

MUSICOTERAPIA E SÍNDROME DE ASPERGER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosalina Gonçalves Abadia*
Ivany Fabiano Medeiros**
Fernando Gonçalves Abadia***
Tereza Raquel M. Alcântara-Silva****

RESUMO

Este trabalho é um estudo da utilização da música como terapia para um paciente com Síndrome de Asperger. Esta síndrome está inserida no espectro autista, mas diferencia-se do autismo clássico por não apresentar atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo. São seus principais sintomas: dificuldade de interação social, falta de empatia, dificuldade com mudanças, comportamentos estereotipados. O caso refere-se a um paciente do sexo masculino, com 08 anos de idade, cuja comunicação era eminentemente não verbal. O objetivo principal do trabalho terapêutico foi melhorar o comportamento social, a comunicação verbal e a expressão de conteúdos internos. O processo musicoterapêutico se desenvolveu por meio de sessões semanais que totalizaram 12 encontros. A técnica utilizada foi, principalmente, a Improvisação Musical. Os resultados demonstraram melhora no comportamento, na afetividade, na interação intra e interpessoal e na comunicação verbal. Espera-se que este trabalho sirva de incentivo para o desenvolvimento de pesquisas e para a atuação clínica da Musicoterapia.

PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia, Síndrome de Asperger, Improvisação Musical.

ABSTRACT

This work concerns a study related to the use of music as therapy with a patient with Asperger syndrome which is defined as a syndrome of autistic spectrum, differentiating itself from the classic autism for not submitting delay or global delayed in the cognitive development or in the language of the individual. Its main symptoms: difficulty in social interaction, lack of empathy, difficulty with changes, stereotyped behaviors. The case refers to a male patient, age of 8 years old. The patient presented as a characteristic non-verbal communication. The work had as main objective to achieve, through music, changes in social behavior, verbal communication and expression of internal content. The musictherapeutic process was developed through weekly sessions totaling 11 meetings. The methodology used was mainly the Musical Improvisation. The results showed improvement in behavior, affection, intra and interpersonal interaction and verbal communication. Finally it is expected that this work can serve as incentive for

* Graduada em Direito pela Universidade Federal de Goiás (UFG), licenciada em Educação Musical pela Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC/UFG) e graduanda em Musicoterapia também pela mesma escola. Contato: rosadelife@yahoo.com.br

** Graduanda em Musicoterapia pela Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (EMAC/UFG). Contato: namimedeiros1@yahoo.com.br

*** Mestrando em Engenharia Elétrica e de Computação na área de Sistemas Inteligentes: Biomecânica/UFG. Contato: ferdinandiz@gmail.com

**** Graduada em Direito pela Universidade Católica de Goiás (UCG), Profa. Ms. da Graduação em Musicoterapia (EMAC/UFG), Doutoranda do PPG Ciências da Saúde. Contato: tequels@terra.com.br

the development of research and clinical performance of Music Therapy and other health areas.

KEYWORDS

Music therapy, Asperger Syndrome, Musical Improvisation.

Introdução

A Síndrome de Asperger está inserida no espectro autista, todavia se diferencia do autismo clássico por não apresentar nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo (CÓDIGO CIE-9-MC, 2009). Segundo Nogueira (2007), quanto menor for o comprometimento do autista mais consciente ele será de sua situação, o que pode conduzir secundariamente a um quadro de depressão. A autora esclarece que os autistas mais comprometidos são considerados de “baixo funcionamento” e os menos comprometidos, de “alto funcionamento”; estes últimos são capazes de levar uma vida normal. E continua dizendo que, na extremidade mais leve do espectro, os asperges falam perfeitamente bem e só apresentam dificuldade na linguagem quando esta precisa ser utilizada como meio de contato social.

Neste contexto acreditamos que a música, conforme afirma Bang (apud RUUD, 1991, p. 24), pode estabelecer contatos sem, necessariamente, recorrer à linguagem. Assim, na Musicoterapia, encontramos um potencial não utilizado em outros meios de comunicação que auxilia este paciente no desenvolvimento da linguagem.

A Musicoterapia, de acordo com a definição da World Federation of Music Therapy (BRUSCIA, 2000), utiliza a música e/ou seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) produzidos pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupos, em um processo estruturado com o intuito de facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva). Desse modo, é possível desenvolver potencialidades e/ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele alcance melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, conquiste melhor qualidade de vida. Pode, ainda, ser definida como a utilização da música de forma científica com objetivos terapêuticos voltados para a prevenção e/ou a restauração da saúde física, mental e psíquica, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Portanto, a ação do musicoterapeuta faz parte da reabilitação do paciente como um todo (ALCÂNTARA-SILVA, 2005).

Entre as técnicas utilizadas em Musicoterapia para se alcançar objetivos terapêuticos, encontra-se a Improvisação Musical (BRUSCIA, 2000), que consiste em conduzir o cliente na improvisação de letras, melodias e/ou o acompanhamento de uma canção. O presente trabalho foi desenvolvido com base nesta técnica.

Metodologia

O caso em questão refere-se a um paciente do sexo masculino, oito anos de idade, com hipótese diagnóstica de Síndrome de Asperger, Mutismo Infantil e Transtorno Invasivo de Desenvolvimento. Segundo o relato da mãe durante a entrevista musicoterapêutica, o paciente se desenvolveu dentro dos padrões de normalidade até os três anos de idade, após esse período a comunicação verbal “desapareceu”, passando a comunicar-se somente por meio dos gestos. Atualmente frequenta escola em período compatível com a sua idade. De acordo com a mãe, apresenta dificuldade de contato físico e visual, o que prejudica suas relações interpessoais.

O processo musicoterapêutico foi desenvolvido individualmente no Laboratório de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas (EMAC/UFG), no período de março a junho de 2008, somando um total de doze sessões, realizadas semanalmente com duração de 45 minutos cada. Os atendimentos eram coordenados por duas estagiárias do quinto período do Curso de Graduação em Musicoterapia (EMAC/UFG), sob a supervisão clínica semanal de uma professora do referido curso.

As técnicas aplicadas foram: Improvisação Instrumental Não-Referencial; Improvisação com Técnica de Empatia (Imitar), Técnica de Intimidade (Compartilhar instrumentos); Improvisação com Múltiplos Meios; Re-criação Vocal, Brincadeiras e Atividades Musicais, todas baseadas em Bruscia (1999 e 2000). Foram utilizados os seguintes instrumentos musicais: alfaia, teclado, ganzá, guizo, baquetas, pau de chuva, pandeiro, pandeiro meia-lua, caxixi, violão, piano, flauta, gaita, timba, caixa, sino, chocalhos, afoxé, etc. Outros recursos utilizados foram: colchonetes, folhas de papel A4, lápis de cor, giz de cera, quadro-negro, giz e desenhos de personagens da Disney.

A avaliação musicoterapêutica teve início na primeira sessão após a entrevista inicial e perdurou por três semanas consecutivas. Durante esse período, foi possível perceber o desinteresse inicial pelos instrumentos musicais e o canto. Nas primeiras sessões, o paciente se manteve alheio ao *setting* e a todos os seus componentes,

inclusive às terapeutas. Posteriormente, passou a explorar o violão e, especialmente, o piano. Estes instrumentos foram então utilizados de maneira não convencional, como objetos de diversão. Como o paciente não permitia contatos físicos e visuais, tornou-se difícil a relação terapeuta-paciente. Não foi observada alteração motora.

No decorrer do processo, a obsessão pelo piano tornou-se evidente. Seu interesse pelo instrumento estava voltado prioritariamente para a parte interna, sobretudo pelas cordas. Como essa atitude tornou-se recorrente durante o tratamento, em algumas sessões, tentamos retirar o piano da sala evitando assim o isolamento do paciente, comportamento esse que dificultava o desenrolar da sessão. Devido dificuldades relacionadas com seu peso e estado de conservação, não foi possível essa medida, levando-nos a desenvolver atividades que desviassem sua atenção para outros focos. Durante o planejamento das sessões havia um cuidado minucioso, principalmente com a escolha dos instrumentos.

Na primeira fase do processo musicoterapêutico evitávamos instrumentos de pequeno porte, visando proteger o paciente de lesões físicas bem como as musicoterapeutas, visto que, quando ele ficava nervoso, atirava objetos a esmo. As intervenções musicoterápicas foram realizadas de maneira cuidadosa, principalmente quando passamos a trabalhar com a hipótese de identificação do paciente com o personagem principal do filme ‘Corcunda de Notre Dame’, fator que o levava a criar desenhos de torres, relógios e “casas” com os colchonetes, todas essas características de forma repetitiva. Devido a complexidade e profundidade do caso, atuamos cautelosamente para não desencadear prejuízos e/ou agravamento psicológico no paciente. Após o levantamento e estudo do caso, foram propostos os seguintes objetivos terapêuticos: estabelecer o vínculo, melhorar suas relações interpessoais e a atenção, trabalhar a comunicação verbal e possibilitar a autoexpressão.

Foi elaborado para este caso um instrumento que permitia uma coleta de dados sistematizada, sendo aplicado em todas as sessões realizadas entre onze de abril a seis de junho de 2008. Com base nos objetivos estabelecidos, os aspectos observados foram: contato físico, contato visual, reações positivas (canto, sorriso, abraços, beijos, carinhos, não querer sair do setting, etc.) e reações negativas (auto e heteroagressão, gritos, choro, desejo de evasão, mutismo, etc). A pontuação obedeceu ao seguinte critério: 5 pontos = ótimo (muitas vezes a sempre), de 81% a 100% da sessão até 45 minutos; 4 pontos =

bom (muitas vezes), de 51% a 80% da sessão até 36 minutos; 3 pontos = regular (mais vezes), de 31% a 50% da sessão até 22 minutos e meio; 2 pontos = fraco (algumas vezes), de 11% a 30% da sessão até 12 minutos e meio e 1 ponto = ruim (pouquíssimas vezes), de 0% a 10% da sessão até 4 minutos e meio. Para as reações negativas foram utilizadas as pontuações: 5 pontos = ruim (muitas vezes a sempre), de 81% a 100% da sessão até 45 minutos; 4 pontos = fraco (muitas vezes), de 51% a 80% da sessão até 36 minutos; 3 pontos = regular (mais vezes), de 31% a 50% da sessão até 22 minutos e meio; 2 pontos = bom (algumas vezes), de 11% a 30 % da sessão até 12 minutos e meio e 1 ponto = ótimo (pouquíssimas vezes), de 0% a 10% da sessão até 4 minutos e meio.

Resultados e Discussões

No decorrer do processo, o fato de o paciente insistir em desenhar torres (Figura 1) e construir casas com os colchonetes nos levou a refletir sobre que significado teria esses cenários para ele. Tendo conhecimento de seu interesse pelos filmes da Walt Disney, levantamos a hipótese de uma possível identificação com o personagem Quasimodo do filme ‘Corcunda de Notre-Dame’ que, de acordo com a história, vivia isoladamente na torre da Catedral.

Assim, na sessão subsequente, ao entrar no *setting*, o paciente foi recebido com desenhos do personagem sobre o piano e sua reação imediata foi de imensa alegria. A partir dessa sessão, quando se sentiu “compreendido” pelas musicoterapeutas, ele passou a desenvolver uma relação de proximidade, fortalecendo, assim, o vínculo terapêutico. Este tema continuou por algumas sessões, com objetivo de fazer que este paciente “descesse da torre” e passasse a se socializar.

Nas últimas sessões, para nossa surpresa, ele “desceu da torre” e começou a demonstrar afetividade com as terapeutas por meio de abraços e sorrisos. Este comportamento se estendeu aos familiares e colegas, aos quais, espontaneamente, passou a procurar. Outra mudança observada foi em relação à linguagem, uma vez que começou a chamar a professora pelo nome, o que não ocorria anteriormente. Acreditamos que a Musicoterapia foi o meio facilitador e potencializador da reelaboração de sua verdadeira identidade, bem como de sua comunicação verbal. Os resultados mostraram, ainda, significativa melhora no que diz respeito a: contato físico, contato visual, reações positivas e reações negativas, conforme demonstram as tabelas

1, 2,3 e 4.

Smith e Rossi (2008) afirmam que a música, como linguagem não verbal, no paciente autista é decodificada no hemisfério direito do cérebro (subjetivo e emotivo) e se move para o hipotálamo, centro de respostas emotivas, até o córtex, responsável pelos estímulos motores e pelo intelecto. Ainda segundo os autores, os sons verbais, ao contrário, são registrados no hemisfério esquerdo, na região cortical (analítica e lógica) diretamente do aparelho auditivo. Por essa razão, a música pode auxiliar o autista a se comunicar com o mundo.

Neste trabalho, demos muita ênfase à Improvisação Musical (Figura 2), pois, de acordo com Ruud (1988), ela “[...] é descrita como sendo mais honesta que a linguagem, a música pode expressar o que é temido ou camuflado pela linguagem ou intelecto”. Em muitos momentos das sessões, improvisávamos oferecendo ao paciente, conforme orienta Bruscia (2000), “[...] uma estrutura musical em que a improvisação se [baseava], tocando ou cantando um acompanhamento que [estimulasse ou guiasse] a improvisação do cliente, ou apresentando uma idéia não-musical”. Para Noess (apud RUUD, 1991, p. 108), “[...] outra técnica é cantar e representar para o paciente de um modo que o faça se sentir seguro. O canto proporciona experiência de intimidade e, portanto, de segurança. É algo melhor do que palavras, porque, para muitas crianças, palavras são apenas sons limitados”. O trabalho realizado esteve em consonância com essa afirmação, visto que, durante quase todas as sessões, improvisamos cantos e representamos cenas do filme ‘O Corcunda de Notre Dame’, juntamente com o paciente.

Comparando os resultados alcançados com os objetivos propostos, percebemos que o primeiro deles, o estabelecimento do vínculo entre nós e o paciente, foi concretizado e só não foi mais profundo e maduro em razão do pouco tempo de contato que mantivemos com ele. De acordo com Dorea (2000), a música pode constituir um elemento facilitador da construção do vínculo dentro do *setting* musicoterápico e, por meio dela, o musicoterapeuta constrói vias para lidar com a transferência e a contratransferência. Concluindo a exposição do presente trabalho, recorreremos ao pensamento de Brandalise (2001, p. 17), ao afirmar que “[...] a música, com suas forças dinâmicas, suas qualidades dinâmicas, possui uma real potência terapêutica e é somente

o musicoterapeuta, com habilidades clínico-musicais singulares, o profissional capaz de revelá-las”.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA-SILVA, Tereza Raquel de M. **O Papel da Musicoterapia como Coadjuvante no Tratamento do Paciente com Doença de Parkinson**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos. Editora. 2001.

BRUSCIA, Kenneth. **Modelos de Improvisación en Musicoterapia**. Espanha: Agruparte, 1999.

_____. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CÓDIGO CIE-9-MC: 299.80 - **Asperger's Disorder**. Disponível em: <<http://www.agre.org/program/criteria>>. Acesso em: 30 maio 2009.

DOREA, Eduarda De Conti. **A Música e o Vínculo: o trabalho do musicoterapeuta**. Salvador, 2000.

NOGUEIRA, Tânia. Um novo olhar sobre o Autismo. **Época**, São Paulo, n. 473, p. 81, 11 jun. 2007.

RUUD, Even. **Improvisação como Experiência Limiar**. São Paulo: Summus, 1988.

_____. **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, 1991.

SMITH, Maristela P. C.; ROSSI, Conceição. Música estimula comunicação de autistas com o mundo. **Folha Online**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/equi20000808_musicoterapia02.shtml>. Acesso em: 29/05/2009.

Figura 1: Desenho da Torre.

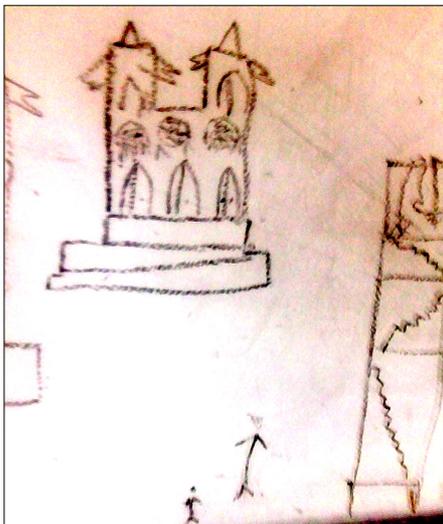


Figura 2: Improvisação para o paciente.

C F F G C C

L... es tá em su-a tor re L... es tá em su a tor re Mas vai des cer Mas vai des

Em F G C

cer Vai can tar Vai brin car E sor rir

Ritmo:

P i m i m i m i P i i i
i a a a i m i
m a a a

Detailed description of Figure 2: The figure shows a musical improvisation exercise. It consists of three parts. The first part is a melody line in 3/4 time, with notes corresponding to the lyrics 'L... es tá em su-a tor re L... es tá em su a tor re Mas vai des cer Mas vai des'. Above the notes are the chords C, F, F, G, C, C. The second part is a continuation of the melody, starting with a fermata on the first note, with notes corresponding to 'cer Vai can tar Vai brin car E sor rir'. Above these notes are the chords Em, F, G, C. The third part is a rhythm line in 2/4 time, consisting of a series of eighth notes marked with 'x' symbols. Below the rhythm line are the lyrics 'P i m i m i m i P i i i', 'i a a a i m i', and 'm a a a'.

Tabelas de dados:

Tabela 1. Avaliação do aspecto “contato visual” durante o processo.

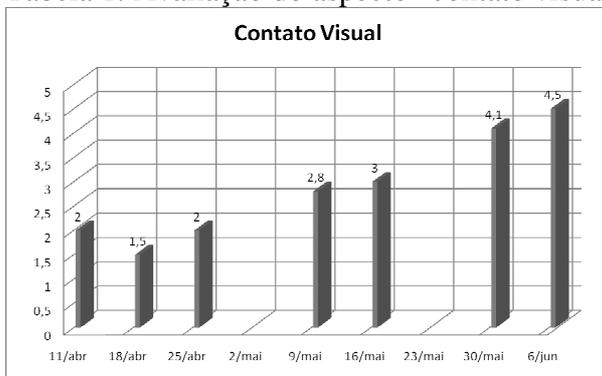


Tabela 2. Avaliação do aspecto “contato físico durante o processo.

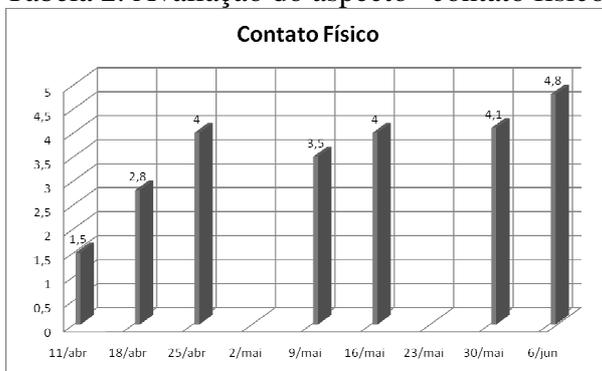


Tabela 3 . Avaliação do aspecto “reações positivas” o processo.

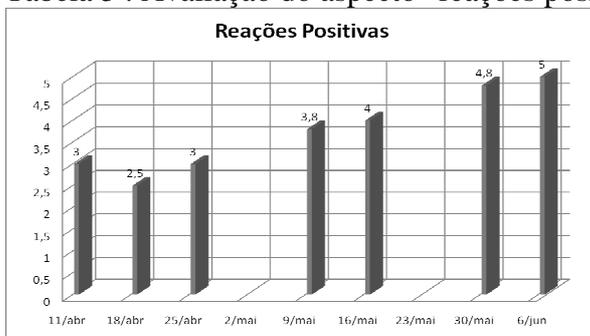


Tabela 4. Avaliação do aspecto “reações negativas” durante o processo.

