

- Workshop -

Estudos de caso e respectivas intervenções clínico-musicais relacionadas à avaliação do processo musicoterápico

MT André Brandalise

Resumo:

Este artigo visa refletir sobre o processo musicoterápico visto através das intervenções clínico-criativas, baseado em casos clínicos pertencentes à comunidade mundial da Musicoterapia. A partir dos tipos de intervenção utilizados nestes casos, é intenção promover discussão teórico-filosófica sobre o presente e o futuro da profissão

Palavra-chave: Musicoterapia Casos clínicos Intervenções clínico-criativas

Abstract:

This article intends to reflect about the Music Therapy process under the view of clinical-creative interventions, based on clinical cases belonging to the world community of Music Therapy. From the types of interventions used in these cases an attempt is made to promote theoretical and philosophical discussions about the present and future of Music Therapy

Keywords: Music Therapy Clinical cases Clinical-creative Interventions

O acompanhamento de um processo, em Musicoterapia, é fenômeno que envolve grande complexidade e muito investimento por parte da comunidade. Frequentemente o profissional musicoterapeuta é questionado acerca de algo chamado “resultado” de um processo clínico. Como pensá-lo? Como avaliá-lo? No intuito de refletir, neste artigo, sobre estas questões, contarei com a experiência de alguns dos reconhecidos casos clínicos da Musicoterapia mundial.

A Musicoterapia já possui importantes processos, que auxiliam o pensar sobre suas mais variadas e possíveis dinâmicas. Entre eles, Edward, Audrey, Terry, Lloyd, Joshua, Francis. Destaco, para este artigo, dois deles: os processos musicoterápicos de Audrey e Francis. Audrey, uma menina de 7 anos, sem um diagnóstico específico, institucionalizada sem contato com qualquer familiar atendida pelos musicoterapeutas Paul

André Brandalise é Bacharel em Música (UFRGS, RS), Especialista em Musicoterapia (CBM-RJ) e Mestre em Musicoterapia (NYU, EUA). É presidente da AGAMUSI (Associação Gaúcha de Musicoterapia) e membro do conselho consultivo do CLAM (Comitê Latino Americano de Musicoterapia). Integra o conselho editorial da Revista Brasileira de Musicoterapia. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia, em Porto Alegre, onde trabalha como clínico, supervisor, orientador e pesquisador. É autor do livro “Musicoterapia Música-centrada” (2001).

Nordoff e Clive Robbins, nos Estados Unidos. Francis, um adulto, músico habilidoso, com AIDS atendido pelo musicoterapeuta Colin Lee, na Inglaterra.

AUDREY²

Audrey foi atendida pelos musicoterapeutas Paul Nordoff e Clive Robbins.

Logo de início, a intenção clínica foi: “to find a matching picture of Audrey for Audrey” (encontrar a foto de Audrey para Audrey). A maneira que Paul estruturava o vínculo com Audrey não podia ser diferenciada da maneira como ele tocava para a mesma. Expressava, com música, como a experienciava visando o desenvolvimento da relação terapêutica.

Daqui surge a pergunta: onde encontra-se, sonoro-musicalmente, a pessoa com a qual trabalhamos?

Em sua sessão 2, Audrey traz seu canto. Toca e canta forte com Paul.

Em um determinado momento da sessão, Paul experimenta a utilização da sílaba “lá”, desacelerando, e Audrey o acompanha. Paul diz: “neste belo canto encontra-se Audrey. Sua voz é forte e livre”. Clive complementa: “o uso desta habilidade não era feito de forma construtiva. Era importante auxiliá-la a canalizar seus desejos”. Logo, através da liberdade criativa Audrey experienciaria formas e estruturas que a auxiliariam a fornecer significado à música”.

Esta percepção acerca da condição³ de Audrey é similar a percebida pelo musicoterapeuta Alan Turry⁴ em relação ao menino Joshua, 11 anos, autista e cego. Joshua foi encaminhado à musicoterapia por ser considerado muito musical. Após alguns encontros de Turry com Joshua, o musicoterapeuta o avaliou da seguinte maneira: Joshua era muito habilidoso com e na música. Porém, não “dividia seu mundo”. A intenção clínica de Turry passou a ser ingressar no mundo musical de Joshua, como que “batendo na porta solicitando permissão para entrar” e fazer o convite para que ele passasse a dividi-lo com o mundo exterior. Para a mãe de Joshua, o musicoterapeuta Alan Turry fez a melhor avaliação que alguém já havia feito de seu filho.

É possível perceber no início do caso clínico de Audrey, e no exemplo da avaliação de Turry acerca da condição de Joshua, a possibilidade destas

2 - O processo musicoterápico de Audrey é considerado Nível 1 pela abordagem Nordoff-Robbins, o que representa avaliação mais alta em termos de importância didática para a abordagem, e faz parte dos nove casos clínicos cujos processos ocorreram no período entre fevereiro de 1961 e julho de 1962, período muito marcante da filosofia e da prática Nordoff-Robbins. A descrição básica do caso clínico Audrey possui como fonte AIGEN, 1998, pp. 27-58.

3 - Tradução do autor do termo Nordoff-Robbins *condition child*, que denota como está a criança que, ao longo dos anos conviveu com alguma deficiência neurológica ou fisiológica e entendendo que a personalidade se desenvolve a partir das experiências que um indivíduo pode assimilar. (Aigen, 1997, p. 57).

4 - Turry é diretor clínico do Nordoff-Robbins Center for Music Therapy. A fonte do caso Joshua foi a entrevista intitulada *Music Key*, realizada pela rede norte-americana de televisão CBS, com parte da equipe do *Nordoff-Robbins Center for Music Therapy* (NY, EUA).

peças poderem encontrar espaço no processo para poderem mostrar-se a musicoterapeutas que simplesmente colocam-se presentes e disponíveis para estarem com seus pacientes onde quer que demandem estar. Penso ser este o início do acompanhamento do processo de alguém onde os objetivos e os “resultados” não são de forma alguma pré-estabelecidos. Vão acontecendo.

Na sessão 5 de Audrey, Paul inicia a significativa *Audrey's song* (canção da Audrey) lentamente a estimulando a acompanhá-lo.

Segundo minha escuta, estava criado o primeiro Tema clínico (TC) de Audrey.

Paul e Clive introduzem a história de “CINDERELA” no processo (a primeira vez que Clive utilizou o tema clinicamente havia sido em 1958). A intenção clínica foi a de trazer ao ambiente de Audrey algo de misterioso e bonito, algo que fosse uma grande experiência emocional para ela. Audrey não experienciou somente a história mas também a forma como a mesma foi contada. A concentração, o cuidado e a força da intenção que foi colocada por Paul e Clive foi uma realidade humana importante na experiência terapêutica de Audrey.

Na história, Cinderela é abandonada. Sua beleza não é valorizada pela madrasta. Cabe aqui lembrar que Audrey fora institucionalizada, sem um diagnóstico e suas habilidades não valorizadas. Enfim, possuía uma CONDIÇÃO CINDERELA.

Qual seria o caminho a seguir? Confiança, autonomia, iniciativa e identidade.

Surgem as chamadas “polaridades” à história de Audrey:

AMADA - NÃO AMADA
CLARIDADE - ESCURIDÃO
CONSCIÊNCIA - INCONSCIÊNCIA
RECOMPENSA - PUNIÇÃO
VIRTUDE - DEFEITO

Ou seja, sua condição começando a ganhar forma ao longo do processo e, conseqüentemente, uma mais clara sinalização aos musicoterapeutas acerca dos caminhos a seguir possibilitando uma cada vez maior liberdade para que Audrey pudesse Ser e Estar livre na Experiência Criativa.

No final da sessão 9, Audrey verbaliza não querer mais fazer o “papel” de Cinderela e solicita troca de papéis. Pede para que seja o pai, para que Clive seja a mãe e para que Paul seja Cinderela. A sessão termina e Audrey canta a *Good bye song*⁵ chorando.

5 - Estrutura sonoro-musical que marca o término da sessão de Musicoterapia.

Na sessão 15, Paul conduz a peça à canção *Audrey is dancing a song* (Audrey está dançando uma canção). Audrey canta parte da letra mas decide não continuar.

Então diz: “Stop...I sing, OK?” (Pára...eu canto, OK?)

Verbaliza: “it's not w(r) ight!” (não está certa)

Inicia, então, uma nova canção e Paul a acompanha.

Audrey executa uma espécie de som dramático (que soa um choro) e canta “I cry” (eu choro) inúmeras vezes.

No final da sessão 15, Audrey solicita “Cinderela”. Como não havia tempo suficiente de sessão Clive decide improvisar uma passagem onde Cinderela está colhendo algumas flores. Pergunta a Audrey: “Para quem Cinderela está colhendo estas flores?”

Segundo Clive este foi o dia do *turning point* (ponto de mutação) do tratamento de Audrey. Diz que neste dia tiveram a certeza de que Audrey cantara (externalizara) sua crise.

Na sessão 16, em resposta à pergunta de Clive da sessão anterior, a música de Paul sugere uma canção ou ária.

Audrey canta: “I sleep. I sleep. I cleep so tight...I climb up high in my tower. I cleep. I cleep...in a bed” (Eu durmo, eu durmo. Eu *cleep*⁶ muito encolhidinha...eu escalo o alto da minha torre. Eu *cleep*...numa cama”). Esta frase é encerrada e Paul continua a improvisação uma vez que Audrey havia interrompido fornecendo alguns compassos a serem preenchidos.

Audrey inicia um segundo verso de “I cleep”. Ela a desenvolve.

Audrey: “I cleep, I'm crying, I'm crying, I'm crying, somebody wake me up, I'm crying, I'm crying, I cleep, I cry, I sleep” (Eu *cleep*, estou chorando, estou chorando, estou chorando, alguém me acorde, estou chorando, estou chorando, eu *cleep*, eu choro, eu durmo”).

Paul inicia uma dança no piano. Segundo Paul para “embelezar a situação de Audrey”. Paul toca dois compassos e Audrey inicia fraseado...”listen, listen, listen, I cleep nice!” (ouçam, ouçam, ouçam, eu *cleep* bem). Há uma breve pausa. Paul interrompe o tempo de dança e Audrey canta dramaticamente.

A ÚLTIMA SESSÃO DE AUDREY

Audrey e Paul cantam a letra que Audrey havia criado em C menor, *What shall we do?* (o que devemos fazer?).

Paul canta: *Her stomach hurts, what shall we do?* (seu estômago dói, o que devemos fazer?) e cantam juntos.

Audrey canta sozinha *my stomach hurts* (meu estômago dói).

Paul modula para uma tonalidade maior e Audrey canta *what shall we*

6 - Não há uma tradução para o verbo “to cleep”, utilizado por Audrey em seu canto, o que fez o autor levantar a hipótese de Audrey estar conectando os verbos “to sleep” e “to climb”, ou seja, “dormir” e “escalar”.

do?.

Troca para uma tonalidade menor novamente. Audrey cria uma série de crescendos.

Audrey canta *don't cry, don't cry. Please, don't cry, cry, cry* (não chore, não chore. Por favor, não chore).

Paul canta: *Her heart is broken* (seu coração está machucado/quebrado) e Audrey responde *my heart is broken* (meu coração está machucado/quebrado)

Duo em *what shall we do?* Crescendos ocorrem.

Paul toca liricamente nos agudos e Audrey o acompanha.

Havia algumas pessoas observando a sessão de Audrey naquele dia. Em um determinado momento Audrey pede para que todos cantem com ela e com os musicoterapeutas. Clive pergunta a Audrey: "o que deveríamos pedir para que eles cantem?".

Paul sugere a canção *something is going to happen* (alguma coisa vai acontecer). Audrey concorda e todos cantam juntos.

SOMETHING IS GOING TO HAPPEN

SOMETHING IS GOING TO HAPPEN, TO HAPPEN

(Alguma coisa vai acontecer, vai acontecer)

WHAT WILL IT BE? WHAT WILL IT BE?

(O que será? O que será?)

SOMETHING IS GOING TO HAPPEN, TO HAPPEN

(Alguma coisa vai acontecer, vai acontecer)

WE WILL WAIT AND SEE WHAT IT WILL BE

(Esperaremos e veremos o que será)

Na primeira vez, Audrey, Paul e Clive cantam juntos para que os observadores (testemunhas daquele que estava sendo o último momento da relação Paul-Clive-Audrey-música) aprendessem a letra e a melodia. Terminada a primeira seqüência, Audrey dirige-se à platéia mais uma vez e, juntamente com Paul e Clive, faz com que todos cantem. Todos o fazem. Naquele momento encerrava-se o processo musicoterápico de Audrey que, entre outros movimentos em suas Experiências criativas, havia conseguido deixar de ser uma CINDERELA na vida para ser um sujeito com autoestima mais elevada, com a percepção de que tinha potencial para ser amada do jeito que era. Havia conquistado a possibilidade de ser mais livre.

FRANCIS⁷

Francis, brilhante pianista, de meia idade com AIDS. Foi atendido na

7 - A descrição do caso clínico Francis possui como fonte LEE, 1996.

London Lighthouse⁸, pelo musicoterapeuta Colin Lee.

Questões principais de Lee acerca do trabalho com Francis:

Por que música?

Quais as qualidades da música que podem, de forma profunda, influenciar re-avaliações sobre vida e morte?

Em seu livro, *Music at the Edge* (Música no Limite), Lee busca depoimento de outras pessoas com AIDS.

1) Estou aprendendo, com a Musicoterapia, a expressar-me de uma forma que não sabia que existia. Expresso uma parte de mim que não sabia possuir. Minha música tornou-se uma parte minha muito importante. Quando fui diagnosticado como portador de HIV, dois anos atrás, sabia que era preciso fazer alguma coisa. Musicoterapia tem sido uma maravilhosa adição à minha vida. Adicionou a mesma uma nova dimensão e tem provado, terapeuticamente, ser eficiente no alívio do stress.

2) Tenho vivido uma longa "jornada" nestes últimos oito anos e agora escolhi uma forma de expressão criativa na qual posso encontrar-me. Musicoterapia, para mim, é como uma linguagem comum que conduz entendimento ao coração. O intelecto fica livre para fazer o trabalho para o qual foi designado, como servente do coração.

3) A raiva que sinto, que é retratada musicalmente, tem a ver com meus medos em relação à doença e suas possíveis repercussões. Posso improvisá-los.

Os Princípios utilizados por Lee no trabalho com Francis foram:

- Musicoterapia fornece espaço para o crescimento quando, potencialmente, tudo ao redor está expremido;
- Musicoterapia não trabalha somente com questões de morte e ser terminal como também de saúde e vida;
- Musicoterapia facilita a relação terapeuta-cliente de forma não verbal. Durante o processo de morte ocorre uma intensidade e um entendimento sobre esta relação que é único;
- Musicoterapia não faz perguntas e não possui demanda, simplesmente encoraja a pessoa a "SER". Para pacientes terminais isto pode ser muito importante.

8 - Centro residencial e de apoio a pessoas com HIV e AIDS, em Londres, Inglaterra.

FIGURA 1: a dinâmica do conflito

| | | |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| FORÇAS NATURAIS DA VIDA | QUALIDADES DA MÚSICA | DIMENSÕES ESPIRITUAIS DA MORTE |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|

O musicoterapeuta norte-americano John Carpente⁹, com experiência no trabalho com pessoas com AIDS traz algumas questões na busca de um entendimento sobre pelo que passam portadores de AIDS.

- 1) Como é sentir-se rejeitado e constantemente estigmatizado?
- 2) Como deve ser saber que seu próprio sangue está envenenado com um vírus que não tem cura?
- 3) Como deve ser viver em um lugar onde a morte é presente?
- 4) Como deve ser dormir, à noite, sem a certeza do acordar na manhã seguinte?
- 5) Como deve ser precisar que digam quando comer, dormir, tomar banho, ir ao banheiro (perda da autonomia, do controle e da identidade)?
- 6) Como deve ser viver incerto sobre sua existência?
 - ter uma gripe pode representar a morte.
 - de uma hora para a outra, você passa a ser diabético (este pode ser um dos efeitos colaterais dos medicamentos).
 - você pode levantar, em uma manhã, incapaz de caminhar.

Carpente, em entrevistas com “counselors” e drogaditos, sobre o que o uso de drogas e álcool podem causar a um indivíduo detecta que:

- 1) devido ao vício você fica só. Sua família - sua esposa, marido, crianças, pais e amigos o deixaram.
- 2) devido ao seu vício perde sua casa e todos os seus pertences. Como resultado você vive num alojamento para indigentes ou nas ruas.
- 3) devido ao seu vício perde seu trabalho.
- 4) devido ao seu vício seu corpo fisicamente necessita a substância para que normalize.
- 5) devido ao seu vício precisa de dinheiro e o terá a qualquer custo - implorando, roubando, matando, prostituindo-se.

Combinando o vírus da AIDS com a história de uso de drogas pode-se dizer que há um confronto consciente ou inconsciente entre muitas questões existenciais. Aqui algumas das mais comuns que Carpente testemunhou e/ou escutou trabalhando com esta população:

- 1) medo da morte
- 2) perda de liberdade e autonomia

- 3) isolamento
- 4) perda de significado e propósito
- 5) falta de entusiasmo para ser responsável
- 6) perda de identidade (auto-percepção e percepção do mundo)
- 7) perda de interesse à vida

Aqui penso sobre como o musicoterapeuta deve, frente a estas informações, traduzir musicalmente a demanda clínica. Voltemos à colaboração de Lee e Francis na busca desta resposta.

Em sua sessão 2, cujo título foi “Achando uma voz”, Francis verbaliza:

“Pensei que pudéssemos tentar um trabalho de improvisação embasado em uma única nota, um tipo de tônica colossal (*colossal tonic*). É uma idéia sobre a qual venho refletindo durante toda a semana. Acho que sempre é importante ir em busca dos instintos iniciais e meu primeiro pensamento foi E bemol.”

Na segunda improvisação da sessão 3, de título “Desafios e solos”, Francis tocou os baixos do piano e Colin os agudos. A peça foi estruturada da seguinte maneira:

- Centro tonal: C maior;
- Estabelecimento de um pulso lento (centro tonal em F). Torna-se mais rápida com aumento de volume;
- um *walking accompaniment*, executado pelo baixo, permite que um tema seja desenvolvido pelos agudos;
- uma passagem turbulenta conduz a uma estrutura que é tonalmente e ritmicamente livre;
- A música torna-se complexa culminando em acordes que são rápidos, altos (em volume) e atonais;
- uma falta de pulso rítmico permite mais liberdade de expressão.

Com a conclusão da improvisação Francis verbaliza: “Foi bem diferente da minha improvisação solo. Foi cheia de vida. Diferente da primeira que me pareceu mais cheia de perdas e fechamentos.”

Deu o título de CONFRONTO a sua sessão 4. Verbalizou:

FRANCIS: “...não acho que consiga expressar-me atonalmente e isto tem sido uma barreira”.

LEE: “Gostarias de expressar-se mais atonalmente?”

FRANCIS: “Não, acho que não. Não quero fazer algo que não possua instintivamente”.

FRANCIS: “...estou tendo problemas em me adaptar com o piano do meu quarto. Estão reativadas as dificuldades que sempre tive em poder ter a

9 - FONTE: MT John Carpente durante a II Jornada de Musicoterapia do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, 06/07 e 08 de Agosto de 1999).

música que queria durante minha infância. A dificuldade em expressar-me, de ter que adaptar-me com o piano do meu quarto.”

Atribuir título às sessões¹⁰ consiste em um recurso clínico que pontua, quando preciso, o sentimento do musicoterapeuta sobre movimentos, conquistas e ações mais significativos realizados pela relação terapêutica ou por qualquer dos agentes (paciente, dupla de terapeutas e música). A atribuição do título a uma sessão deve ocorrer logo após o término da mesma, visando uma maior precisão acerca da reação do musicoterapeuta sobre os movimentos clínicos.

- nem toda sessão merecerá receber, por parte do terapeuta, um título;
- o título não deve sugerir o detalhamento e as reflexões sobre os movimentos ocorridos;
- o título poderá pontuar tanto uma ação significativa advinda do paciente quanto uma intervenção significativa utilizada pelo corpo de terapeutas.

A sessão 7 recebeu o nome de “Plateau”

A polaridade maior/menor passa a ser o centro da dicotomia entre segurança e insegurança

A sessão 9 chamou-se “Vida e Morte” e teve quatro improvisações.

- Centro tonal: entre A e D menor;
- inicia com trocas de pergunta e resposta. O tema retorna ao longo da improvisação;
- A música expressa confiança, com uma combinação de temas e cores;
- A medida que a estrutura cresce, frases são construídas;
- A improvisação começa a ficar mais intensa. Os *glissandos* tornam-se importantes;
- Um forte pulso conduz a uma sessão mais calma que progride em direção a clímaxes. Influência de música espanhola começa a aparecer;
- A segunda sessão da improvisação é baseada em idéias temáticas opostas. Rápidas oitavas sincopadas são posicionadas contra uma progressão cordal. Uma forte base rítmica é mantida;
- O cromatismo aparece, podendo ser a indicação de uma possível diluição do tonicismo de suas improvisações. A direção rítmica move-se entre estruturas que são livres e regulares;
- Uma coda lenta, com acordes suspensos, traz a resolução em C maior.

Verbalizações de Francis após a improvisação:

- “Em contraste com outras improvisações esta apresentou conteúdos mais óbvios. Foi uma grande demonstração de musicalidade e de emoções.”

10 - Brandalise, 2001, p. 34. O autor acrescenta que os títulos também podem ser atribuídos às sessões pelo paciente.

- “Não quero produzir sons bonitos. Quero sentir e notar que está fluindo, que tem significado, valor e que se comunica com a vida”.

Francis pede para que Lee faça um solo.

Após escutar Lee disse: “Foi difícil ouvir...foi tenso e trouxe dor”.

Chamou sua sessão 10 de “Expressando a dor”. Comentou não estar muito bem e pediu para tocar um solo.

No final da improvisação Francis chora e pede que Lee toque algo.

FINAL DA PRIMEIRA FASE DO TRATAMENTO

FRANCIS FALA...

Sobre musicoterapia:

“Sinto como se fosse um testamento. É a única expressão que tenho desta jornada espiritual.”

“Tempo é um fator que limita.”

Sobre estrutura e conteúdo:

“As partes que compõem a expressão musical não existem isoladamente.”

Sobre o silêncio:

- “O silêncio é absolutamente vital. A duração de um silêncio é o tempo necessário. É o período de absorção. Aí estou pronto para continuar. O momento do silêncio é uma parte intrínseca. Uma parte intrínseca do que aconteceu antes e do que vai acontecer. É absolutamente essencial.”

Sobre tonalismo a atonalismo:

“Tonalidade, para mim, é a habilidade de usar as notas enquadradas em uma estrutura consonante. Atonalismo é escapar inteiramente do sistema tonal. Sempre há uma inferência ao tonalismo em minhas músicas.”

“O sentimento de “perda de controle”, para mim, somente pode ser representado pelo atonalismo”.

Torna-se claro um dos conflitos:

| | | |
|--------------------------|-----|------------------|
| PERDA DE CONTROLE | vs. | LIBERDADE |
|--------------------------|-----|------------------|

Sua sessão 12 foi intitulada “Liberdade”.

Diz: “gostaria de ir a San Francisco no feriado. Nunca estive lá. Quero fazer algumas saídas antes que seja tarde demais.”

“Nesta improvisação quis perder o controle e não me preocupar com a qualidade da música que estava fazendo.”

Segundo Colin Lee, Francis sempre buscou a “HABILIDADE DE SER LIVRE”.

Na sessão 13, de nome “Crise e mudança”, o aspecto físico de Francis começa a mudar: emagrecimento, envelhecimento (aparência), dificuldades para engolir. Verbalizou: “não estou muito inspirado hoje. Estou cansado e com dor de cabeça...estou muito perdido...extremamente cansado e deprimido...sinto-me triste...sinto-me como se, de alguma forma, estivesse perdendo contato comigo mesmo.”

- Música de abertura da sessão (*opening music*);
- Centro tonal: G menor;
- Início da improvisação;
- as duas sessões estão divididas por um curto *resting place*. Neste exemplo, Francis utiliza a pausa para uma “respiração” antes de continuar;
- a peça é simples e evocativa. É baseada em terças menores (este intervalo sendo utilizado como célula para construção melódica). Há uma transparência de pensamento no *design*;
- A tessitura passa a ser mais preenchida, movendo-se em direção a Bb maior;
- uma sessão baseada em melodia e acompanhamento conduz a música a um andamento mais acelerado;
- há o surgimento de um tema;
- a improvisação dirige-se a uma grande pausa.

[a improvisação continua por mais 45 minutos]

O tema serviu como âncora estrutural para a peça.

Na sessão 14 há a relação com os modos Maior e menor.

No início da sessão verbaliza: “percebi que é errado pensar que por se ter AIDS é importante. Como homossexual não sou importante - e aí pensar que sendo homossexual e portador de AIDS passo a ter importância para alguém é ridículo.”

A sessão 18 é chamada de “Beleza Bárbara” e torna-se aparente o declínio físico de Francis. A improvisação estruturou-se da seguinte maneira:

- Centros tonais: D bemol e C;
- Uso de “clusters” e pedal de sustentação;
- O pulso torna-se regular. Uso de teclas pretas;
- “Clusters” com as teclas brancas servindo como pivô entre tonalismo e atonalismo;
- O ritmo acelera e a tessitura expande-se e torna-se mais livre;
- A improvisação é interrompida de súbito. Há a manutenção do “cluster” que vai “morrendo”.

[a improvisação continua por mais 30 minutos]

Francis verbaliza: “O que aconteceu?...fico impressionado como adquire energia. Antes das improvisações sinto-me tão morto.”

“Fico impressionado como posso improvisar toda semana. Sempre estou pronto para isto. Por quanto tempo?”

A sessão 19, chamada “à frente” apresenta um sentido de “ESTAGNAÇÃO”. Francis verbaliza:

FRANCIS: “Esta sessão foi mais contida”.

LEE: “Não senti a mesma dor na música do que a percebi em ti no início da sessão”.

FRANCIS: “Não havia dor na improvisação...sinto que decidi desistir da dor”.

Questão: estava Francis indicando sua preparação para a morte?

A sessão 20 recebe o nome de “especulações e espontaneidade”. Francis entra na sessão verbalizando: “...tive um significativo sonho. Estava tentando abrir uma janela a mais no meu quarto. Acredito ter resolvido com o piano. Este espaço estava faltando.”

A sessão 26, chamada “a célula”, marca característica improvisacional de Francis.

CARACTERÍSTICA DO “ESTILO” DE FRANCIS: Desenvolvimento de célula generativa

A sessão 30 é a “la fête des morts” (a festa dos mortos).

A improvisação soou como um hino e foi estruturada da seguinte maneira:

- Música de abertura;
 - Centro tonal: C menor;
 - Acordes simples que vão adquirindo mais volume;
 - Há beleza e controle. Acordes sem melodia;
 - Há a emergência de mais frases melódicas;
 - Um tema aparece;
 - Há um clímax antes do retorno a C;
 - A peça adquire mais volume até descender a uma área de repouso.
- Por Lee: “...sentimentos de finitude, equilíbrio e paz”.
- Francis: “Quero chamá-la de sonata do funeral”. Meu Requiem...la fête des morts...”

A sessão 31 chamou-se “vôo”.

Inicia a sessão falando sobre Tony:

“A sessão da semana passada foi um “Requiem”, em parte pelo fato do meu amigo Tony estar morrendo...morreu naquele dia...”
(ATÉ ENTÃO NÃO HAVIA MENCIONADO ESTE AMIGO)

Verbaliza: “Lembro-me quando te disse “não sei o que cantar? O que é a minha canção? Onde ela está? Não consigo encontrá-la. Ajude-me.”

Sessão 32: “canto”. Estrutura da improvisação:

- Música de abertura;
- Centro tonal: E bemol maior;
- Uma simples melodia de abertura, com pedal de tônica, garante segurança;
- Acordes descendentes e ascendentes;
- Uma pausa cria um *resting place* e é seguido por clusters nos agudos;
- Surgimento de material melódico;
- A peça é desenvolvida com uma simplicidade estrutural.

[a improvisação continua por mais 40 minutos]

FRANCIS: “É tipo um limbo. Nenhum lugar. “Limbo” é um antigo conceito de não-céu e não-inferno. Onde as pessoas vão quando não estão qualificadas para nenhum.”

LEE: “É como te sentes?”

FRANCIS: “Acho que é...tipo de estado de suspensão.”

A sessão 33 foi chamada de “invocação de vida”

- Centro tonal: C menor;
- Denso cluster cromático;
- uma sessão de oitavas;
- uma longa pausa cria um *resting place*.

Francis verbaliza: “Estou mais seguro em relação a deixar a vida. Lembrou-me as habilidades da alma...obrigado por teres estado comigo. Gostaria de chamar esta improvisação de “For Colin” (para Colin).

FOI A ÚLTIMA MÚSICA QUE FRANCIS TOCOU

O musicoterapeuta Colin Lee diz: “Talvez nestas últimas palavras consiga dizer adeus a este capítulo da minha vida. Minha relação com Francis continua...”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Penso que os processos clínicos de Audrey e Francis falam por si. Demonstram ações internas e externas, na relação terapeuta-paciente-música, em prol de transformação.

Zuckermandl diz que “o movimento da folha é determinado por forças ativas externas. O direcionamento do vôo da andorinha é realizado por seu interior. Impulsos internos em ação. Porém, forças externas também estão envolvidas. A andorinha baseia sua ação nelas e com elas.”

Para finalizar, voltemos às perguntas que motivaram a construção deste artigo:

Qual seria, então, o “resultado” esperado de um processo musicoterápico? Quais os objetivos a serem alcançados? Como avaliar?

Entendo que Audrey e Francis são bastante claros em seus ensinamentos à comunidade da Musicoterapia. Assim como a andorinha experiencia seus desejos com e no outro e vai realizando seu vôo e seu direcionamento nossos pacientes, em seus vôos, vão nos indicando maneiras de como as forças ativas envolvidas na relação terapêutica e na música que dela emerge podem com eles estar.

A liberdade neste vôo e nesta existência me parece ser o maior e mais rico resultado que a Musicoterapia pode oferecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIGEN**, Kenneth. *Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*. EUA : Barcelona Publishers, 1998.
- ANSDELL**, Gary. *Music for Life*. Londres: Jessica Kingsley, 1995.
- BRANDALISE**, André. *Musicoterapia Músico-centrada*. São Paulo: Apontamentos, 2001.
- LEE**, Colin. *Music at the Edge: the Music Therapy Experiences of a Musician with AIDS*. EUA : Routledge, 1996.
- NORDOFF**, Paul and **ROBBINS**, Clive. *Creative Music Therapy*. New York : The John Day Company, 1977.
- ROBBINS**, Carol; **ROBBINS**, Clive. *Healing Heritage: Paul Nordoff Exploring the Tonal Language of Music*. EUA : Barcelona Publishers, 1998.
- _____. In: **BRUSCIA**, Kenneth. *Case Studies in Music Therapy*. Barcelona Publisher : EUA, 1991.
- ZUCKERKANDL**, Victor. *Man the musician*. EUA: Princeton University Press, 1976.