

MUSICOTERAPIA FUNCIONA? Estudo de caso único baseado em evidências de uma cliente deprimida

Ivanov Robertson de Oliveira Basso¹

RESUMO

Uma revisão eletrônica e manual da bibliografia sobre a validade terapêutica da musicoterapia permite demonstrar que a qualidade das evidências empíricas, tanto do processo quanto dos resultados, está ainda em fase de consolidação. Estudos sobre a eficácia, a efetividade e a eficiência do método e seus resultados são ainda escassos, especialmente no que se refere a estudos com métodos empíricos sistemáticos. Os autores apresentam um estudo de resultados da musicoterapia através da avaliação da *eficiência* (validade terapêutica para casos específicos) da mesma, baseado em evidências empíricas, através de um delineamento de estudo de caso único (n=1) de uma paciente com depressão moderada (DSM-IV), ao longo de 40 sessões. Observações sistemáticas seriadas foram feitas mediante a utilização de quatro instrumentos (BDI, Inventário de Beck para depressão, SRQ-20, Questionário de auto-relato, IAT, Inquérito de aliança terapêutica, IEAM, Instrumento experimental de avaliação musical). Examinou-se o material da cliente, do terapeuta e de quatro juízes externos, mediante a análise clínica e estatística (correlação de Spearman) dos resultados dos instrumentos, das sessões video-gravadas e dos diálogos transcritos, incluindo-se 4 meses de follow-up. Há evidência empiricamente sustentada da eficiência da musicoterapia no caso desta cliente. O estudo de caso único baseado em evidências mostrou-se uma estratégia com um custo-benefício adequado e com a vantagem de ser clinicamente acessível e replicável.

Palavras-chave: musicoterapia, eficiência, estudo de caso único, evidências empíricas.

ABSTRACT

An electronic and manual review on the therapeutic validity of music therapy (MT) is able to show that the quality of empirical evidence of the process and outcome is now consolidating. Studies on the evaluation of efficacy, effectiveness and efficiency of the method and their outcome are still lacking, especially related to the use of empirical and systematic design. Authors present an empirical evidence based study of efficiency (therapeutic validity for one specific client) of MT through the 40 sessions in a single case (n-of-1) design of a client with a moderate depression (DSM-IV). A time-series observation was carried out using four evaluating instruments (BDI, Beck Depression Inventory, SRQ-20, Self Reporting Questionnaire, WAI, Working Alliance Inventory, MEEI, Musical Evaluation Experimental Instrument). Clinical and statistical analysis (Spearman correlation) of the material was adjusted to the client, the therapist and to four external judges, using videotaped and verbatim material of the sessions, including a four months follow-up. Empirical evidence of efficiency of MT with the client was demonstrated. Evidence based single case design is an adequate cost-benefit method, presenting the advantage of clinical accessibility and methodological replication.

Key-words: music therapy, efficiency, single case study, empirical evidence.

¹ Professor aposentado da UFPel, especialista em Musicoterapia pela UFPel e Mestre em Saúde e Comportamento pela UCPel. Músico violonista e compositor. ivanovbasso@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Todo clínico, ao receber um cliente, é assaltado pela pergunta: será que o tratamento vai funcionar com essa pessoa? Sem poder dispor de respostas seguras por antecipação, o clínico busca respaldo em estudos previamente realizados e que possam iluminar algo de sua dúvida. Assim, ele chega, por exemplo, à pergunta *funciona a musicoterapia?* Revisando eletronicamente (PsychLit, Pubmed, Scielo, Lilacs, Dissertation Abstracts) e manualmente (textos e suas bibliografias) a literatura desde os anos 90, conclui-se que as respostas a tal pergunta são variadas e incompletas. Sob a visão da *eficácia* do método, respondendo à questão *esse tratamento funciona?* Vê-se que os estudos de eficácia são escassos, sendo de destacar, entretanto, que já existe um protocolo aprovado na Colaboração Cochrane, cujos resultados de revisão sistemática e meta-análise serão divulgados no segundo semestre de 2005, Issue IV (Maratos, 2004). Investigações sobre a *efetividade*, isto é - *esse tratamento funciona na prática clínica?* - mostram que a musicoterapia parece ser efetiva nos casos de consultório, abrangendo ela hoje uma gama de quadros clínicos, com suas co-morbidades, quadros que vão desde a depressão leve até transtornos mentais maiores, como o autismo. Entretanto, os estudos carecem de evidências de tipo empírico (Scheiby, 1992; Priestley, 1994; Murphy, 1996; Smith, 1996; Frish, 1999; Miller e Miller, 1999; Smeijsters, 1999; Aldridge, 2002; Brandalise, 2002; Frohne-Hagemann, 2002). Por fim, trabalhos sobre *eficiência* - respondendo a *tal tratamento funciona com este específico paciente?* - são raros (Saraceni, 2002) e, até onde conhecemos, não apresentaram evidências sistematicamente suficientes.

As respostas para estudos de *eficácia* normalmente se baseiam em investigações com métodos *experimentais*, sendo os ensaios clínicos randomizados (ECR) (Hanser e Thompson, 1994; Lai, 1999) os que atualmente gozam de mais prestígio entre os apreciadores do quantitativismo. Contudo, os ECR são, como método, problemáticos, pois exigem condições especiais na seleção dos pacientes, excepcionalmente encontradas no cotidiano da clínica (Jones e cols., 1993; Elliott, 2001; Galatzer-Levy e cols., 2001; Kazdin, 2003).

Trabalhos sobre *efetividade*, aqueles que abordam os clientes tal como aparecem na clínica, plenos de comorbidades e altamente complexos, com frequência elegem metodologias de tipo *quase-experimental* (Cook & Campbell, 1979), as quais ganham sobre os ensaios clínicos randomizados a vantagem de serem tal como se apresentam os pacientes na prática.

As investigações sobre *eficiência* requerem métodos do tipo *observação naturalística* cuja sistematização varia desde observações gravadas ou filmadas das sessões até delineamentos complexos, utilizando-se avaliações com instrumentos vários e de forma seriada.

Empregamos na elaboração dos constructos acima referidos sobre eficácia, efetividade e eficiência e suas respectivas formas de abordagem de pesquisa (experimental, quase-experimental, observação naturalística sistemática) os conceitos de Kächele (2000) sobre psicoterapia baseada em evidências.

O presente trabalho é um estudo baseado em evidências empíricas sobre a eficiência da musicoterapia, formulando respostas que evidenciem se o método funciona com determinado paciente. É um estudo tipo *caso único* (*single case study*) ou $n=1$ (*n-of-1*) com

avaliações sistemáticas, mensuráveis, sendo um delineamento facilmente replicável, como vários autores têm destacado (Jones e cols., 1993; Moras e cols., 1993; Elliott, 2001).

MÉTODOS

Inspirado em Jones e cols. (1993), Moras e cols. (1993) e Elliot (2001) o delineamento preocupou-se em seguir uma proposta *taylor-made*, isto é, a criação de um modelo de investigação que estivesse o mais próximo possível das necessidades do cliente, conjugado com as prioridades metodológicas requeridas para um estudo empírico, sistemático.

A execução do estudo foi prevista para um indivíduo que apresentasse sintomas de depressão moderada, segundo o DSM-IV. Os critérios para inclusão no tratamento foram ter mais de vinte e cinco anos, não ter diagnóstico de psicose, apresentar um coeficiente de 15 ou mais pontos no *Beck Depression Inventory* (BDI Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh 1961) na versão para o português (Gorentein & Andrade, 2000) e sete ou mais pontos no SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*) na versão para o português (Mari e Williams, 1985).

O formato do estudo consistiu-se de três fases: pré-terapia para entrevistas de triagem, assinatura de termo de consentimento livre e pós-informado, preenchimento de ficha musicoterápica, e preenchimento dos questionários BDI e SRQ-20 para instalação da *baseline*; inter-terapia com quarenta sessões de musicoterapia interativa e pós-terapia com dois *follow-ups* dois e quatro meses após o término das sessões.

Estipulou-se que seria considerado eficiente o tipo de tratamento empregado se ao término do mesmo o BDI e o SRQ-20 mostrassem pontuações abaixo dos pontos de corte habitualmente adotados como índice de possível patologia.

INSTRUMENTOS

1) Ficha Musicoterápica

Foi elaborada pelo terapeuta e consistiu de uma relação de sete perguntas com intuito de obter uma ideia do envolvimento do cliente com a música, verificar preferências e recusas musicais quanto a estilos e instrumentos, o interesse, ou não, pela prática do canto e a possibilidade de relacionar a música com algum aspecto relevante da própria vida (uma pessoa, um lugar, uma fase da vida, um evento significativo).

2) BDI (*Beck Depression Inventory*)

Consiste de vinte e um grupos de afirmações que descrevem o modo como o cliente vem se sentindo desde a semana anterior, até o momento do teste. É necessário que o cliente escolha a afirmação mais apropriada para seu caso. Ao lado de cada afirmação existe um número e o somatório dos números assinalados vai determinar o nível da sintomatologia do cliente. O ponto de corte do BDI é 15 pontos para homens e 16 pontos para mulheres.

3) SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*)

É um questionário de vinte perguntas com respostas afirmativas e negativas. Considerando o teor da pergunta, classifica-se a resposta como ideal ou não ideal. O número de pontos sugere a possibilidade da presença de DPM (Distúrbio Psiquiátrico Menor). O ponto de corte no SRQ-20 é 07 pontos para homens e 08 pontos para mulheres. O objetivo da utilização dos dois instrumentos foi verificar as possíveis coincidências, entre

ambos a cada avaliação, na evolução da sintomatologia. O BDI e o SRQ-20 foram aplicados na *baseline*, a cada oito sessões na fase *inter-terapia* e nos dois *follow-ups* da fase *pós-terapia*.

4) Manualização Flexível

Criada especialmente para formatar as sessões e orientar a atitude do terapeuta. Contempla tanto os aspectos musicais quanto verbais do processo terapêutico e consiste na divisão da sessão em cinco momentos que são: a) abertura, b) verbalização, c) musicalização, d) discussão e e) finalização. Na abertura o terapeuta recebe o cliente, improvisando ao instrumento, ou voz, ou voz acompanhada de instrumento. O objetivo é estimular o relaxamento do cliente. Na verbalização o cliente verbaliza suas demandas. Na musicalização, há o resgate da expressão musical do cliente através da utilização das tradicionais técnicas musicoterápicas, a saber: improvisação musical, composição musical, recriação musical e audição musical. Na discussão é feita a apreciação do material surgido nos dois momentos anteriores com o objetivo de relacioná-lo com as demandas do cliente. A finalização é dedicada ao agendamento de tarefas para a próxima sessão, se for necessário, ou a aplicação do Inventário de Aliança Terapêutica de acordo com a frequência prevista na metodologia, ou, simplesmente, feita a despedida da sessão, sem música. A “manualização flexível” permite a supressão de algum momento em benefício de outro, se a necessidade assim exigir.

5) Inventário de Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory*)

Escala criada por Horvath (1981, 1984) e adaptada para o português por Machado (1984), nas versões Cliente (C), Terapeuta (T) e Observador (juízes externos) (O). As versões “C” e “T” consistem de um conjunto de trinta e seis afirmações correspondentes entre as duas versões que descrevem o modo como Cliente e Terapeuta vêem um ao outro no *setting*. Para cada afirmação existe uma escala de sete pontos. Se a afirmação descreve o modo como o indivíduo se sente ou pensa “sempre”, este deve fazer um círculo no No. 7. Se a afirmação “nunca” se aplica ao indivíduo, este deve marcar o No. 1. Pode-se usar números intermediários para descrever as variações entre os dois extremos. As versões “C” e “T” foram aplicadas a cada quatro sessões na fase *inter-terapia* e no segundo *follow-up* da fase *pós-terapia*.

A versão “O” do mesmo inventário, consiste de um conjunto de vinte e duas afirmações que descrevem o modo como uma díade terapeuta/cliente pode interagir em terapia. Se a afirmação descreve o modo como o observador percebe “sempre”, este deve marcar o No. 7. Se a afirmação “nunca” aplica-se à díade, o observador deve marcar o No. 1. Os números intermediários descrevem as variações entre extremos. A versão “O” foi aplicada a cada dez sessões por dois observadores externos, na fase *inter-terapia*.

6) Instrumento Experimental de Avaliação Musical (IEAM)

Criado pelo terapeuta e direcionado à avaliação do conteúdo musical do processo segundo critérios qualitativos, sendo preenchido por dois avaliadores externos e havendo uma versão para o terapeuta e outra para o cliente. O instrumento consiste de oito quesitos avaliados segundo uma escala Likert de 1 (mínimo) a 5 (máximo), com números intermediários para as variações. As duas versões têm um espaço para comentários adicionais, caso os avaliadores julguem necessário utilizar. O instrumento foi aplicado da mesma forma que o IAT.

7) Teste de Correlação de Spearman

Utilizado para verificar a consistência entre as respostas assinaladas pelo cliente e pelo terapeuta no IAT e pelos quatro observadores externos no IAT e no IEAM. Trata-se de um instrumento, onde os resultados variam dentro de uma escala de -1 (mínimo) até +1 (máximo). A força da correlação aumenta à medida que o resultado do teste se aproxima de +1.

8) Banco de Dados

Foi criado um banco de dados com o detalhamento clínico (dados do paciente e do terapeuta) e obtido através dos instrumentos, sessão por sessão, contendo todas as informações quantitativas e qualitativas, referentes ao processo terapêutico completo, bem como ao período de *follow-up*.

A CLIENTE

Cely tem 42 anos de idade, é natural de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, e é a quinta de seis irmãos, sendo cinco mulheres e um homem. Seus pais já estão falecidos. A situação sócio-econômica da família, bem como as lides na lavoura (a família era de agricultores) permitiram que Cely alcançasse somente o nível primário incompleto de escolaridade.

Em 1980, a família mudou-se e aos vinte e um anos de idade, Cely contraiu matrimônio. Desta união nasceram dois filhos homens, hoje com onze e quinze anos. Temia que um problema cardíaco, detectado na juventude, pudesse dificultar as gestações. Desquitou-se um ano e meio após o nascimento de seu segundo filho, devido à infidelidade e ao ciúme do ex-marido.

Acostumada com a vida de dona de casa, Cely deparou-se com a difícil situação de criar os filhos sozinha. Sendo a pensão do ex-marido insuficiente, fez um curso profissionalizante e passou a trabalhar como manicure.

Procurou atendimento por sugestão de uma cliente sua. Queixava-se de cansaço e trabalho excessivo. A jornada de trabalho além de exaustiva, não lhe permitia estar mais tempo ao lado dos filhos, acarretando vários problemas de convivência em família. Começou a sentir agitação, cansaço e taquicardia há aproximadamente dois anos, temendo perder o autocontrole, vindo a estressar-se ainda mais.

Cely mantém um relacionamento amoroso com um homem, há quatro anos. Este relacionamento não é bem aceito por seus filhos, os quais têm inúmeras restrições quanto à conduta de seu parceiro.

Há dez anos, submeteu-se a uma cirurgia cardíaca para troca de válvula mitral. Segundo ela, a intervenção teve sucesso. Porém, relatou no momento da triagem, que necessitava realizar uma nova intervenção cirúrgica, desta vez na vesícula, causando-lhe muitas preocupações, pois não se sentia equilibrada para suportar o período pós operatório, que ela classifica como “*um desastre*”. Soma-se a isto, o fato que, durante o período de convalescência, não poderia trabalhar, agravando os problemas econômicos da família.

Relatou que quando criança e na adolescência, não gozava de boa saúde e conseqüentemente, não lhe era permitido “*fazer as coisas*”, sendo muito protegida por todos. Na juventude, só podia sair acompanhada de alguma irmã, ou do irmão.

Não tem a cliente uma vida social significativa. Não participa de atividades de estudo, nem de grupos, não pratica esportes e nem desenvolve atividade religiosa. Seu contato com vizinhos é apenas razoável. Sua única atividade de lazer é frequentar bailes em casas noturnas com o namorado, sendo estes, os únicos momentos em que consegue relaxar um pouco, pois diz que aprecia muito dançar.

Revelou uma boa expectativa em relação ao tratamento musicoterápico, embora nunca tivesse ouvido falar desta modalidade de psicoterapia. Disse que possuía uma certa repulsa ao violão e ao acordeão por estes instrumentos trazerem lembranças de seu ex-marido. Revelou também que as únicas vezes que cantou foi em missas, quando era criança, e em uma festa, sob o efeito de bebidas alcoólicas.

O TERAPEUTA

É músico de formação erudita, violonista e professor de violão em uma universidade federal do sul do Brasil. É especialista em musicoterapia, possuindo cinco anos de experiência na área. Desenvolveu um trabalho de musicoterapia interativa não diretiva com a cliente, em dois encontros semanais, com a duração aproximada de sessenta minutos cada um.

O terapeuta utilizou um *setting* de pequenas proporções com um instrumento harmônico, cinco melódicos e vários instrumentos de percussão com afinação indeterminada.

AVALIAÇÕES E RESULTADOS

A partir da *baseline*, houve decréscimo nos números revelados pelo BDI até a medição 06 (39 - 13). Excetuando a quarta medição, que revelou pequena subida nos indicadores, todas as demais demonstram uma tendência de queda (Fig. 1). Da mesma forma que o BDI, o SRQ-20 revelou tendência decrescente na sintomatologia (15 - 06), apresentando inclusive uma evolução semelhante àquele, em quase todas as medições realizadas. A diferença é encontrada na medição 06 quando o BDI revela decréscimo agudo e o SRQ-20 revela pequena subida (Fig. 2).

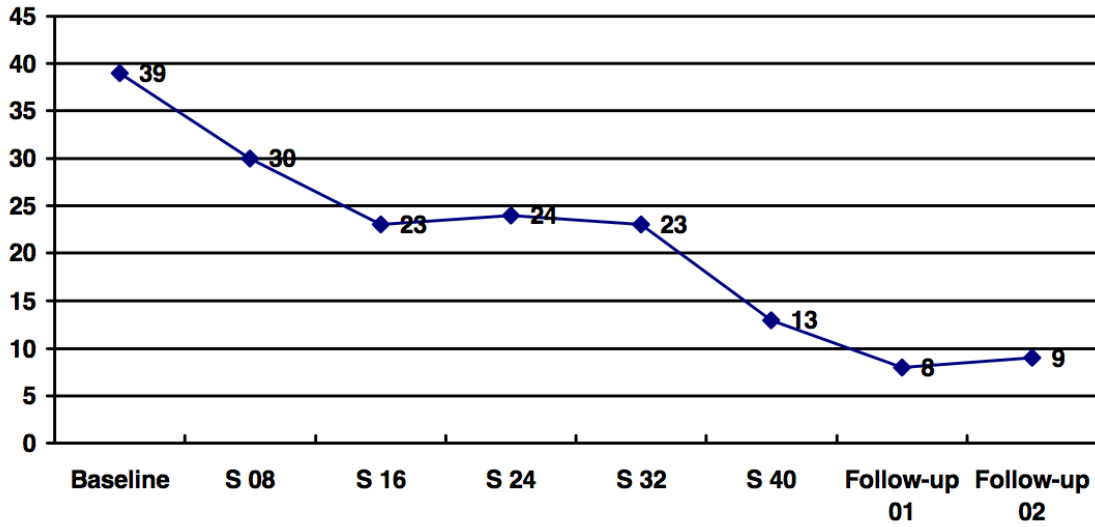


Figura 1: Evolução da sintomatologia apresentada no BDI.

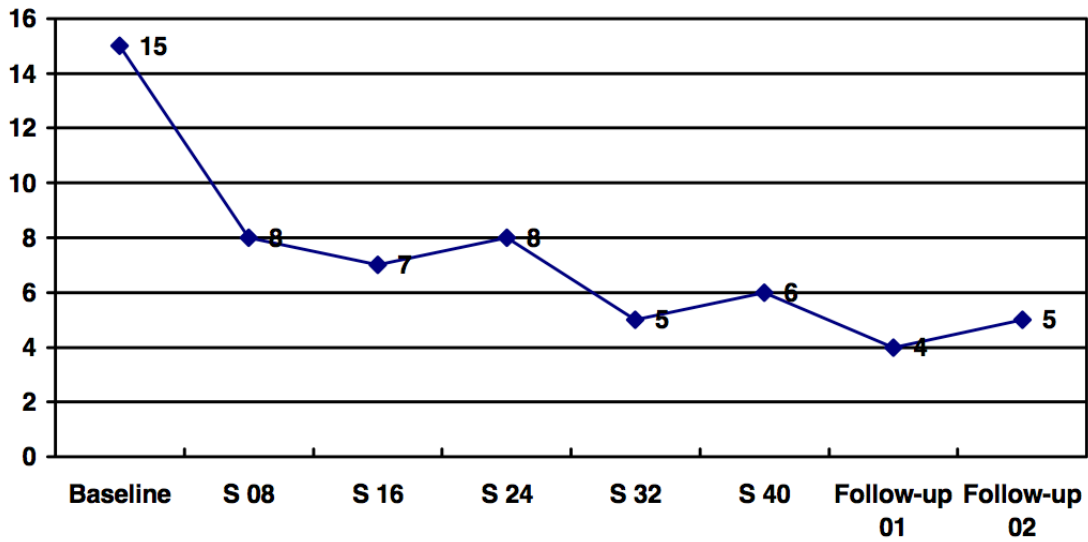


Figura 2: Evolução da sintomatologia apresentada no SRQ-20

Na primeira avaliação, os resultados no SRQ-20 já alcançaram um coeficiente igual ao ponto de corte, para não mais ultrapassá-lo, revelando tendência de queda nas demais medições. A evolução do BDI foi mais lenta e os números só estiveram abaixo do ponto de corte após a última medição. A tendência geral e queda nos dois instrumentos se manteve até o primeiro *follow-up*. No segundo *follow-up*, os resultados em ambos os testes apresentaram pequena elevação.

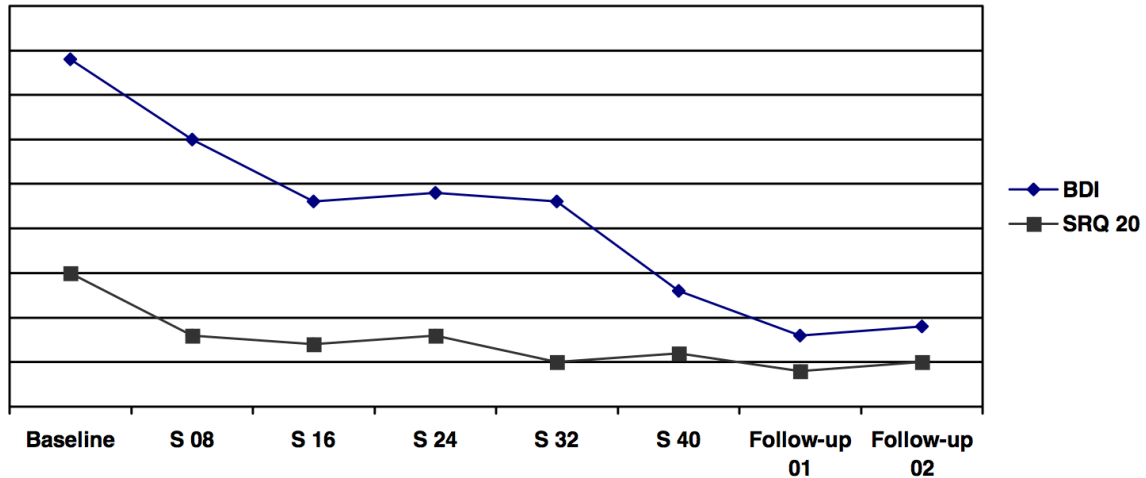


Figura 3: Evolução apresentada nos testes BDI e SRQ-20.

O Inventário de Aliança Terapêutica IAT (versões C e T) foi utilizado na análise do conteúdo verbal do processo e demonstrou a reciprocidade dos sentimentos entre a cliente e o terapeuta e sua influência na relação terapêutica.

	Avaliações									
	S 04	S 08*	S 12	S 16*	S 20	S 24*	S 28	S 32*	S 36	S 40*
Correlação	,35	,56	,55	,62	,59	,42	,31	,53	,77	,59
Significância	,04	,00	,00	,00	,00	,01	,07	,00	,00	,00

* = Avaliação concomitante com a aplicação dos testes BDI e SRQ-20

Tabela 1: Correlação de Spearman entre as respostas assinaladas pela cliente e o terapeuta, segundo o IAT.

Considerando-se as sessões em que houve concomitância entre as aplicações do IAT e os testes BDI e SRQ-20, percebe-se que as variações nas correlações são inversamente proporcionais à variação nos testes, ou seja, se a medida da correlação sobe, decresce o escore nos testes e vice-versa. A relação é quebrada na sessão 40 quando o resultado do SRQ-20 não acompanha a evolução. No primeiro *follow-up* não foi aplicado o IAT. No segundo *follow-up* o inventário foi novamente aplicado.

As correlações são insuficientes nas sessões 04 e 28.

Avaliações				
	Aval. 01	Aval. 02	Aval. 03	Aval. 04
Correlação	,92	,58	,82	,76
Significância	,00	,01	,00	,00

Tabela 2: Correlação de Spearman entre as respostas assinaladas pelos observadores externos, segundo o IAT.

Os resultados demonstram que todas as correlações foram suficientes, revelando uma certa semelhança na avaliação dos observadores.

O Instrumento Experimental de Avaliação Musical (IEAM) nas versões para o Terapeuta e o Cliente objetivou a avaliação da produção musical da díade terapêutica.

Avaliações				
	Aval. 01	Aval. 02	Aval. 03	Aval. 04
Correlação	,81	,31	,10	,33
Significância	,02	,46	,82	,43

Tabela 3: Correlação de Spearman entre as respostas assinaladas pelos observadores externos segundo o IEAM na versão para o Terapeuta.

Somente a primeira correlação revelou resultado significativo, as demais demonstraram uma grande diferença, entre os avaliadores, quanto a atuação do terapeuta. Um observador assinalou a dificuldade do terapeuta para interagir musicalmente com a cliente e explorar o material trazido de forma a enriquecer a experiência.

Avaliações				
	Aval. 01	Aval. 02	Aval. 03	Aval. 04
Correlação	-,08	,52	,07	-,28
Significância	,85	,19	,88	,51

Tabela 4: Correlação de Spearman entre as respostas assinaladas pelos observadores externos segundo o IEAM na versão para o Cliente.

Somente a segunda correlação revelou resultado significativo, demonstrando uma grande diferença, entre os avaliadores, quanto à produção musical da cliente. O material foi selecionado de forma aleatória e os observadores encontraram muitas dificuldades na avaliação, pois não tinham ideia do contexto de onde os excertos foram retirados, já que estavam submetidos a um “teste cego”.

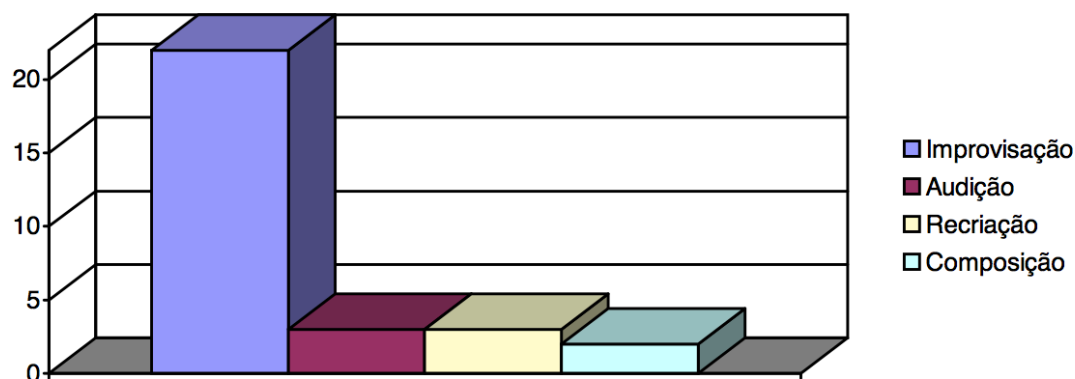
Um observador, apontou o caráter repetitivo das improvisações musicais, com predominância de compassos binários e grupos rítmicos de semínimas e duas colcheias em andamentos moderadamente rápidos, além de movimentos escalares em sentido ascendente

e descendente, revelando uma tendência obsessiva. Um segundo observador ressaltou que, geralmente, a produção musical de adultos em musicoterapia é árida e de difícil análise. Tais observações estão em conformidade com a percepção do próprio terapeuta.

Os resultados demonstram a dificuldade em analisar excertos musicalizados de sessões, quando estes encontram-se dissociados do contexto geral da terapia, logo, o Instrumento Experimental de Avaliação Musical (IEAM) é válido somente para o presente estudo, não sendo recomendada no momento sua generalização para outros casos. Segundo os observadores, alguns ajustes no IEAM se fazem necessários para torná-lo mais preciso e melhorar sua eficiência na análise da produção musical. Não foi encontrado um instrumento semelhante em outros estudos de caso único em musicoterapia interativa para o tratamento da depressão.

A “manualização flexível” foi um instrumento de orientação da atitude do terapeuta. A flexibilização foi prevista na metodologia, considerando os dados obtidos através da Ficha Musicoterápica. Além disso, o procedimento garantiu total espontaneidade na expressão musical.

A técnica musicoterápica preferencial foi a live improvisação.



Improvisações: 22

Audições: 03

Recriações: 03

Composições: 02

Figura 4: Utilização da técnica musicoterápica.

As experiências auditivas ocorreram nas sessões 14 e 15 e tiveram como objetivo qualificar a experiência de escuta musical da cliente, através de gêneros diferentes daqueles que estava habituada a ouvir. Na sessão N. 14, foi solicitado que a cliente escrevesse as impressões sentidas em relação às obras “Noite Transfigurada op 4”, de Schönberg e o “Concerto N. 27 para piano K 595 - II mov.”, de Mozart. Sobre a obra de Schönberg escreveu: “eu me senti dançando uma valsa pois tenho sonhos para saber dançar, aí me imaginei dançando” e, em relação ao exemplo de Mozart escreveu: “não gostei da parte da música que ela aumenta de volume me deixa irritada”. Na sessão N. 15 foi ouvida a “Sinfonia III op. 55 - I mov.”, de Beethoven e nada foi escrito.

As experiências recreativas correram nas sessões de números 01 (“Faltando um Pedaco” de Djavan), 02 (“Brincar de Viver” de Guilherme Arantes) e 10 (hinos religiosos).

As experiências compositivas referem-se a dois textos de autoria da cliente escritos e lidos nas sessões de números 02 e 03, respectivamente. Na sessão de no. 02 a cliente relatou a situação difícil na relação afetiva, o medo de tomar decisões e a saudade da mãe, escrevendo, que “*ela era a pessoa que me entendia sempre e me dava o conselho certo, pois sempre seguiu o que ela me orientava*”. Na sessão de no. 03 a cliente admite a crise prolongada no relacionamento, as preocupações com a cirurgia de vesícula e o conseqüente agravamento da situação financeira pela impossibilidade de trabalhar durante o período pós operatório.

O preenchimento da Ficha Musicoterápica demonstrou uma dificuldade da cliente em relacionar-se com a música, não especificando preferências ou recusas quanto a gêneros musicais e não relacionado a música com eventos significativos da própria vida. A única associação registrada foi o violão e o acordeão com a figura do ex-marido.

A frequência da cliente às sessões foi integral, sem nunca ter chegado atrasada, demonstrando confiança na terapia, motivação para melhorar e interesse em buscar outras formas de resolver seus problemas.

Cely assistiu dois recitais de música erudita em um importante teatro da cidade onde mora, por iniciativa própria. Apreciou muito as experiências e relatou que nunca tinha feito este tipo de programa devido a falta de tempo. Revelou também que nunca havia entrado em um teatro.

DISCUSSÃO

Os resultados nos testes BDI e SRQ-20 sugerem a *eficiência* da musicoterapia para a cliente e demonstram acentuada queda na sintomatologia ao final de 40 sessões, sem, contudo, haver remissão completa. O estudo *single case* de Jones e cols. (1993), em comparação, mostrou remissão completa, também em um caso de depressão, utilizando terapia psicodinâmica, mas com uma dose terapêutica (e, quase certamente os custos) 5 vezes maior: 208 sessões. Moras e cols. (1993) alcançaram resultados semelhantes ao presente estudo, empregando 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em dias subsequentes, também num modelo n=1. Estes achados mostrando eficiência de diferentes técnicas reforça a noção de *equivalência paradoxal* (Bergin & Garfield, 1994, p. 821), conceito que confronta e acalma eventuais narcisismos técnicos ao não ser possível demonstrar superioridade de uma técnica sobre outra. Portanto, esta noção leva a considerar que na recuperação dos pacientes, fatores outros, como, por exemplo, motivação (tanto do cliente quanto do terapeuta), tipos de acolhimento ao tratamento, sexo, idade dos pares terapêuticos, entre outros, sejam relevantes no processo e resultados.

Elliott (2001) propõe um modelo de pesquisa em estudo de caso único que utiliza uma mistura de informações quantitativas e qualitativas para prover evidências positivas e negativas a respeito do resultado da terapia no cliente, assinalando que é um dever moral, político e ético tomar conhecimento do que os clientes pensam sobre as terapias que lhes são oferecidas. Jones e cols. (1993) colocam em relevo a influência do cliente sobre o terapeuta e vice-versa, assinalando que este elemento do processo não tem sido estudado suficientemente.

No presente estudo foram utilizados dois instrumentos de avaliação da relação terapêutica, direcionados tanto para o conteúdo verbal (IAT) quanto para o conteúdo

musical (IEAM) do processo, no intuito de relacionar o que foi verbalizado ao que foi musicalizado, sendo este um princípio básico da musicoterapia. As percepções da diáde terapêutica foram reforçadas pelas observações de quatro juízes externos, atendendo a um pressuposto fundamental da cientificidade que é a verificação e confirmação de um fenômeno por mais de um sujeito (Sousa, 1998).

Os resultados obtidos pelos instrumentos citados, os quais são de natureza qualitativa, foram submetidos ao teste de correlação de Spearman, que atesta estatisticamente a correspondência entre as respostas assinaladas, desde que sejam elas variáveis contínuas. O procedimento vem ao encontro das melhores propostas para realização de estudos de caso único, uma vez que o olhar somente para um aspecto do processo, seja qualitativo ou quantitativo, não sustenta os achados. Assim sendo, somente demonstrar os resultados através de testes como o BDI e SRQ-20 não é suficiente, havendo a necessidade de resgatar e analisar outras informações igualmente importantes que lhes dêem sustentação.

Os ensaios clínicos randomizados (ECR) que investigam a *eficácia* da musicoterapia no tratamento da depressão são raros e sugerem ser eficaz esse método, embora indiquem a necessidade de mais estudos a respeito (Hanser e Thompson, 1994; Lai, 1999). Uma revisão sistemática e meta-análise em musicoterapia para o tratamento da depressão, planejada por Maratos (2004) para a Colaboração Cochrane significará um aporte de qualidade científica à pesquisa no campo e certamente facilitará os trabalhos de revisão bibliográfica. Admite-se que a metodologia ECR pode não estabelecer uma ponte entre a prática clínica e a pesquisa, mas em contrapartida, faz-se necessário a adoção de paradigmas de pesquisa de caráter sistemático (Jones e cols., 1993; Moras e cols., 1993; Bergin & Garfield, 1994; Kazdin, 2003) que estejam disponíveis para a maioria dos profissionais, independente do tipo de pesquisa, facilitando-se assim que se criem bancos de dados amplos com estudos de eficácia, de efetividade e de eficiência com metodologia empírica replicável. Isto é importante na medida que existe uma certa resistência por parte dos musicoterapeutas em empregar métodos quantitativos de pesquisa, onde, Smeijsters (1999), aponta que os métodos descritivos seriam mais adequados à pesquisa em musicoterapia.

É no aspecto da *efetividade* que a musicoterapia parece apresentar maiores resultados, haja visto o grande número de trabalhos existentes. A terapia parece não apresentar problemas de funcionamento na prática clínica mas, em contrapartida, a maioria dos estudos carece de qualidade de evidências empíricas, pois privilegiam o aspecto descritivo em detrimento do aspecto quantitativo, opondo-se aos paradigmas universais de pesquisa, principalmente, em estudos de caso único. Em acordo com Jones e cols. (1993), Moras e cols. (1993), Elliott (2001) e Kazdin (2003) afirmamos que uma das mais difíceis tarefas para a pesquisa em diferentes formas de psicoterapia tem sido demonstrar, convincentemente, a ligação entre o que ocorre no tratamento e a mudança no comportamento do cliente. Neste sentido, somente qualificar e descrever os eventos gera evidências pouco confiáveis, sendo necessário também quantificar aquilo que é possível de ser quantificado e submeter os achados a algum tipo de análise estatística para verificar sua significância.

Um estudo de caso único que não se baseia em dados quantitativos e qualitativos é um estudo situado em nível de *relato de caso*, pobre em evidências e frágil a uma verificação de validade interna e externa (Galatzer-Levy e cols., 2001). Este problema de validade, o qual geralmente prejudica a metodologia *single case*, pode ser minimizado através da criação de

um banco de dados disponível para análise e de avaliações seriadas em espaços não muito longos de tempo.

Baseados sobretudo no paradigma de Jones e cols. (1993), utilizou-se uma metodologia *taylor-made*, considerando o número de sessões previstas, a especificidade da intervenção musicoterápica que aborda elementos musicais e verbais, a natureza da própria cliente, as características do terapeuta e a inexistência de estudos semelhantes na área musicoterápica. Isto posto, é recomendável, de acordo com Moras e cols. (1993), a replicação da metodologia em outros estudos de caso único no intuito de verificar sua eficiência e efetividade, além de realizar alguns ajustes que se fizerem necessários na utilização da técnica musicoterápica e no instrumento experimental de avaliação musical.

Por fim, afirmamos, baseados em Kazdin (2003), que o delineamento de estudo *single case* é bastante propício à testagem de novas metodologias em psicoterapia e significa uma ponte segura entre a pesquisa e a prática clínica por ser de fácil replicação, não exigir amostras recortadas de pessoas especialmente selecionadas, além de apresentar baixo custo financeiro.

CONCLUSÕES

O presente trabalho procurou estudar em detalhe a prática clínica propriamente dita, seguindo pressupostos metodológicos identificados com a realidade de um consultório, ou com um processo de supervisão. Benenson (2001) e Barcellos (2004), apontam a importância do trabalho de supervisão e a utilização de instrumentos confiáveis para registrar as sessões e criar um banco de dados referentes ao processo musicoterápico. Porém, são poucos os musicoterapeutas que utilizam estes instrumentos de avaliação, sejam qualitativos ou quantitativos ou, ainda, observadores externos como metodologia de pesquisa para os estudos de caso único. A maioria dos trabalhos dedicam-se a uma descrição do processo, como um relato de caso. Considerando que o *single case* é uma metodologia repleta de problemas quanto à validade interna e potencial de generalização, um olhar somente descritivo para o estudo contribui pouco para o crescimento da pesquisa seja em musicoterapia, seja em outros tratamentos. Inclusive, pode-se observar que o século XXI pressiona os profissionais para a procura de melhores evidências, que sustentem as afirmações científicas, havendo um clamor pela precisão de critérios, ao afirmar-se uma hipótese (Sousa, 1998).

Em nível internacional têm surgido importantes trabalhos dedicados à pesquisa qualitativa e quantitativa em musicoterapia (Kenny, 1990; Wheeler, 1995; Smeijsters, 1996; Langenberg, 2002; Sabbatella, 2002), demonstrando as inúmeras possibilidades de progresso científico na área. Em contrapartida, a pesquisa no Brasil continua em estágio incipiente. Barcellos (2004) compara a pesquisa brasileira em musicoterapia com a espera de uma banda imaginária com seus sons distantes, que nunca chegam. Casos isolados ocorrem, da mesma forma que os instrumentistas da banda quando executam alguns solos, porém a pesquisa ainda não é uma prática comum entre os profissionais brasileiros.

O presente estudo não pretende ser um solo da referida banda mas, considerando a escassez de investigações de caso único baseados em evidências empíricas em musicoterapia, reconhecemos o caráter inovador da proposta e sua importância para o progresso da pesquisa brasileira na área musicoterápica.

REFERÊNCIAS

Aldridge, G. (2002). The development of melody: four hands, two minds, one music. *Info CD ROM IV Music Therapy World*. Kap. 1 fm. Pp 15-41.

Barcellos, L. R. M. (2004). Sobre pesquisa em musicoterapia. *Musicoterapia: alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, pp. 27-42.

Barcellos, L. R. M. (2004). Da prática clínica à sistematização. *Musicoterapia: alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, pp. 43-65.

Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. E.; Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Benenson, R. (2001). La supervisión: el gran ausente en la formación del musicoterapeuta. R. un caso clínico. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano IV, 5, 55-64.

Bergin, A. E.; Garfield, S. L. (1994). Overview, trends and issues. In Bergin & Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Brandalise, A. (2002). *Musicoterapia musicocentrada*. São Paulo, SP: Apontamentos.

Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton-Mifflin.

Division of Mental Health World Health Organization (1994). *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva.

Elliott, R. (2001). Hermeneutic single case efficacy design (HSCD), and overview: In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Fraser (Eds.), *Handbook of Humanistic Psychology*, pp. 315-324. Thousand Oaks, CA: Sage.

Frisch, A. (1999). When words are not enough. In Julie Hibben (Ed) *Inside Music Therapy (Client Experiences)*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers. pp 3-6.

Frohne-Hagemann, I. (2002). Integrative music therapy in the treatment of depression. *Info CD ROM IV Music Therapy World*, Kap. 2 fm, pp. 460-475.

Galatzer-Levy, R. M.; Bachrach, H., Skolnikoff, A., Waldron, S. Jr. (2001). The single case method. In *Does psychoanalysis work?*. New Haven: Yale University Press. Pp 230-242.

Gorenstein, C. & Andrade, L. (2000). Inventário de Depressão de Beck - Propriedades psicométricas da versão em português. In Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G., Zuardi, A.W.

Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editora.

Hanser, S. B. e Thompson, L. W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology*, 49 (6), pp 265-269.

Jones, E; Jess, G; Joel, T. Nigg and Dyer, Jennifer F. P. (1993). A paradigm for single-case research: The Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 61. No. 3. 381-394.

Kächele, H. (2000). Conventional wisdom and/or evidence-based psychotherapy. In S. Gril, A. Ibañez, I. Mosca e P. L. R. Sousa (Eds.), *Investigación en psicoterapia - procesos y resultados* (pp 17-27). Pelotas, RS: Educat.

Kasdin, A. E. (2003). Drawing valid inferences from case studies. In A. E. Kasdin (Ed), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 655-670). Washington, DC: American Psychological Association.

Kenny, C. (1990). *Qualitative research in music therapy*. New York, NY: The John Dow Editions.

Lai, Y. M. (1999). Effects of music listening on depressed women in Taiwan. *Issues mental health nurs.* 20 (3) pp 229-246.

Langenberg, M., Aigen, K. e Frommer J (Eds) (1996). *Qualitative music therapy research - beginning dialogues*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Langenberg, M. (2002). Qualitative research in music therapy - continuing dialogues. *Info CD ROM IV Music Therapy World*. Kap. 1 fm. Pp 199-205.

Machado, P.P. (1990). Inventário de Aliança Terapêutica (Working Alliance Inventory), versão para o português (material não publicado).

Maratos A and Gold C. (2003). Music therapy for depression (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Mari J; Williams P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry* 148: 23-26.

Miller, E and Miller, L. (1999). Playing music in the group. In J. Hibben (Ed.), *Inside Music Therapy (Client Experiences)* (pp 83-86). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Moras, K., Telfer, L. A. e Barlow, D. H. (2003). Efficacy and specific effects data on new treatments: a case study strategy with mixed anxiety-depression. In A. E. Kasdin (Ed), *Methodological issues e strategies in clinical research* (pp. 671-687). Washington, DC: American Psychological Association.

Murphy, M. (1996). Group music therapy in acute psychiatric care: The treatment of a woman following neurological trauma. In K. Bruscia (Ed), *Case studies in music therapy*, second edition (pp 465-478). Gilsum, NH: Barbosa Publishers.

Priestley, M. (1994). Case study of a depressed patient. In *Essays on analytical music therapy* (pp 225-229). Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.

Sabbatella, P. L. (2002). How to evaluate music therapy. *Info CD ROM IV Music Therapy World*. Kap. 1 fm. 229-255.

Saraceni, C., Savi, G., Ferrara, C., Diana, R. (2002). Experimental study of music therapy applied to patients with hypertension. *Info CD ROM IV Music Therapy World*. Kap. 1 fm. 256-270.

Scheiby, B. B. (1999). Transferência e contratransferência musicais. In L. R. M. Barcellos (org e trad) *Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência* (pp 25-40). Rio de Janeiro, RJ: Enelivros.

Smeijsters, H. (1999). Feelings of doubt, hope and faith. In J. Hibben (Ed) *Inside Music Therapy (Client Experiences)* (pp 277-294) Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Smith, G. H. (1996). The song-writing process: a woman's struggle against depression and suicide: In Bruscia K. (Ed) *Case studies in music therapy* second edition (pp 479-496). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Sousa, P. L. R. (1998). Discurso científico e discurso psicanalítico: convergências e divergências. In Lhullier, A. C. (Org.) *Novos modelos de investigação em psicoterapia* (pp 41-54). Pelotas, RS: Educat.

Sousa, P. L. R. (1998). Novas explorações na sessão de análise. In A. C. Lhullier (Org.) *Novos modelos de investigação em psicoterapia* (pp 161-189). Pelots, RS: Educat.

Wheeler, B. (Ed) (1995). *Music therapy research - quantitative and qualitative perspectives*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers.