufri Dimas” (Apêndice H) e com entusiasmo referiu que sabia a letra de cor. Cantou a música inteira e definiu-a como “Sofrimento”. Explicou a vida do artista, projetando inconscientemente a sua história “*Ele só fazia músicas de festa e de fumar droga e as pessoas achavam que ele nunca tinha passado por maus momentos ou que tinha passado por dificuldades. Era uma máscara. Eu*

*apenas gostei da música. Há uma parte da música que ele diz que já perdeu muitos amigos e família e que fala sobre esse sofrimento*”. Após desenvolver durante algum tempo o discurso na 3ª pessoa, G foi capaz de reconhecer que já sentiu o mesmo, conseguindo relacionar a sua experiência com a letra. Acedeu aos afetos permitindo a construção de um vínculo entre o musicoterapeuta e os restantes membros retirando assim “a máscara”. A Abi disse que às vezes era mais fácil usar a máscara para não se magoar. O grupo aderiu à proposta do G e tocou a música com entusiasmo.

A quarta sessão contou com apenas três utentes e foi importante para a promoção de interações no grupo e para desenvolvimento da noção espaciotemporal que cada utente tinha de si e do outro (escuta ativa, alternância de intensidade, timbre, ritmo, sincronia e contingência). Foi também trabalhada a aquisição de mecanismos mediadores para a gestão da frustração na improvisação rítmica e vocal através do canto grupal. No exercício rítmico, Abi, Misa e Billie mantiveram a mesma pulsação, mas uma postura apática e uma expressão musical pouco intencional. A musicoterapeuta utilizou o chanting de forma a representar as vivências de cada paciente e trazê-las para o aqui-e-agora, recorrendo à palavra escolhida para as músicas que apresentaram. Este movimento captou a atenção das utentes e permitiu o reforço da aliança terapêutica (Rio, 2013).

Na segunda parte da sessão, a musicoterapeuta testou a disponibilidade emocional das utentes, sentindo de antemão que estava a surgir uma forte aliança entre as três. Foi pedido ao grupo para cantar uma nota em uníssono de olhos fechados, *toning* (Austin, 2008).

Inicialmente a melodia foi dissonante (dificuldade em aceder à relação), a Misa abriu os olhos, a Billie arriscou em cantar uma melodia distinta à tónica (tentativa de diferenciação) e a Abi sorriu com algum constrangimento. Sentiu-se ainda uma hesitação. Para dar continuidade e não quebrar a construção relacional, a musicoterapeuta começou a tentar

conter e enraizar a experiência musical (*grounding*) tocando a corda solta mais grave na guitarra, Mi (baixo contínuo). Os restantes elementos introduziram o tempo forte num instrumento de percussão que promoveu a contingência musical e coesão grupal. Assim que houve um apoio rítmico, foi conseguida a afinação coletiva e a musicoterapeuta propôs ao grupo cantar em *chanting* (Rio, 2013) a frase “*Todos os nós temos uma melodia cá dentro*”. O grupo inteiro aderiu com satisfação. A melodia iniciou num registo de canção de embalar. A repetição frásica permitiu aos utentes abraçarem o sentimento de pertença experienciado no grupo. O canto aumentou de intensidade. A musicoterapeuta esteve atenta aos processos transferenciais e observou pela primeira vez uma coesão de grupo onde foi possível traduzir musicalmente uma emoção coletiva.

A musicoterapeuta participou numa sessão de TaKeTiNa e percebeu que esta modalidade ajudava a promover a autorregulação levando a um sentimento de pertença grupal. O método TaKeTiNa foi desenvolvido por um percussionista austríaco, Reinhard Flatischler, em 1970 para promover o trabalho coletivo e de desenvolvimento pessoal (Flatischler, 2012). Após sentir disponibilidade emocional do grupo, na 6ª sessão aplicou um exercício de ritmo com a presença de solos para permitir partilha do ISO de cada membro e desenvolver a coesão do seu *Self* em grupo. A pulsação coletiva foi sustentada por dois ritmos em simultâneo (voz e mãos), sendo que normalmente são utilizadas a voz, as mãos, os pés e um berimbau. As propostas rítmicas foram dadas pela musicoterapeuta ao sentir que o grupo procurava alguma orientação. Os ritmos vocais foram compostos por sílabas faladas e depois cantadas, contando com a adesão total do grupo e satisfação genuína na realização do exercício. Este método, assente na repetição, permitiu aos utentes experienciarem uma constante entrada e saída no ritmo, entre caos e estabilização, através da alternância de intensidade de timbre/ritmo e escuta ativa. Foram desenvolvidos mecanismos de autogestão



face ao erro/frustração e foi facilitado o sentimento de pertença na improvisação livre e composição musical. Cada membro começou a ser capaz de propor ritmos da sua própria autoria. Foi possível desenvolver a orientação rítmica, contingência e sincronia musical, redirecionar a atenção para o *aqui-e-agora* e aparar a ansiedade. Assistiu-se até aqui a segunda fase, a fase reativa onde cada membro tentava entender de que forma poderia pertencer ao grupo. Surgiram características mais narcísicas onde por vezes um dos membros mostrou um comportamento explosivo. Esta fase foi marcada pela necessidade de diferenciação e em simultâneo, pela vontade de pertencer ao grupo, procurando manter um sentido de coesão entre todos (Rutan & Stone, 2001).

A musicoterapeuta começou a preparar o grupo para as duas composições musicais realizadas na 10ª sessão, descrita abaixo, que permitiu a autonomização, improvisação, organização interna e capacidade de musicar um sentimento.

Na 7ª e 8ª sessão o grupo acolheu a Callie e a Asia com disponibilidade afetiva. No entanto a Callie apresentou uma postura verbal pouco refletida e por vezes desenquadrada dos tópicos desenvolvidos (núcleo psicótico), sendo que foi frequente a Abi, a Billie e a Misa sorrirem entre elas mostrando incompreensão face ao que esta utente expunha. A terapeuta interpretou esta dinâmica como uma dificuldade em aceitar o novo, que poderia ameaçar o núcleo seguro já construído.

Relativamente às intervenções musicais, a Callie apoiou-se com frequência numa música ou proposta já existente. Em exercícios de ritmo teve dificuldade em dar continuidade à pulsação grupal mas manteve-se sempre motivada, assumindo o papel sociável. Após a fase de idealização quis desistir mas através do *insight* e com a ajuda da musicoterapeuta conseguiu realizar os objetivos pessoais que queria melhorar em si. Com a continuidade mostrou-se bastante afetiva e empática. Quando o grupo sentiu momentos de contrariedade, a

utente foi capaz e conter os afetos entre os membros e dar o seu reforço positivo. Escolheu a música “Homem do Leme” dos Xutos e Pontapés para falar sobre si “*Homem do Leme, homem sem rumo. Gosto de essas simbologias. Eu ainda sou uma rapariga sem rumo. Ainda quero fazer muita coisa.*” Escolheu a palavra “felicidade” para definir o que sentia ao ouvir esta música. O resto do grupo discordou ao utilizar palavras como “tristeza” e “saudades”. A Callie atribuía frequentemente significados distintos às emoções experienciadas em grupo. A utente aceitou continuar na terapia quando se sentiu a aceitação do grupo face à diferença, após se trabalhar a relação com os pares.

A Asia mostrou uma postura desistente, depressiva e regressiva com dificuldades em aceder à relação. Escolheu a música “Be Alright” de Dean Lewis porque estava a tentar superar o término de uma relação. Não aguentou o grupo e presenciou apenas quatro sessões. Os utentes expressaram alguma ambivalência ao referir que esta música fazia lembrar/esquecer a pessoa que amavam. O grupo descreveu a sessão com as palavras “cumplicidade” e “cooperação”, mostrando assim a transição da fase reativa para a fase madura, onde o foco passou a centralizar-se nas questões grupais no lugar das individuais, sendo capaz de articular as mesmas com a realidade. A liderança começou a ser partilhada entre todos e surgiu uma interação verbal e musical mais espontânea, revelada numa atmosfera segura. Notou-se a alternância entre a procura pela orientação da musicoterapeuta, embora mais esporádica e a autonomização, sendo que cada individuo começou a apresentar uma função e uma identidade do *Self* mais consistente, contribuindo assim para uma identidade grupal coesa que permitiu constituir o ISO grupal.

A aliança terapêutica, a organização funcional e interrelacional entre os membros do grupo foi clara na 10ª sessão, consolidando a fase madura. Na construção das canções e discussão sobre sentimentos e experiências distintas, os utentes demonstraram apreciação

mútua entre eles. Houve aceitação do verdadeiro *Self* de cada um, conseguindo gerir as divergências com a capacidade de transformar e processar os movimentos transferenciais. O trabalho desenvolvido começou a ser apresentado com continuidade e consistência. Cada utente escreveu uma quadra sobre a palavra que escolheu anteriormente, com a ajuda do resto dos membros. A primeira canção (Apêndice I) contou com as palavras “amor”, “amizade”, “aborrecimento” começou num ritmo mais lento (canção de embalar), depois passou para um registo mais alegre e no final, a pulsação foi bastante marcada. A melodia e harmonia surgiram em primeira instância com a ajuda do piano, em Dó Maior. Cada utente propôs uma melodia para as estrofes, por vezes de forma espontânea, outras com a orientação da musicoterapeuta (esta repetiu sempre as frases propostas de forma a dar reforço positivo ao material que era trazido e depois pedia ao grupo para o fazer). O grupo mostrou satisfação na realização desta tarefa. Assistiu-se a um movimento realizado do individual para o líder que depois era devolvido ao grupo.

A segunda canção (Apêndice J) apresentou uma melodia mais repetitiva, maioritariamente falada em rap com poucas alterações no ritmo. Esta segunda música era constituída por dinâmicas musicais menos oscilantes e as propostas eram realizadas por imitação, assistindo-se a um movimento regressivo. Estávamos perante a dificuldade de separação da aliança terapêutica na fase de despedida. Após a musicoterapeuta ter anunciado o término da Musicoterapia (um mês antes), alguns membros deixaram o grupo porque não aguentaram a despedida. Outros utentes conseguiram levar consigo as competências adquiridas ao longo do processo, delineado um novo projeto de vida e voltando à escola. No caso do G, a confirmação de consumos diários levou a equipa a reencaminhar o caso para o Centro de Apoio a Toxicodependentes. As três utentes com maior vínculo continuaram a estar presentes, a Abi, a Billie e a Misa, assim como a Callie.

Na 14ª sessão, foi pedida uma improvisação livre para analisar e interpretar as características cognitivas, relacionais e emocionais assim como a sua postura perante a música (Cassity & Cassity, 2006). O grupo mostrou consistência e progresso nas interações sociais, na autogestão e autonomização e maior tolerância face aos desconhecido e ao desenvolvimento criativo, conseguindo expressar os afetos em verbalização e som. Os membros entenderam a noção espaciotemporal de si e do outro, foram capazes de improvisar de forma organizada e com intencionalidade. Na 16ª sessão foram lembradas as questões individuais que tinham levado cada utente a integrar o grupo e a musicoterapeuta perguntou quais as diferenças que tinham notado, promovendo a capacidade de *insight*. A estagiária devolveu ao grupo uma interpretação com base na análise do todo o processo terapêutico realizado, reafirmando a conquista que foi conseguida na aquisição das competências sociais, de forma a dar reforço positivo, conter e preparar os utentes para a despedida. Todos eles conseguiram articular e reconhecer melhorias em si e nos outros. Todos expressaram terem ganho um sentimento de pertença e um dos membros disse “*esta é a família que eu nunca tive*”.

Na última sessão foram tocadas as duas músicas compostas pelo grupo, com o objetivo de ensaiar, gravar e preparar a apresentação da Musicoterapia no *Open Day* para os pais, utentes e toda a equipa do HGO (todos os trabalhos de cada ateliê foram apresentados no dia 12 de Junho). As gravações foram ouvidas em sessão para que o grupo pudesse realizar e interiorizar a experiência terapêutica desenvolvida ao longo dos oito últimos meses, acompanhada por uma improvisação livre e uma discussão final. As canções serviram de objeto transicional que facilitou a capacidade de *insight* e a transformação do *Self* de cada um. Ao recapitular os objetivos terapêuticos conquistados e as transformações intra e interrelacionais, o grupo pôde levar consigo as mesmas para o seu dia-a-dia fora do contexto

terapêutico (Rutan e Stone, 2001). A musicoterapeuta manteve-se informada sobre a evolução de cada utente após o término do estágio. Apenas duas utentes mostraram dificuldades em retomar a sua rotina, retomando a Musicoterapia no ano letivo seguinte.

**Conclusão do estudo.** O processo musicoterapêutico grupal ocorreu como descrito na revisão de literatura por Rutan & Stone (2001). Foi possível observar quatro fases, sendo que apenas 3 foram devidamente conseguidas. Na primeira fase, a fase formativa, a terapeuta adotou uma postura diretiva que serviu de orientação e permitiu criar um ambiente contendor a fim de os membros poderem expressar os seus sentimentos de forma segura (Stone, 2001). Os limites impostos também facilitaram a exploração sonora, a improvisação musical e a aceitação da falha (Bunt, Haskyns, 2002).

Após a introdução dos membros foi visível alguma reatividade onde alguns indivíduos adotaram uma postura disruptiva, espelhando conflitos nascidos no seio familiar, projetados no terapeuta e nos restantes membros (Rutan, Stone, 2001). Outros utentes procuraram a orientação de um líder. Ao longo desta fase, baseado na gestão dos mecanismos de defesa primários, o terapeuta tentou conduzir à resolução dos conflitos emergentes ao musicar e abraçar de forma empática aquilo que o grupo foi expressando, recorrendo frequentemente ao *chanting* (Rio, 2013). Para a transformação das vivências conflituais foi necessário espelhar a disrupção e dissonância musical para depois ser possível criar uma harmonia coletiva na criação de canções e nas improvisações livres, onde o grupo ganhou uma identidade própria e uma linguagem musical organizada (Rutan e Stone, 2001). Os membros foram entendendo os comportamentos e papéis que deveriam adaptar dentro do grupo para facilitar a sua coesão. As improvisações musicais grupais começaram a ser realizadas com intencionalidade, após superar a fase hesitante transcrita em tentativa e erro. A Misa, a Billie e a Abi formaram uma

forte aliança entre si e facilitaram a comunicação verbal grupal quando era necessário expressar desejos e sentimentos vividos no *aqui-e-agora*.

Foi identificada a fase madura, onde os membros do grupo assumiram uma identificação pessoal, levando à formação de vínculos e da aquisição de novas dinâmicas interpessoais. Alguns utentes procuraram a orientação de um líder expressando ainda a sua dependência e mecanismos de defesa ainda primários. Contudo, foi possível aumentar as interações no grupo e construir improvisações musicais livres onde os utentes se puderam expressar, sem perder a noção do seu *Self* quando em relação.

A coesão de grupo foi conseguida quando começou a surgir uma continuidade no trabalho realizado sessão após sessão, onde a expressão musical e verbal surgiu de forma mais organizada e espontânea. A improvisação musical coletiva e as técnicas recetivas da musicoterapia permitiram a discussão de conteúdos pessoais que levaram à transformação terapêutica (Gardstrom, 2007). A escuta coletiva das gravações, realizadas durante as sessões, permitiram ao grupo interiorizar a experiência vivida. A expressão musical e verbal espontânea foram objetivos parcialmente atingidos. O facto de o grupo ter sido semifechado e ter sofrido algumas perdas, atrasou a formação da coesão de grupo e por consequente, a aquisição de autonomização de cada membro. Ainda assim, dinâmica de grupo construída permitiu criar um espaço contentor que possibilitou o desenvolvimento de competências de autorregulação.

Os membros começaram a adquirir um sentimento de pertença e a entender a noção se si e do outro passando da individualização para o coletivo. As músicas compostas e os conteúdos afetivos partilhados eram frequentemente lembrados (Rutan e Stone, 2001). A verbalização presente na discussão final em cada sessão foi fulcral para o desenvolvimento do *insight* do grupo. O grupo mostrou-se muito envolvido e motivado face à composição

musical e investiu quando soube que as músicas iriam ser apresentadas aos pais e à equipa da Unidade de Pedopsiquiatria no *Open Day*. A exploração de sentimentos e a noção de reciprocidade só foi possível pela aliança terapêutica que foi construída, assente na aceitação e na empatia. A identidade sonora do *Self* de cada um foi explorado em conjunto, procurando desenvolver a autodeterminação e criatividade, e foi possível atingir o ISO grupal de significação coletiva (Borczon, 1997; McFerran, Wigram, 2002).

**Discussão do caso.** Com base na avaliação final, foi possível verificar um progresso significativo em todos os objetivos terapêuticos e o grupo evoluiu nas 4 fases descritas por Rutan e Stone (2001). A intervenção em MT em grupo mostrou-se eficaz na gestão dos afetos e na redução do isolamento social. Foi conseguida uma sincronia na relação musical, foram desenvolvidas as interações sociais e houve um aumento da coesão do grupo. A musicoterapia grupal facilitou a cooperação e identificação com os pares e moveu o “eu” para o “nós”. Quando foram introduzidos novos membros ou novas propostas musicais (diferenciação), emergiram conflitos que, geridos em grupo, sustentaram a transformação terapêutica, promovendo a negociação e discussão para um ISO grupal coeso. O grupo demonstrou maior capacidade na verbalização dos afetos (Guerra & Lima, 2005; Rutan & Stone, 2001). A terapeuta tentou distanciar-se do seu papel de líder para promover a autonomização do grupo. Embora tenha sido conquistada a partilha de reciprocidade, a diferenciação, o espelhamento e a mutualidade (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002), a última fase, da despedida, não foi devidamente conseguida. Seria necessário mais tempo para que os membros pudessem consolidar as competências adquiridas.

O grupo mostrou fortes dificuldades face à separação, traduzida na grande ausência dos utentes nas últimas sessões. Ainda assim, a maioria dos membros foram sido capazes de retomar o seu projeto de vida regressando à escola e à sua vida social mas ainda houve alguns

que não conseguiram integrar todo o processo terapêutico e levar consigo as competências adquiridas para as suas vidas fora do *setting*. (Rutan & Stone, 2001). Foi um grupo que mostrou constante necessidade de validação, atenção e afeto precisando de mais tempo de acompanhamento musicoterapêutico para autonomizar-se.



## **Outras Intervenções**

### **Intervenção individual com o Alberto**

O Alberto era filho único de pais casados, tinha 9 anos, frequentava o 4º ano e preparava-se para estudar Guitarra. Praticava cinco atividades extracurriculares, estando sempre ocupado. O pai tinha perturbação Bipolar do tipo II, tendo estado muito presente nos primeiros quatro anos do filho submetendo-o a uma sobrestimulação. O utente começou a ser acompanhado na unidade de Pedopsiquiatria com 5 anos, apresentando grandes fragilidades face à socialização e dificuldade na relação com os pares. Outros sintomas como tiques nervosos, ansiedade, medo da rejeição, constante necessidade de agradar o outro (melhor relação com os adultos), perturbações do sono, oscilação entre estados mais eufóricos e depressivos e intolerância à frustração foram os motivos que levaram os pais a recorrer à unidade.

Em Novembro de 2018 foi referenciado para a musicoterapia. Após avaliação inicial a terapeuta verificou tiques nervosos e comportamentos estereotipados, uma postura mais agida e impulsiva quando confrontado ou quando as ideias musicais em resposta (role-play) eram distintas às do utente. A relação com os pares, a tolerância à frustração face às contrariedades e a espontaneidade trabalhada na improvisação musical, foram os principais objetivos desenvolvidos na relação musicoterapêutica com o Alberto, contando com o total de 18 sessões com frequência semanal.

Inicialmente o processo terapêutico foi marcado por uma agitação motora e exploração constante de todos os instrumentos na sala, não conseguindo organizar e desenvolver um discurso musical focado. Após esta fase a estagiária começou a pedir que fosse utilizado apenas um instrumento tocado em conjunto de forma a promover a relação e a contingência musical. O Alberto desafiou diversas vezes a terapeuta como forma de testar os

limites da relação. As propostas eram elaboradas e complexas mas sempre dentro da pulsação conjunta.

A meio do processo terapêutico foi realizada uma consulta familiar em que foi possível constatar que o Alberto já não apresentava tiques nervosos nem ataques de raiva e os padrões de sono tinham estabilizado. Ainda assim, continuava com dificuldades em desenvolver um discurso com valor simbólico para descrever as emoções que sentia. Mantinha uma postura muito sensível face às brincadeiras com os pares revelando ainda alguma suscetibilidade. Assim como na musicoterapia, não se conseguia focar na realização dos trabalhos de casa, procurando constantemente outro estímulo. Mostrava ainda dificuldades em autonomizar-se.

A musicoterapia veio reforçar a significação do *Self* de Alberto, a autonomia e autoestima do mesmo nas sessões seguintes. Começaram a surgir resultados positivos quando a terapeuta percebeu que o utente desenvolvia um discurso musical coeso e intencional quando cantadas as experiências vivenciais que eram trazidas para a sessão, com apoio do piano. A relação terapêutica criada num espaço contentor e estruturado permitiu organizar internamente o utente. Foi realizada uma última consulta familiar com a presença da psicóloga. O Alberto começou a ser capaz de verbalizar o que sentia, tanto nas sessões como em casa e fez duas amizades importantes na escola. Estava mais focado, com maior tolerância à frustração e a nível académico começou a sentir facilidade em adaptar-se. O Alberto teve alta em Maio de 2019.

### **Intervenção individual com o Luís**

O Luís era filho de pais separados, vivia com a mãe, os três meios-irmãos e o padrasto. Tinha 13 anos, frequentava o 7º ano, apresentava Perturbação da Oposição e onnipotência. O pai era invisual, vivia em condições muito precárias, tinha uma relação

conflituosa com o filho que via apenas de 15 em 15 dias e nunca comparecia nas consultas da unidade de Pedopsiquiatria, desvalorizando o acompanhamento do utente. Luís apresentava comportamentos evidentes de defesa e respostas evasivas quando lhe perguntavam sobre o pai. A mãe não conseguia entender o sofrimento do Luís e queria que fosse medicado pelo seu comportamento disruptivo. Chorava de forma descontrolada em casa face à frustração ou quando era repreendido pelo seu comportamento inadequado. Não conseguia adotar responsabilidade, tinha diversas faltas disciplinares e notas negativas, mostrava alterações do comportamento graves e agressividade. Tinha alguns amigos próximos mas nenhum era da sua turma. Foi encaminhado para a Musicoterapia tendo em paralelo acompanhamento com o pedopsiquiatra e psicólogo

Após a avaliação inicial a musicoterapeuta reparou que o utente apresentava uma expressão triste e uma postura desistente face à abordagem que mostrou com os instrumentos (tocava e após pouco tempo desistia e trocava). O humor era eutímico, o contacto era sintónico e embora houvesse pouco contacto ocular, o Luís respondia ao que estava a ser proposto quando a terapeuta o desafiava, indo de encontro à postura do utente. O principal objetivo consistiu em proporcionar um meio estruturante e contentor para promover o controlo da impulsividade a fim de organizar o comportamento de oposição e melhorar a relação com o par. Esteve presente em 7 sessões.

Na primeira fase o utente tinha um discurso musical fluido mas tentava constantemente testar os limites. Consequia manter a pulsação em conjunto com a terapeuta mas retirava-se da relação. Era proposto outro instrumento ou então a estagiária tocava em espelho para reforçar o *Self* do Luís. Quando lhe era pedido uma frase sobre a semana ou uma palavra sobre o que tinha sentido na sessão, o conteúdo afetivo verbalizado era vazio em

forma de silêncio ou com um “*Não Sei*”. Trazia músicas maioritariamente num registo de Rap com vocabulário agressivo.

Foi realizada uma nova consulta familiar a meio do processo musicoterapêutico em Maio de 2019. Sentiu-se uma ligeira melhoria no comportamento. Embora tivesse boas capacidades cognitivas, as dificuldades nas competências escolares mantinham-se, contando ainda com 9 negativas como no 1º período. Com base nestes dados, a musicoterapeuta entendeu a importância de possibilitar ao Luís a expressão dos seus sentimentos para que acesse ao seu lado depressivo a fim de interiorizar, musicar e verbalizar o que sentia. A improvisação musical cantada e sustentada com o piano, baseada nos processos transferenciais e no conteúdo vivencial que o utente trazia para as sessões, permitiu transformar e dar voz aos sentimentos do mesmo. A relação musical tornou-se evidente e este começou a sentir satisfação e confiança para desenvolver um discurso coeso assente na intencionalidade quando o outro proporcionava significação ao seu *Self*. O Luís começou a ser mais assíduo quanto às suas presenças, adquiriu mais autonomia e passou a ter iniciativa face às atividades. Mostrou-se mais disponível à relação afetiva com os pares. Foi um dos utentes mais difíceis de construir relação durante o estágio e por término do mesmo, não foi possível manter o acompanhamento, embora fosse crucial para consolidar os mecanismos e competências adquiridas.

A musicoterapeuta preparou a despedida duas semanas antes mas o utente não aguentou a separação e não compareceu. Veio apenas à última consulta familiar com a mãe. No 3º período teve muitas faltas injustificadas mas apenas 3 negativas. Notou-se melhoria no comportamento tanto em casa como na escola. Foi-lhe proposto o grupo de adolescentes, realizado durante o verão, como forma de dar continuidade ao acompanhamento mas o Luís recusou, revelando ainda dificuldade em lidar com a mudança e com o desconhecido. O Luís

teria beneficiado da continuação do acompanhamento em MT para a consolidação dos objetivos terapêuticos.

### **Intervenção individual com a Marcela**

A Marcela, 11 anos, era filha de pais separados, vivia com a mãe de 46 anos e tinha dois meios-irmãos. Via o pai durante apenas no período das férias porque o mesmo trabalhava no estrangeiro. Começou a ser acompanhada na unidade de Pedopsiquiatria com 7 anos por alterações do comportamento graves e défice cognitivo. Começou a falar apenas com 4 anos. Suspeita-se que terá desenvolvido uma depressão precoce antes de ter aprendido a verbalizar.

As dificuldades regulatórias caracterizadas por episódios de birras, choro incontrolável e descontrolo do comportamento mantiveram-se desde o 1º ano escolar até à data do início do acompanhamento em MT. A instabilidade comportamental, a dificuldade em lidar com a contrariedade, a recusa em aprender e a barreira emocional adotada condicionaram gravemente os processos de aprendizagem.

Após a primeira consulta familiar e a avaliação psicológica foi possível observar que a eficiência intelectual encontrava-se a um nível muito inferior do normativo. Salientavam-se elevadas dificuldades ao nível do pensamento associativo e categorial. A vulnerabilidade emocional devia-se à presença das dificuldades ao nível cognitivo. Foi determinado o projeto terapêutico que consistiu no acompanhamento psicológico de frequência quinzenal e na intervenção em MT com regularidade semanal.

Na avaliação inicial, a musicoterapeuta verificou a presença de comportamentos de agressividade e oposição quando confrontada com situações de contrariedade ou falha, exibindo uma baixa tolerância à frustração. Face às atividades propostas ou regras estipuladas, a Marcela retirava-se, chorava ou gritava quando não conseguia reproduzir a

proposta do outro. A utente apresentava Perturbação do Neurodesenvolvimento. Um dos principais objetivos foi proporcionar à Marcela um ambiente contentor para o desenvolvimento de competências autorregulatórias, assim como passar para o 5º ano. Contou com o total de 23 sessões.

Inicialmente, a Marcela entrava nas sessões e não queria tocar. Refugiava-se num objeto pessoal (transicional) para se sentir segura. Tinha medo de falhar. Chorava durante toda a sessão e verbalizava sons ou palavras infantilizadas, manifestando uma postura muito regressiva. Numa das sessões deitou-se no chão, mostrando total recusa em participar nas atividades. A escuta musical, as improvisações musicais e a construção de canções foram maioritariamente dirigidas pela utente ao longo do processo, sentindo-se ameaçada quando lhe era proposto outro caminho. Foi frequente a Marcela retirar-se quando a estagiária começou a integrar elementos distintos aos que a utente conhecia, de forma a testar a resistência à frustração. Descrevia as sessões com “Não sei”. Através dos processos transferenciais a musicoterapeuta sentiu frequentemente impotência e dificuldade em conseguir chegar à utente, interpretando que esta sentia o mesmo; abandono, angústia e desistência com medo de não conseguir realizar as tarefas e corresponder ao outro. A evolução do caso teve um carácter oscilante, com dificuldade em manter um trabalho contínuo. Os objetivos foram superados quando a disponibilidade emocional da Marcela começou a transparecer, consequência da aliança terapêutica construída assente na confiança e empatia partilhada.

A aquisição de competências autorregulatórias e o seu progresso começou a ser mais consistente a meio do processo terapêutico, quando começou a ser capaz de cantar e responder de forma espontânea à improvisação musical realizada. O piano foi o instrumento que mais ajudou na construção de canções e improvisação musical, quando foram cantadas as

experiências musicais que a Marcela trazia para a sessão. Palavras como “Amor”, “Paixão”, “Amizade” e “Alegria” foram utilizadas para descrever as sessões. A utente mostrou-se capaz de verbalizar emoções.

Na escola e em casa melhorou o comportamento, adquiriu maior resistência à frustração e foi capaz de criar novas dinâmicas interrelacionais fora do setting. A estagiária sentiu que a utente iria beneficiar da continuidade do acompanhamento em MT para a consolidação do vínculo terapêutico e das competências adquiridas. Quando a despedida foi anunciada, a Marcela não conseguia integrar a razão do término da MT e chegou a pedir o contacto pessoal da terapeuta, revelando ainda muita dificuldade face à separação e falta de autonomia. Na última consulta conseguiu resumir e interiorizar as aprendizagens adquiridas expressas numa improvisação cantada. Transitou para o 5º ano e a Mãe confirmou que a Marcela já se conseguia autorregular face a situações de contrariedade.

### **Intervenção individual com o António**

António tinha 7 anos, era filho único e apresentava um Núcleo Psicótico. Frequentava o 2º ano com rendimento insuficiente apesar de ter bom potencial cognitivo. Vivía com a mãe, diagnosticada com depressão, e os avós maternos. Dormia com o avô e via filmes de terror sem controlo. Os lanches ficavam na mochila com bolor e a mãe não acompanhava de forma assídua a medicação do filho. O pai, com quem mantinha contacto regular, tinha emigrado para o estrangeiro.

Vinha referenciado do pré-escolar como uma criança irrequieta, demonstrando dificuldades em cumprir regras. No 1º ano cantava, gritava e levantava-se com comportamentos agressivos na sala de aula. O António apresentava alterações do comportamento graves com hétero e auto agressividade. Mordia a mãe e batia nos colegas. Mostrava dificuldade em controlar os impulsos e tinha o sono agitado. Começou a ter

comportamentos autolesivos. Tinha hiperimaginação e era disperso. Mostrava dificuldade em distinguir a realidade da imaginação. Foi referenciado pela CPCJ por frequente comportamento agressivo e falta de contenção e orientação por parte da Mãe. Teve a primeira consulta de Pedopsiquiatria no HGO em Janeiro de 2019 e de Psicologia em Fevereiro. Em Março foi encaminhado para a Musicoterapia mantendo em paralelo o acompanhamento Pedopsiquiátrico como plano terapêutico. Contou com o total de 7 sessões.

Após avaliação inicial foi possível confirmar que o utente tinha uma forma de estar e tocar desinibida e agitada, dificultando a realização das tarefas propostas. Tocava em todos os instrumentos sem qualquer contenção ou organização. Era necessário um reforço constante do estagiário para focar a sua atenção. Sentia-se frequentemente desamparado e impelido a agir pelos seus próprios meios para fazer face às situações de conflito. Os mecanismos de defesa consistiam na idealização e onnipotência, mostrando um registo muito regressivo e imaturo. Tendo em conta a fraca capacidade de mentalização quando lhe era pedido para verbalizar um sentimento sobre a sessão e a incapacidade de conter a turbulência emocional, foram estipulados como objetivos terapêuticos a aquisição de mecanismos autorreguladores para a contenção da impulsividade, no desenvolvimento da relação com os pares, no aumento da concentração e na capacidade de tolerar a frustração.

O António mostrava facilidade em cantar as suas experiências, descritivas da sua rotina, mas era necessário limitar a improvisação numa frase repetitiva, para que aos poucos conseguisse integrar limites a noção da existência do outro. Através do diálogo, mostrava interesse e conhecimentos sobre temas pouco usuais para a sua idade. Ao longo da intervenção em MT foi adquirindo mecanismos para tolerar as regras estipuladas nos exercícios. A pulsação interna começou a ser mais consistente, contrariamente ao início em que as improvisações rítmicas se transcreviam em aleatoriedade, espelhando a desregulação



emocional do utente. A desmotivação inicial foi transformada, ao trazer canções e vivências suas para a sessão. O António começou a tocar e cantar de forma intencional onde após a sua vez, já pedia uma resposta musical da estagiária, revelando autonomia e noção espaciotemporal de si e do outro, transcrita nas pausas e no diálogo musical construído em conjunto.

Em Maio de 2019, após consulta de Pedopsiquiatria, foi possível avaliar que António tinha estabilizado mostrando uma melhoria significativa. A mãe mostrou assiduidade quanto às consultas familiares e disponibilidade para integrar o grupo de Pais, revelando motivação em acompanhar o filho. Na última consulta familiar verificou-se que o utente estava mais calmo tanto na escola como em casa e tinha feito amigos. Os padrões de sono estabilizaram, as notas melhoraram e mostrava mais disponibilidade em aprender. Por impossibilidade da musicoterapeuta continuar o trabalho realizado No entanto o tempo de acompanhamento em MT foi curto para a consolidação da aliança terapêutica e na autonomização do António. Foi então encaminhado para a Área de Dia. A última consulta de Musicoterapia foi realizada em Junho de 2019.

### **Intervenção individual com Leandro**

O Leandro tinha 12 anos, tinha um irmão e integrava o 5º Ano. Filho de pais casados, tinham vivido muitos anos no estrangeiro e não estavam satisfeitos em regressarem a Portugal. Na escola o utente estava a repetir o ano por falta de motivação e participação.

Na primeira consulta familiar foi possível determinar que o Leandro mostrava problemas de aculturação, transcritas em mutismo seletivo. Os comportamentos alimentares eram compulsivos, tendo sido reencaminhado para a nutricionista. Em paralelo, sendo o veículo principal da musicoterapia, a música em vez da palavra, o utente teve indicação para iniciar a terapia com a estagiária no dia em Dezembro de 2018. Contou com o total de 14

sessões. Com base na Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical, o utente respondeu que tocava piano e flauta e apreciava música clássica.

Após a avaliação inicial, foi possível interpretar a ansiedade do utente na dificuldade em tomar iniciativa para a realização dos exercícios. Os principais objetivos consistiram na diminuição da resistência face ao contexto terapêutico com a promoção da autonomização e o desenvolvimento da autodeterminação. Sempre que era pedido ao Leandro para tomar iniciativa, retraia-se inclinando o corpo e levando as mãos atrás. O olhar passava sobre todos os instrumentos e a fechava a boca, transparecendo um bloqueio vincado quando confrontado com uma nova situação, fora do contexto familiar. A disponibilidade à relação estava presente, embora com um comportamento adaptativo muito resistente.

Durante a primeira fase do processo musicoterapêutico, a construção da relação consistiu na aceitação dos longos silêncios e na realização de improvisações em espelho. O discurso rítmico começou a ser mais espontâneo quando a confiança, sustentada pela aliança terapêutica, se apresentou gradualmente mais consistente. Os comportamentos compulsivos provocados pelo medo ao desconhecido e o auto-julgamento foram-se dissolvendo e o utente começou a levar para fora do contexto terapêutico os mecanismos adquiridos, participando mais nas aulas e desenvolvendo novas relações de amizade.

Na segunda consulta familiar realizada em Fevereiro de 2019, os pais relataram que o Leandro aproveitamento escolar e que já conseguia verbalizar os acontecimentos do seu dia. Contudo, o humor continuava irregular e por vezes ainda se isolava em casa. Na escola, começou a ir com frequência ao quadro e a questionar os professores, mostrando um forte desenvolvimento face à sua autonomização.

Em MT foi trabalhada a intencionalidade quando em comunicação e a significação do *Self* do utente. No final das sessões e com prontidão, este verbalizava sempre um sentimento

sobre a experiência terapêutica. Foram poucas as vezes que cantou, mas o discurso melódico explorado nas improvisações musicais ao piano foi cada vez mais extenso. O Leandro envolvia-se sobretudo quando a estagiária cantava uma experiência que o mesmo tinha trazido para a sessão. A seleção de duas notas passaram a uma extensão de várias oitavas, tocadas com intencionalidade e satisfação. A pulsação e a contingência musical foram consolidadas na relação com a musicoterapeuta, aceitando assim a novidade e a falha.

O Leandro começou a ser capaz de andar sozinho de transportes e de gerir o seu dinheiro. A resistência à aculturação, assim como a sua passividade, foram superadas. O utente começou a ser pouco assíduo na última fase do processo terapêutico. A estagiária interpretou este movimento como uma desvinculação saudável da aliança terapêutica, sendo que o mutismo seletivo foi resolvido. Na última sessão foi-lhe pedido para escrever e resumir a sua experiência a fim de poder interiorizar as competências adquiridas. O Leandro verbalizou que a Musicoterapia o tinha ajudado na relação com o outro e que tinha gostado do facto de ter conseguido tocar com a musicoterapeuta. Sentiu que superou a vergonha e escolheu a palavra “Alegria” para definir o processo terapêutico e a relação construída. O utente teve alta no em de Maio de 2019.

### **Intervenção Individual com Sebastião**

O Sebastião tinha 17 anos e estava inserido num curso profissional a repetir o 9º ano. O utente era acompanhado há alguns anos na unidade de Pedopsiquiatria. Encontrava-se em absentismo escolar e enquadrava-se num funcionamento de núcleo psicótico.

O pedido de reencaminhamento para a MT surgiu com o intuito do Sebastião poder ganhar mais motivação para o cumprimento e finalização das tarefas, assim como adquirir maior capacidade de organização da sua rotina, mais confiança e consistência com as relações

interpessoais criadas em seu redor. O utente compareceu apenas na primeira sessão que aconteceu em Janeiro de 2019.

Nesta avaliação inicial, foi possível verificar algumas características do funcionamento psicótico do Sebastião, previamente descritas pelos técnicos responsáveis. O utente mostrou-se envolvido nas atividades, mas sentiu-se a presença de fortes dificuldades na mentalização.

Ao longo da sessão, o Sebastião foi capaz de se manter em relação com a terapeuta nas improvisações musicais. Esta sincronia foi visível tanto na improvisação rítmica nos bongós em simultâneo com a estagiária, assim como na improvisação melódica ao piano. A pulsação manteve-se estável e foi possível sentir uma contingência musical. A forma como tocava mostrava intencionalidade e notou-se maior exploração de texturas e dinâmicas musicais. O Sebastião descreveu a sessão com a palavra “Alegria” e disse que tinha correspondido às suas expetativas.

Na sessão seguinte não compareceu. A mãe comunicou a desistência. Durante a sessão, não foi sentido este desinteresse. Contudo, a estagiária sabia de antemão que o Sebastião apresentava padrões de comportamento adaptativo marcados pela constante desistência face à novidade e a outras situações da sua vida, como a dificuldade em concluir o seu curso profissional e a falta de motivação em construir novas amizades. A dificuldade em aceder à relação com o outro não permitiu a continuação do processo musicoterapêutico.

### **Intervenção com o Grupo 2 do HDTP**

O Grupo 2 do HDTP consistiu num grupo de intervenção musicoterapêutica em complemento ao acompanhamento psicológico, pedopsiquiátrico e de outras terapias constituintes deste projeto piloto. Os principais objetivos trabalhados foram o desenvolvimento da mentalização para a reformulação das problemáticas relacionadas com a

vinculação, a reconstrução da identidade sonoro-musical e a possibilidade de desenhar um novo projeto de vida estruturado através de um espaço contendor assente no aqui-e-agora. O Grupo 2, semifechado, foi realizado entre Novembro de 2018 a Junho de 2019, com o total de 20 sessões com frequência semanal de carater semiestruturado e contou com 12 utentes com uma média de idades de 15 anos, sendo que a maioria encontrava-se em absentismo escolar.

A V tinha 14 anos, estava no 9º ano e participou apenas na primeira sessão. Teve indicação para o grupo por apresentar comportamentos autolesivos e um funcionamento *borderline*.

A Mar tinha 15 anos, estava no 8º ano e participou em 8 sessões. Apresentava um aspeto investido. Teve indicação para o grupo devido a comportamentos autolesivos e isolamento social. Ao longo do processo foi adotando progressivamente uma postura desistente e traços mais depressivos, tendo sido medicada. O pai tinha saído recentemente da prisão e não assumiu a filha. Mar tinha uma relação dependente com a mãe. A utente gostava e cantar, tocar piano e revelava empatia pelo outro.

A Eran tinha 15 anos, estava no 9º ano e participou em 4 sessões. Apresentava uma postura cuidada. Acabou por desistir e teve um internamento. A utente acordou em regressar à MT mas não aguentou a sua exposição no grupo. Tinha perturbação do comportamento alimentar e um historial de múltiplos internamentos.

A Annie tinha 16 anos, estava no 10º ano e cumpriu o contrato terapêutico de forma assídua estando presente nas 20 sessões. Tinha um funcionamento *borderline*, apresentava esquizotipia, uma inibição vincada e um núcleo psicótico. Ouvia vozes e estava a ser medicada com acompanhamento pedopsiquiátrico. Estudava violino no conservatório mas nunca tocou o seu instrumento nas sessões. Tinha uma postura adequada e cuidada mas revelava muita ansiedade. No decorrer do processo terapêutico foi-se mostrando capaz de

verbalizar as experiências e sentimentos vivenciados no grupo. Na última sessão partilhou os seus textos e revelou que o seu livro ia ser publicado. A Annie mostrou-se disponível e sempre pronta a incentivar o próximo.

A Emmie tinha 15 anos, estava no 8º ano e participou em 15 sessões, estando presente na primeira e última. Tinha um historial de comportamentos autolesivos enquadrando-se num funcionamento borderline, alteração nos padrões do sono, muitas dificuldades ao nível da mentalização e na relação com os pares, encontrava-se em absentismo escolar e apresentava uma postura ansiogénica. Já tinha participado no grupo de adolescentes, marcado pela sua desistência e neste grupo realizou as tarefas com pouca intencionalidade. Nas últimas sessões foi capaz de integrar a sua transformação e reconhecer as competências melhoradas a nível da vinculação e da relação com os pares.

A Cassie tinha 15 anos, estava no 9º ano e participou em 15 sessões. Com histórico de abuso sexual e físico por parte do seio familiar, comportamento de oposição vincado, extrema dificuldade com os pares e em integrar limites, incapacidade de autogestão e comportamentos autolesivos característicos do funcionamento borderline, foi das utentes que apresentou maior resistência face à aliança terapêutica e ao tratamento. O seu contrato terapêutico ficou comprometido ao envolver-se intimamente com outro membro. A musicoterapeuta propôs várias estratégias ao longo do processo para que esta conseguisse aceder aos afetos e a um registo mais depressivo, empático e menos agido face aos pares. A Cassie revelou capacidade em verbalizar e integrar a experiência vivida no grupo assim como ganhar competências para a gestão da frustração. A transição aconteceu numa sessão em que o grupo celebrou e cantou “Os Parabéns” no seu dia de aniversário. A utente começou a envolver-se e tomar iniciativa. Começou a adotar o papel sociável com uma postura empática e a dar reforço positivo a fim de ajudar os restantes membros na realização das tarefas.

O Janeiro tinha 17 anos, estava no 9º ano e participou em 13 sessões. Iniciou o acompanhamento na Unidade de Pedopsiquiatria em 2017 por alterações de comportamento, em contexto de Perturbação Mental do espectro da psicose. Apresentava Perturbação Bipolar e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual crónico, diversos episódios de internamento, suspeita de consumos de estupefacientes e de abuso sexual no Brasil. Sofreu frequentemente descompensação por incumprimento terapêutico, sendo que era o próprio utente a gerir a toma da medicação e a família era incapaz de acompanhar e proteger o jovem. O seio familiar era marcado por conflituosidade e episódios de agressividade. Colocou-se varias vezes a si e a terceiros em situações de risco. Foi referenciado à CPCJ. Vivia com a mãe, o padrasto e os irmãos. Fazia parte de um grupo musical da igreja evangélica. Apresentava um aspeto cuidado mas uma postura reveladora de imaturidade e indiferenciação. O discurso era fluído mas pouco elaborado e coerente, transcrito numa pulsação musical instável e na incapacidade em escutar ativamente o outro a fim de conseguir concretizar uma tarefa com os pares, como a construção de uma improvisação musical. Faltava-lhe a noção espaciotemporal de si e do outro. Foi-lhe atribuído como plano terapêutico consultas de psicologia, pedopsiquiatria, terapêutica psicofarmacológica, a integração no HDTP, nomeadamente a musicoterapia e a aplicação do ensino especial articulado com a escola. O grupo permitiu a contenção do comportamento de oposição do mesmo e aos poucos a aceitação do outro. Desistiu antes do fim por não aguentar a separação com os pares.

A B tinha 15 anos, estava no 9º ano e esteve presente apenas na primeira sessão. Teve indicação para integrar o grupo por mostrar tristeza profunda, ansiedade e depressão apresentando um funcionamento borderline.

O LR tinha 15 anos, estava no 10º ano, de momento em absentismo escolar e mostrava traços depressivos. Estava de luto com a morte do pai. Frequentou 3 sessões.

O DC tinha 16 anos e estava no 10º ano. Esteve presente apenas em uma sessão. Foi vítima de bullying desde o 5º ano, apresentava um quadro depressivo, ansiogénico e isolamento social desde há um ano. Os padrões de sono eram irregulares, estava frequentemente cansado e chorava facilmente. Embora nunca tivesse chumbado de ano, estava em absentismo escolar. Tinha apenas 1 ou 2 amigos. Começou a ter pensamentos frequentes sobre a morte. Revelou dificuldades nas relações interpessoais, fragilidade ao nível da identidade e dificuldades ao nível de adaptação social, comprometendo desta forma a sua continuidade no grupo e também o seu desempenho cognitivo.

A Silvie tinha 14 anos, estava no 8º ano e participou apenas em uma sessão. Teve indicação para o grupo de musicoterapia por apresentar alterações do comportamento, isolamento social, agressividade verbal desde há um ano face às figuras de referência e ansiedade sobre a sua identidade e a imagem corporal. Tinha uma postura de onipotência, baixa resistência à frustração, alterações nos padrões de sono definidos com pesadelos e recusava ajuda. Mostrou-se tensa, ansiosa e defensiva. Não aderiu à terapia familiar, à musicoterapia nem à psicomotricidade.

A River tinha 17 anos e encontrava-se no 9º ano. Participou em 6 sessões. Iniciou o acompanhamento na unidade em 2018. Apresentava alterações do sono e um comportamento agressivo, falta de higiene e isolamento social. Tinha um discurso por vezes confuso e uma imagem pouco cuidada. A realidade e o abstrato eram difíceis de separar. Por vezes não conseguia integrar os limites e numa das sessões chegou a deitar-se no colo da estagiária de psicologia. A postura era desadequada para a idade. Com o decorrer do processo foi capaz de estabilizar as oscilações do humor, aumentar o apetite e ganhar alguma autonomia do que diz respeito a normalização dos padrões do sono durante ausência da mãe.



As sessões tinham como estrutura um diálogo inicial em que era lembrado o conteúdo trabalhado na sessão anterior para criar continuidade terapêutica e depois eram explorados acontecimentos significativos. Com base na partilha verbal, era iniciada a intervenção musicoterapêutica ativa. Numa primeira fase era realizada uma improvisação rítmica individual em grupo, na segunda parte eram escutadas ou criadas letras para a construção de novas canções e no fim era feita a discussão para a interpretação dos processos transferenciais que ocorreram. Nas improvisações livres foi promovida a expressão emocional traduzida em som que permitiu mentalizar os afetos, promover o *insight*, e criar coesão de grupo. Foram trabalhadas as problemáticas relacionadas com o vínculo e a autogestão dos limites inseridos na dinâmica de grupo. O grupo revelou fortes dificuldades em superar a fase reativa e passar para a fase madura. O caos esteve presente diversas vezes e só foi possível a cooperação e identificação com os pares quando a musicoterapeuta devolveu nas improvisações, as características de oposição que surgiram.

Aos poucos foi possível obter uma coesão grupal e uma identidade sonoro-musical própria. Os utentes adquiriram um sentimento de pertença e conseguiram integrar a noção spatiotemporal de si e do outro. O Janeiro, A Emmie e a Cassie expressaram a sensação de se terem sentido em família e no último dia trouxeram músicas e desenhos representativos da sua experiência em MT, descrita como uma experiência “muito positiva”. Foi criado um objeto que marcasse a transição para a despedida, duas canções originais apresentadas aos pais e técnicos da unidade no *Open Day* do HDTP. Com base na avaliação dos questionários e na discussão verbal concretizada na última sessão, foi possível observar os benefícios da musicoterapia aplicados em contexto pedopsiquiátrico. Quase todos foram capazes de retomar os seus projetos de vida, levando consigo as competências adquiridas fora do *setting* terapêutico. Contudo, a última fase de despedida não foi totalmente conseguida porque o

grupo ainda procurava com frequência a orientação do terapeuta, revelando falta de autonomia. O *setting* em MT, o grupo e a música utilizada como meio facilitador para a gestão e validação emocional, permitiu a reconstrução da identidade sonoro-musical e a aquisição de competências interrelacionais transformando de forma positiva a relação com os pares e o desenvolvimento da mentalização.

### **Conclusão do Estágio e Discussão dos Resultados**

O presente relatório reflete o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado na Unidade de Pedopsiquiatria no Hospital Garcia de Orta em Almada ao longo de oito meses. A abordagem musicoterapêutica foi introduzida como complemento aos serviços prestados pela equipa da Unidade de Pedopsiquiatria.

Este estágio teve como principais objetivos criar um espaço que possibilitasse a expressão, a significação do *Self* e a transformação do indivíduo de forma ativa, promover a mentalização dos afetos e das vivências internas da criança e do adolescente permitindo a reformulação das problemáticas relacionadas com a vinculação e o treino de competências sociais para a autogestão dos limites e reconstrução da identidade sonoro-musical na relação com os pares. A comunicação entre os utentes, os cuidadores e os técnicos da equipa foi fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico da população intervencionada tanto em contexto individual como em grupo, no HDTP. As sessões ocorreram com frequência semanal, de carácter semiestruturado e todos os casos foram discutidos nas reuniões clínicas a fim de poder acompanhar, analisar a evolução do utente e reforçar o trabalho clínico da estagiária.

Os planos terapêuticos e abordagens aplicadas assentes nas necessidades de cada utente foram fundamentadas pela revisão de literatura (Wigram, Pedersen, Bonde, 2002; Bion, 1992; Alvin, 1975) Com base na intervenção clínica desenvolvida e análise dos casos, foi possível constatar que a intervenção em musicoterapia foi benéfica para transição e reelaboração psíquica dos em contexto individual e em grupo, possibilitando a dinamização da partilha e reciprocidade, a diferenciação e aceitação de si e do outro, a capacidade de

*insight* para reorganização e autorregulação face à ambivalência afetiva e à clivagem em dinâmicas relacionais instáveis (Priestley, 1994).

A estagiária adotou inicialmente uma postura mais diretiva, à qual se mostrou fundamental para organização e construção da aliança terapêutica e das dinâmicas de grupo, recorrendo a jogos rítmicos em espelho ou *role play*, escrita de canções e canto grupal para a regulação da ansiedade. A voz cantada foi umas das ferramentas mais utilizadas e mostrou ser um veículo regulador para utentes com características sonoro-musicais oscilantes quando utilizada para enraizar e conter. Austin (2008), explica a importância do *holding* para amparar e estimular a autoestima, assim como do *toning* vocal para apaziguar e reestruturar o equilíbrio intrapsíquico e físico do utente. O *chanting* foi fundamental no reforço da aliança terapêutica quando foram evocados os sentimentos vividos em sessão baseados na partilha verbal e cantada e nos processos transferenciais (Rio, 2013).

A improvisação livre começou a ter maior congruência emocional e musical (Wigram, 2004) quando os elementos musicais que surgiram no aqui-e-agora foram transcritos em palavras, na discussão realizada ao fim de cada sessão, o que permitiu o desenvolvimento do *insight*. As técnicas ativas em MT de improvisação e criação musical facilitaram a exteriorização emocional e a aquisição de novos mecanismos autorreguladores. O instrumento corporal esteve muito presente nas sessões, por ser o primeiro instrumento utilizado para a vinculação entre a mãe e o feto/recém-nascido (Benenzon, 1998). Mostrou-se um veículo comunicativo importante para o reforço da aliança terapêutica. A disponibilidade emocional da criança e do adolescente permitiu a expressão do seu verdadeiro *Self* através da sua capacidade musical inerente. O seu desenvolvimento foi conseguido quando acedeu ao princípio de musico-criança que promoveu a receptividade e a cognição (Robbins & Robbins, 1991).

As técnicas recetivas como a escuta de canções também permitiram o acesso aos afetos. A reflexão individual e em grupo veio a demonstrar aos utentes outras formas de criar relações interpessoais saudáveis conseguindo assim ultrapassar o conflito ou caos presente em alguns momentos do processo terapêutico. A aliança terapêutica permitiu também a criação de novas dinâmicas relacionais (Bion, 1992).

Inicialmente, devido às características específicas da população intervencionada e das relações interpessoais instáveis que esta veio a conhecer em inúmeras situações vivenciais tanto no seio familiar como escolar, foi sentida uma forte ambivalência emocional transcrita na dificuldade em aderir e cumprir o contrato terapêutico. Estas dificuldades foram maioritariamente sentidas nos grupos. A aliança terapêutica assente na empatia e confiança fomentou a autodeterminação cada indivíduo e transformação do silêncio/vazio em música no *setting* terapêutico. A improvisação musical livre, quando realizada em grupo, possibilitou aos utentes a adoção de papéis específicos, a cooperação e identificação com os pares, ganhando assim uma identificação pessoal que permitiu a transformação terapêutica. (Gardstrom, 2007).

Embora os objetivos terapêuticos tenham sido conseguidos e a maioria dos utentes tenham sido capazes de desenhar e retomar um novo projeto de vida, a estagiária sentiu que era necessário mais tempo para consolidar as competências adquiridas pois a coesão emocional e da aliança terapêutica. Em quase todos os casos a fase de despedida não foi totalmente conseguida e era necessário estender a intervenção em MT para trilhar os processos de autonomização dos utentes.

A equipa da Unidade de Pedopsiquiatria do HGO reconheceu a importância do trabalho desenvolvido pela estagiária e dos benefícios da intervenção em musicoterapia nesta população para a promoção do progresso clínico tanto a nível emocional como social.



## Reflexão Final

Ao longo do meu percurso musical e após estudar canto lírico com mais profundidade, vim a perceber que a voz e a música são um meio de comunicação e expressão que permitem transformar o *Self* e reestabelecer novas dinâmicas relacionais, o que me motivou a integrar o Mestrado em Musicoterapia.

O estágio permitiu-me entender a prática em MT e aprofundar os meus conhecimentos técnicos. No início senti alguma preocupação por parte da equipa, por ser uma intervenção nova na Unidade de Pedopsiquiatria que iria ser aplicada a uma população difícil de gerir e com fragilidades muito específicas. No entanto foi notória a disponibilidade constante por parte de todos os técnicos face ao esclarecimento de dúvidas, orientação dos casos e reforço positivo do trabalho musicoterapêutico que estava a ser desenvolvido. Os conhecimentos teóricos permitiram-me delinear os planos terapêuticos e defender a minha intervenção em MT mas houve diversas situações que ultrapassavam a literatura e tinham que ser geridos no aqui-e-agora.

Comecei por integrar novas formas de utilizar a música como um veículo para a construção da aliança terapêutica em contexto individual e grupal. Emocionei-me diversas vezes com o desenrolar de certos momentos ao longo das sessões, quando me permiti ser espetadora, entendendo que a musicoterapia facilitava o sentimento de pertença, o aumento da autoestima e criatividade, da reciprocidade e de autonomia destes jovens. Inicialmente, uma das maiores aprendizagens foi conseguir separar o meu *Eu* do outro de forma a conseguir abraça-lo como um todo, com empatia e com a distância necessária para poder intervir enquanto terapeuta. O meu processo individual psicoterapêutico e as supervisões foram fundamentais para a gestão desta separação a fim de conseguir organizar o meu trabalho. A intervenção em MT mostrou-me uma nova forma de estar em relação e de sentir o

outro, onde muitas vezes bastava uma palavra para construir um momento de transformação.

O silêncio ganhou outra cor e dimensão quando partilhado com o par.

Agradeço à Professora Teresa pela sua forma empática de estar e pela sua disponibilidade. Desenvolvi um grande carinho e respeito por todos os utentes com quem tive oportunidade de trabalhar assim como pela Dra. Paula Zaragoza, orientadora do estágio e os elementos da equipa técnica, que me convidaram para continuar a trabalhar na Unidade.



## Bibliografia

- Afonso, P., Figueira, M., Sampaio, D. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de Psiquiatria Infantil* (4ª ed). Milán: Toray-Masson.
- Recuperado a 12 de Março de 2019 de  
[https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/manual\\_de\\_psiquiatria\\_infantil\\_ajuriaguerra.pdf](https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/manual_de_psiquiatria_infantil_ajuriaguerra.pdf)
- Alvin, J. (1975). *Music therapy*. New York: Basic Books.
- Ansdell, G., Davidson, J., Magee, W. L., Meehan, J., & Procter, S. (2010). “This F\*\*\*ing life” to “that's better” ... in four minutes: an interdisciplinary study of music therapy's “present moments” and their potential for affect modulation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19(1), 3- 28. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/08098130903407774>
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4ª ed). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* (5.ª ed). São Paulo: Artmed Editora Ltda.
- Austin, D. (2008). *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy: Songs of the Self* (1ª ed). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Baker, M. N., & Baker, H. S. (1993). Self psychological contributions to the theory and practice of group psychotherapy. In A. Alonso & H. I. Swiller (Eds.), *Group therapy clinical practice* (pp. 49-68). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barksdale, L. (2003). *Music Therapy and Leisure for Persons with Disabilities*. Champaign: Sagamore Publishing.

- Bégoïn, J. (2005). *Do traumatismo do nascimento à emoção estética: Conferências psicanalíticas em Lisboa* (1ª ed). Lisboa: Fenda.
- Benenzon, R. (1998). *Teoría da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus. Recuperado a 3 de fevereiro de 2019 de <https://books.google.pt/books?id=wuwi-in0CK0C&printsec=frontcover&dq=rolando+benenzon&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKewifwePWr7ThAhUGYUKHTSOAh8Q6AEIKTAA#v=onepage&q=rolando%20benenzon&f=true>
- Benenzon, R. (2000). *De la teoria a la práctica*. Argentina: Lumen.
- Benne, K. D., Sheats, P. (1948). Functional roles of group members. *Journal of Social Issues*, 4(2), 41-49. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1948.tb01783.x>
- Bennis, W. G., Shepard H. A. (1956). A theory of group development. *Human Relations*, 9(4), 415–437. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/001872675600900403>
- Bion, W. R. (1957). On arrogance. In *Second Thoughts*. London: Heinemann Medical Books.
- Bion, W. R. (1992). *Cogitations*. London: Karnac Books.
- Bléandonu, G. (1999). *Wilfred Bion: His Life and Works 1897-1979*. New York: Other Press.
- Borczon, R.M. (1997). *Music therapy: group vignettes*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers
- Braconnier, A., Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência-confrontações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. St, Springfield, IL: Charles C. Thomas Publications.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Universy Park: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. México: Pax México. Recuperado a 12 de Dezembro de 2018 de

[https://books.google.pt/books?id=7In8hGYvIt8C&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=true](https://books.google.pt/books?id=7In8hGYvIt8C&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true)

Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3rd ed.). Unversy Park: Barcelona Publishers.

Bunt, L., Hoskyns, S. (2002). *The handbook of musictherapy*. New York: Brunner-Routledge.

Cardoso, C.M. (2002). *Os Caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cassity, M. D., & Cassity, J. E. (2006). *Multimodal Psychiatric Music Therapy for Adults, Adolescents, and Children: A Clinical Manual*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Chagas, M., & Pedro, R. (2008). *Musicoterapia: Desafios entre a modernidade e a contemporaneidade- como sofrem os híbridos e como se divertem*. Rio de Janeiro: Mauad editora.

Chazaud, J. (1977). *As Psicoterapias da Criança*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Cordeiro, J. C (1987). *A saúde mental e a vida* (2ª ed). Lisboa: Edições Salamandra.

Cordeiro, J. C. (1988). *Os adolescentes por dentro*. Lisboa: Edições Salamanca.

Delatorre, M. Z., Santos, A. S., & Dias, H. Z. J. (2011). O Normal e o Patológico: Implicações e Desdobramentos no Desenvolvimento Infantil. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 317- 326. Recuperado a 7 de Março de 2019 de <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1536>

Ferreira, J. A., & Almeida, J. S. (1997). Questionário de vivências académicas (QVA): Fundamentação e procedimentos preliminares de construção. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida & M. Simões (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 441-452). Braga: APPORT.

Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança. Teoria e prática psicanalítica da infância* (2ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.

- Figueiredo, E., Fleming, M., & Paul, C. (1983). Psicanálise e conflito de gerações. *Análise Psicológica*, 4(3), 505-520. Recuperado a 22 de Outubro de 2019 de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2113/1/1983\\_4\\_505.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2113/1/1983_4_505.pdf)
- Flatischler, R. (1992). *The Forgotten Power of Rhythm: Taketina. Mendicino*. Estados Unidos: Life Rhythm.
- Flatischler, R. (2006). *Rhythm for Evolution*. Mainz: Schott Music.
- Flatischler, R. (2012). *TaKeTiNa: The Healing Power of Primal Rhythmic Movements*. Mainz: Irisiana.
- Flower, C. (1993). Control and creativity: music therapy with adolescents in secure care. In M. Heal, & T. Wigram (Eds.), *Music therapy in health and education* (40-45). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Frisch, A. (1990). Symbol and structure: music therapy for the adolescent psychiatric inpatient. *Music Therapy*, 9(1), 16-34. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/mt/9.1.16>
- Gardstrom, S. (2007). *Music therapy improvisation for groups: essential leadership competencies*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers. Recuperado a 13 de Janeiro de 2019 de [https://ecommons.udayton.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=mus\\_fac\\_p](https://ecommons.udayton.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=mus_fac_p) ub
- Geipel, J., Koenig, J., Hillecke, T. K., Resch, F., & Kaess, M. (2017). Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 647-656. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.035

- Gfeller, K. (2005). Music as communication. In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions* (pp. 42-59). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Gold, C., Voracek, M., Wigram, T. (2007). Predictors of change in music therapy with children and adolescents: the role of therapeutic techniques. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 577–589.
- Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (1ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Grotstein, J. S. (1999). *O buraco negro*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Lisboa: Climepsi.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Heal, M., Wigram, T. (1993). *Music therapy in Health and Education*. Jessica Kingsley Publishers.
- Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B. (2005). Taxonomy of Programs and Techniques. In Music therapy for mental disorders. In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (pp. 185-205). Gilsum, NH: Barcelona.
- Jung, C. G. (2009). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Keeton, C. P. (2013). Selective Mutism. In R. A. Vasa & A. K. (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders: A Clinical Guide* (pp. 209-227). New York: Humana.

- Kernberg, O. F. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(6), 1075-1091. doi: 10.1516/0020757991599205
- Kernberg, O. F. (2008). The destruction of time in pathological narcissism. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(2), 299-312. doi: 10.1111/j.1745-8315.2008.00023.x
- Krysanski, L.V. (2003). A Brief Review of Selective Mutism Literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40. doi: 10.1080/00223980309600597
- Leal, I. (2008). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica* (2ª ed). Lisboa: Fim de Século.
- Luby, J. L., Belden, A., Harms, M. P., Tillman, R., Barch, D. M. (2016). Preschool support trajectory of hippocampal growth: *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(19), 5742-5747. doi: 10.1073/pnas.1601443113
- MacKenzie, K. R. (1994). *The developing structure of therapy group system*. In H. S. Bernard & K. R. MacKenzie (Eds.), *Basics of group psychotherapy* (pp. 35–59). New York: The Guilford Press.
- Malekoff, A. (1997). *Group work with adolescents*. New York: Guilford Press.
- Malpique, C. (1999). *Pais e filhos em consulta terapêutica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1989). *Manual de Psicopatologia do Adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marcelli, D. (2004). Rêverie intersubjective, promenade entre relation précoce et anthropologie historique. *Psychiatrie Française*, 35(2), 55- 71.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2002). *A adolescência – o triunfo do pensamento e a descoberta do amor*. Lisboa: Climepsi.

- Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil - conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 25(6), 669-676.  
doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10693>
- Meaney, M. J. (2016). Mother nurture and the social definition of neurodevelopment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(22), 6094-6096. doi: 10.1073/pnas.1605859113
- Metzner, S. (2010). About being meant: music therapy with an in-patient suffering from psychosis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19(2), 133–150. doi: 10.1080/08098131.2010.489996
- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in music therapy: human communication in sound. *Journal of Music Therapy*, 37(4), 269-285. doi: 10.1093/jmt/37.4.269
- Pedinielli, J.-L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pedinielli, J.-L., & Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi.
- Plach, T. (1996). *The creative use of music in group therapy* (3ª Ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas Publishers.
- Preyde, M., Berends, A., Parehk, S., & Heintzman, J. (2015). Adolescents' evaluation of music therapy in an inpatient psychiatric unit: A quality improvement project. *Music Therapy Perspectives*, 35(1), 58–62. doi:10.1093/mtp/miv008
- Priestley, M. (1975). *Music therapy in action* (2ª ed). Gilsum N.H: Barcelona Publishers.
- Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Rao, H., Betancourt, L., Giannetta, J., Brodsky, N., Korczykowski, M., Avants, B., . . . Farah, M. J. (2010). Early parental care is important for hippocampal maturation: evidence from brain morphologt in humans. *NeuroImage*, 49(1), 1144- 50. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.07.003

- Robbins, C. M., & Robbins, C. (1991). Self-communications in Creative Music Therapy. In K. Bruscia (Ed.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 55-72). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Rutan, J. S., Stone, W. N. (2001). *Psychodynamic group psychotherapy* (3ª ed). New York: The Guilford Press.
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.
- Ruud, E. (1998). *Music therapy: improvisation, communication, and culture*. Gilsum N.H: Barcelona Publishers.
- Salgueiro, E., Villas Lobos, M., Furnelos, M. (1994). Coletânea de textos. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 7, 49-64.
- Sampaio, D., Gameiro, J., Camilo M. J., Fazenda, M. I. (1975). *Drogas, Pais e Filhos*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Santos, J. (1999). *Pare, Escute e Pense: o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens* (pp. 47-59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos Casa da Praia.
- Santos, J. (2013). *Prevenir a Doença e Promover a Saúde*. Lisboa: Coisas de Ler
- Skewes, K. (2001). *The experience of group music therapy for six bereaved adolescents* (Tese de Doutoramento, University of Melbourne). Recuperado a 6 de Maio de 2019 de [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.wfmt.info%2FMusictherapyworld%2Fmodules%2Farchive%2Fdisertations%2Fpdfs%2FSkewes\\_Katrina\\_en\\_01\\_01.pdf&ei=PfRiUMOTMO-Y1AXYZYCYAQ&usg=AFQjCNErx2MTB-szCMdHmpD8c1zezWgYkg](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.wfmt.info%2FMusictherapyworld%2Fmodules%2Farchive%2Fdisertations%2Fpdfs%2FSkewes_Katrina_en_01_01.pdf&ei=PfRiUMOTMO-Y1AXYZYCYAQ&usg=AFQjCNErx2MTB-szCMdHmpD8c1zezWgYkg)
- Tavares, G. (2008). Reflexão sobre os conceitos de saúde e doença. In D. Rodrigues (Ed.), *Os valores e as atividades corporais* (pp. 75-94). São Paulo: Summus.



- Trevarthen, C., Malloch, S. (2000). The dance of wellbeing: defining the musical therapeutic effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), 3-17. doi: 10.1080/08098130009477996
- Viana, G. A., Beidel, C. D., & Rabian, B. (2008). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.009
- Wheeler, B. (2015). *Music Therapy Handbook*. Nova Iorque: The Guilford Press. Recuperado a 1 de Junho de 2020 de: <https://books.google.pt/books?id=PVo8BAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=music+therapy&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwio7PjwhK3hAhUF1eAKHfAbAMc4FBD oAQhbMAY#v=onepage&q&f=true>
- WHO. (2001). The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. *World Health Organization*, 79(11), 1085. Recuperado a 27 de Abril de 2019 de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268478>
- WHO. (2013). *Mental health action plan*. Recuperado a 27 de Abril de 2019 de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1)
- Wigram, A. L., Wigram, T (2004) *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I., & Bonde, L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training* (PAP/CDR Ed). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade* (J. O. A. Abreu e V. Nobre trad.). Rio de Janeiro: Imago. Recuperado a 10 de Novembro de 2018 de

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4490693/mod\\_resource/content/0/brincar\\_e\\_a\\_realidade\\_winnicott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4490693/mod_resource/content/0/brincar_e_a_realidade_winnicott.pdf)

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4ª ed.). New York, NY: Basic Books.

## APÊNDICES

---



## **LISTA DE APÊNDICES**

- Apêndice A** - Letra da Canção “Fix You” dos Coldplay
- Apêndice B** - Letra da Escrita Critativa
- Apêndice C** - Letra da Canção de Despedida com Maria
- Apêndice D** - Letra da Canção “Cold Cold Cold” de Cage The Elephant
- Apêndice E** - Letra da Canção “Rise” de Jonas Blue ft. Jack & Jack
- Apêndice F** - Letra da Canção “Bored” da Billie Eilish
- Apêndice G** - Letra da Canção “This Is Home” de Cavetown
- Apêndice H** - Letra da Canção “Sufri Dimas” do Apollo G
- Apêndice I** - Letra da Canção “Confiar” do Grupo 1
- Apêndice J** - Letra da Canção “Lutar” do Grupo 1



## **APÊNDICE A**

---

Letra da Canção “Fix You” dos Coldplay





### Letra da Canção “Fix You” dos Coldplay

When you try your best but you don't succeed

When you get what you want but not what you need

When you feel so tired but you can't sleep

Stuck in reverse

Lights will guide you home

And ignite your bones

And I will try to fix you



## **APÊNDICE B**

---

Letra da Escrita Criativa



## Letra da Escrita Criativa

**Maria:** Um dia no meu quarto estavas a cantar.

**Terapeuta:** Não sei onde nem quando, porque o é o teu tempo e do teu tempo eu não sei, apenas vou acompanhando-o.

**Maria:** Foi aí que me apercebi que estava apaixonada por ti.

**Terapeuta:** A chuva há-de cair e regar os meus sonhos e vontades num compasso binário, ordenado e fixo.

**Maria:** E senti-me ameaçada pelo ódio dos canibais, mas contigo por perto deixei-me levar

**Terapeuta:** Ela indica-me o caminho que devo seguir- Tum Ca Tum Tum!

**Maria:** Neste momento percebi que tu me amavas e que eu te adorava mas os canibais estavam sempre a tentar deixar-me mal

**Terapeuta:** Tem os olhos azuis como a cor do mar, toca tambor para acalmar-se

**Maria:** A partir de aí nós os dois fomos viajar pelo mundo para descobrir novas amizades



## **APÊNDICE C**

---

Letra da Canção de Despedida com Maria





### Letra da Canção de Despedida com Maria

O que gostaste mais de fazer de foi tocar  
O que eu gostei mais de fazer foi tocar contigo  
Obrigada pelo caminho que fizemos juntas Maria  
Foi bom tocar contigo ao longo destes meses  
Passo a passo, um passinho de cada vez  
Espero que leves estas memórias no teu coração  
Porque juntas viajámos no nosso mundo fazendo música  
Com a confiança musicámos as nossas aventuras  
A Maria não quer largar  
O que eu gostei mais de fazer foi tocar contigo  
Obrigada pelo caminho que fizemos juntas Maria



## **APÊNDICE D**

---

Letra da Canção “Cold Cold Cold” de Cage The Elephant



Letra da Canção “Cold Cold Cold” de Cage The Elephant

Doctor look into my eyes

I've been breathing air but there's no sign of life

Doctor the problem's in my chest

My heart feels cold as ice but it's anybody's guess



## **APÊNDICE E**

---

Letra da Canção “Rise” de Jonas Blue ft. Jack & Jack





Letra da Canção “Rise” de Jonas Blue ft. Jack & Jack

When we hit the bottom, then it goes up

Climb to the top with you

We could be the breaks, ones who never made yeah

I could be talking to you

They tryna hate hate hate

But we won't change, change anything at all

We're gonna rise 'til we fall



## **APÊNDICE F**

---

Letra da Canção “This Is Home” de Cavetown



Letra da Canção “This Is Home” de Cavetown

I'll cut my hair

To make you stare

I'll hide my chest

And I'll figure out a way to get us out of here.

Turn off your porcelain face

I can't really think right now in this place

There's too many colors

Enough to drive all of us insane

Are you dead?

Sometimes I think I'm dead

Cause I can feel ghosts and ghouls wrapping my head

But I don't want to fall asleep just yet



## **APÊNDICE G**

---

Letra da Canção “Bored” da Billie Eilish





### Letra da Canção “Bored” da Billie Eilish

I'm not afraid anymore

What makes you sure you're all I need?

Forget about it

When you walk out the door and leave me torn

You're teaching me to live without it

I'm so bored, I'm so bored, so bored



## **APÊNDICE H**

---

Letra da Canção “Sufri Dimas” do Apollo G



### Letra da Canção “Sufri Dimas” do Apollo G

N'ten gana tem mas bu ka ta imagina kilo ki nu passa

Dja nu sufri dimas sufri tcheu dimas

Vida ka ta dura ti hoji n'ka sabi pamodi ki muitos nhas tropas dja baza

Cedo dimas nhos discansa em paz



## **APÊNDICE I**

---

Letra da Canção “Confiar” do Grupo 1





### Letra da Canção “Confiar” do Grupo 1

O amor não é algo que se explique,

É algo que se sente,

Vive-se intensamente.

Para receber tenho que confiar,

E se me amar posso dar.

Um amigo está lá para tudo e para todos,

É uma música que cantamos em conjunto

Uma melodia com vários sentimentos mútuos

Apenas o olhar nos faz perceber o que está a acontecer

Estou aborrecida com este ciclo vicioso

Esperemos que desapareça

Contra ele vou lutar até ao Fim

Porque não posso ficar contra mim



## **APÊNDICE J**

---

Letra da Canção “Lutar” do Grupo 1



## **Apêndice J: Letra da Canção “Lutar” do Grupo 1**

(Rap)

Naquilo que penso

Fico sempre preso

E para tentar escapar ileso

Afasto todos os meus medos

A jornada pode ser complicada

Muitas vezes uma batalha

Para melhorar tenho que continuar

E com coragem lutar

Tendo pensamentos positivos

Com esperança os meus objetivos

Irei concretizar

(Melodia cantada)

A felicidade é contagiosa

Ao estar a criar

Feliz vou ficar

Esta felicidade nunca vai acabar

Esta felicidade nunca vai acabar









## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo A** - Ficha da Avaliação da Identidade Sonoro-Musical

**Anexo B** - Escala de Avaliação

**Anexo C** - Registo de Sessão Individual e em Grupo

**Anexo D** - Declaração de Gravação de Vídeo



## **ANEXO A**

---

Ficha da Avaliação da Identidade Sonoro-Musical



## FICHA DE AVALIAÇÃO DA IDENTIDADE SONORO-MUSICAL

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Hab Académicas: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Hab Musicais: \_\_\_\_\_

### A- Atitudes e Comportamentos Musicais

- 1- Escuto música - frequentemente - ocasionalmente - quase nunca
- 2- Gosto de cantar - frequentemente - ocasionalmente - nunca ou quase nunca
- 3- Gosto de dançar - frequentemente - ocasionalmente - nunca ou quase nunca

### B- Preferências e Rejeições Musicais

- 4- Tenho preferência pelos seguintes instrumentos musicais:
- 5- Toco os seguintes instrumentos musicais:
- 6- Tenho preferência pelos seguintes géneros musicais:
- 7- Os instrumentos musicais que menos gosto ou rejeito: Os géneros musicais que menos gosto ou rejeito:
- 8- Os sons não musicais que mais aprecio:
- 9- Os sons não musicais que menos aprecio ou rejeito:

### C- Vivência da Música e do Silêncio

- 10- Quais as funções principais que a música tem na minha vida:
- 11- Gosto de estar em silêncio - sim - ocasionalmente - não
- 12- Tolero bem ambientes com ruído - sim - às vezes - não

### D- Recordações Musicais

13- Recordações sonoro-musicais da minha infância:

\_\_\_\_\_

14- Recordações sonoro-musicais da minha adolescência

\_\_\_\_\_

15- Outras observações pertinentes:

\_\_\_\_\_



## **ANEXO B**

---

### Escala de Avaliação





**Adaptação do Questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire for Children”  
respetivos aos itens 48 a 63  
(Cassity & Cassity, 2006)**

**Tabela de Avaliação Inicial e Final** (preenchido pelo musicoterapeuta)

1- Muito Desadequada 2- Desadequada 3- Média 4- Adequada 5- Muito Adequada

		INICIAL	FINAL
<b>Nível Cognitivo</b>	1. Concentração		
	2. Atenção		
	3. Retenção		
<b>Nível Relacional</b>	4. Relações Interpessoais		
	5. Contacto Visual		
	6. Postura		
	7. Contacto Físico		
	8. Motivação para se envolver com a musicoterapia		
<b>Nível Emocional</b>	9. Expressões Faciais		
	10. Capacidade de desenvolver conversação		
	11. Apercebe-se e resolve problemas durante as atividades musicais		
	12. Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para refletir emoções ou sentimentos, como escape)		
<b>Nível Musical</b>	13. Criatividade Musical (canta/ produz sons vocais)		
	14. Atitude Geral perante a música		
	15. Competências Rítmicas		
16. O paciente tem alguma deficiência que possa dificultar a sua participação nas atividades?			

## Versão original do Questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire for Children”

(Cassity & Cassity, 2006)

Appendix III

235

### PSYCHIATRIC MUSIC THERAPY QUESTIONNAIRE CHILDREN

**INSTRUCTIONS FOR EXAMINER:** Parts I and II of the following questionnaire are to be administered by the examiner, or therapist, **interviewing a second person (examinee) who is familiar with the child.** The examinee is to be dismissed after finishing Part II.

**EXAMINER:** A major purpose of therapy is to assist persons with problems that may be interfering with their ability to experience success in life. The purpose of this questionnaire therefore, is to assist you in recognizing your child's problems or inappropriate behavior that you would like to see changed. Since these questions are personal, you may be assured of complete confidentiality. **NO ONE WILL SEE YOUR ANSWERS OTHER THAN THE THERAPISTS.** If you do not care to answer these questions simply tell me you do not care to answer these questions.

#### I. MUSIC (xi)

1. INSTRUCTION: Examiner gives the attached music preference scale to the examinee.

**EXAMINER:** For the following styles of music tell me the number that indicates the degree [PATIENT'S NAME] likes each type of music.

	Strongly Dislike	Dislike	Neutral	Like	Strongly Like
COUNTRY	1	2	3	4	5
POPULAR	1	2	3	4	5
ROCK	1	2	3	4	5
CHILDREN'S	1	2	3	4	5
FOLK	1	2	3	4	5
RELIGIOUS	1	2	3	4	5
OTHER: _____	1	2	3	4	5

2. EXAMINER: Can you tell me [PATIENT'S NAME]'s favorite recording, performer, or composer? (INSTRUCTION: Examiner writes in name below)

**INSTRUCTIONS FOR EXAMINER:** Give the examinee the scale, like the one below, attached to this questionnaire. The examinee may then refer to the scale as necessary when choosing a number.

EXAMINER: I am going to read some statements. After each statement tell me the number from this scale that describes the extent the statement describes [PATIENT'S NAME].

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5

3. \_\_\_\_ Is able to identify characteristics of music such as style, slow or fast, which instruments are playing, and whether an instrument is playing or a person is singing. (xi)
4. \_\_\_\_ Sings melody in tune. (xi)
5. \_\_\_\_ Would enjoy playing a musical instrument. (xi)
6. \_\_\_\_ Would enjoy making up own movements to music. (xi)

## II. MULTIMODAL PROBLEM ANALYSIS

INSTRUCTIONS FOR EXAMINER: Let the examinee continue to keep the scale, like the one below. The examinee may then refer to the scale as necessary when choosing a number.

EXAMINER: I am going to read some statements. After each statement tell me the number from this scale that describes the extent the statement describes [PATIENT'S NAME].

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1	2	3	4	5

### Interpersonal (vii)

1. \_\_\_\_ Rarely gets into trouble for not following rules and regulations, or not doing what he/she is suppose to do. (IS-1)
2. \_\_\_\_ Has trouble following directions (e.g., Stay in your chair; Finish your work; Work quietly; Be nice to others).
3. \_\_\_\_ Exhibits disruptive outbursts such as temper tantrums to attract attention.
4. \_\_\_\_ Is liked by peers.
5. \_\_\_\_ Frequently calls others names such as "stupid," "idiot," or "dumb."
6. \_\_\_\_ Does not talk, or talks very little with peers. (IS-2)
7. \_\_\_\_ Does not participate or avoids participating in group activities with peers.
8. \_\_\_\_ Is shy, timid, and not interested in peers.
9. \_\_\_\_ Argues with peers. (IS-3)
10. \_\_\_\_ Does not cooperate when working or playing with peers.
11. \_\_\_\_ Likes to take turns and to share things with others. (IS-4)
12. \_\_\_\_ Does not pay attention to others while participating in structured activities. (IS-5)

*Appendix III*

237

13. \_\_\_\_ Speaks too softly to be heard by others. (IS-6)
14. \_\_\_\_ Demonstrates good leadership skills (e.g., team captain). (IS-7)
15. \_\_\_\_ Does not express or respond to greetings or closings (e.g., good-byes, hellos). (IS-8)

**Behavior (vii)**

16. \_\_\_\_ Does not express needs or wants to others. (B-1)
17. \_\_\_\_ Goes along with the group instead of stating own opinions or feelings.
18. \_\_\_\_ Does not stay on task, is too easily distracted, and has poor concentration. (B-2)
19. \_\_\_\_ Grabs things from others instead of sharing or taking turns. (B-3)
20. \_\_\_\_ Hits peers. (B-4)
21. \_\_\_\_ Has poor eye contact; does not look at person speaking, or when speaking; looks away or down when speaking or being spoken to. (B-5)

**Drugs (Motor) (viii)**

22. \_\_\_\_ Awkward when attempting common movements such as walking. (D-1.1)
23. \_\_\_\_ Runs into people when in a group.
24. \_\_\_\_ Cannot use fingers to perform tasks as well as peers (e.g., picking up coins, grasping a pencil, dialing a telephone number, turning pages of a book [finger dexterity]). (D-1.2 through D-1.3)
25. \_\_\_\_ Catches ball, claps hands, hits toy drum with ease. (D-1.4)
26. \_\_\_\_ Often drops objects causing disruptions to others and embarrassment to self. (D-1.5)
27. \_\_\_\_ Cannot recall recent family events such as a trip to the park. (D-2.1)
28. \_\_\_\_ Has trouble imitating speech or sounds. (D-2.2)
29. \_\_\_\_ Talks too loud. (D-2.3)
30. \_\_\_\_ Does not pronounce words clearly. (D-2.4)
31. \_\_\_\_ Has trouble comprehending what is said to him or her. (D-2.5)

**Cognitive (vii)**

32. \_\_\_\_ Has trouble with following directions. (C-1)
33. \_\_\_\_ Understands concepts such as left and right, behind, in front of, and next to, or over, under, around, and through. (C-2)
34. \_\_\_\_ Makes negative comments about self, such as "I'm dumb" or "I'm not very smart." (C-3)
35. \_\_\_\_ Refuses to participate in group or individual activities because of a lack of self-confidence (e.g., afraid of failure or ridicule). (C-3)

36. \_\_\_\_ Exhibits one or more of the following when performing tasks: disorganized rather than goal directed; fast without concern for quality rather than slow and deliberate; gives up easily rather than demonstrating perseverance; inaccurate rather than accurate. (C-4)
37. \_\_\_\_ Makes derogatory comments to peers if they don't do what he or she wants. (C-5)
38. \_\_\_\_ Has trouble telling what time it is, or the day of the week. (C-6)
39. \_\_\_\_ Has trouble counting money. (C-7)
40. \_\_\_\_ Has trouble memorizing the letters of the alphabet. (C-8)
41. \_\_\_\_ Has trouble counting. (C-9)

### Affect (vii)

42. \_\_\_\_ Other people know when he or she is happy, sad, or excited. (A-1)
43. \_\_\_\_ Shows little or no emotion (e.g., happy, sad, or excited).
44. \_\_\_\_ Can easily tell when other people are happy, sad, or excited.
45. \_\_\_\_ Has trouble describing how others feel.
46. \_\_\_\_ Exhibits too many emotional extremes (e.g., laughing or crying, happy or sad).
47. \_\_\_\_ Emotions which are exhibited are frequently inappropriate for the occasion or situation (e.g., laughs in sad situations or when sad, cries when happy or in happy situations).

**Note for Examiner:** The above item numbers 1, 4, 11, 14, 25, 33, 42, and 44 should be scored by reversing the scale. These items are stated in the affirmative rather than in the negative.

## PART III. POST INTERVIEW OBSERVATIONS

**INSTRUCTIONS FOR THE EXAMINER:** Part III, Post Interview Observations, is to be completed by the music therapist after observing the patient in music therapy. Rate items 48 through 62 using the following scale.

	Strongly Inadequate	Inadequate	Mediocre	Adequate	Strongly Adequate
	1	2	3	4	5
48. ____ Concentration					
49. ____ Attention span					
50. ____ Retention					
51. ____ Interpersonal relationships					
52. ____ Eye contact					
53. ____ Posture					

*Appendix III*

239

- 54. \_\_\_\_ Grooming
- 55. \_\_\_\_ Motivation to engage in music therapy
- 56. \_\_\_\_ Appropriate facial expressions
- 57. \_\_\_\_ Engages in conversation; degree of conversational skill
- 58. \_\_\_\_ Perceives and solves problems during music activities
- 59. \_\_\_\_ Uses music appropriately (e.g., artistic, to reflect feelings or emotions, as an escape)
- 60. \_\_\_\_ Musical creativity or ability
- 61. \_\_\_\_ Overall attitude toward music
- 62. \_\_\_\_ Rhythmic ability
- 63. Does the patient have any handicapping conditions that may impair activity participation?

YES

NO

(CIRCLE ONE)

(If YES, explain below under COMMENTS)

EXAMINER'S COMMENTS:

## **ANEXO C**

---

Registo da Sessão Individual e em Grupos





## REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL- MT

**NOME DO UTENTE:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Nº DA SESSÃO:** \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

## REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO – MT

**IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nº DA SESSÃO:** \_\_\_\_\_

PRESENTES:

FALTARAM:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspetos individuais ou processo de grupo):

MÚSICA PRODUZIDA (atividade, instrumentos, repertório):

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER:

## **ANEXO D**

---

### Declaração de Gravação de Vídeo



## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, pai / mãe / guardião legal / encarregado (a) de educação do(a) \_\_\_\_\_ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação vídeo/áudio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projeto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) Guardião Legal

\_\_\_\_\_

Assinatura

Nome Legível