

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA**

**PSICOTERAPIA BREVE NO TRATAMENTO DA
ANSIEDADE NA PERFORMANCE MUSICAL**

RODRIGO DUETI

**Goiânia
2016**

RODRIGO DUETI

**PSICOTERAPIA BREVE NO TRATAMENTO DA
ANSIEDADE NA PERFORMANCE MUSICAL**

Produto parcial de pesquisa apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Música da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás como pré-requisito para a obtenção do título de MESTRE em música.

Área de Concentração: Música na Contemporaneidade

Linha de Pesquisa: Música, Criação e Expressão [Psicologia da Performance Musical]

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Ray

**Goiânia
2016**

FOLHA DE ASSINATURAS

RESUMO

A Ansiedade na Performance Musical (APM) acomete uma média de 24% de músicos ocasionando assim a possível diminuição do aproveitamento na carreira destes profissionais que trabalham com a performance, e dependendo da intensidade dos sintomas podem suscitar o afastamento e esquiva de situações geradoras de ansiedade. Este trabalho pretende demonstrar a aplicabilidade da psicoterapia breve em casos clínicos atendidos no Laboratório de Performance e Cognição Musical da Universidade Federal de Goiás. Está dividido em capítulos, onde o primeiro discorre sobre a psicoterapia breve com uso de técnicas de reprocessamento de lembranças traumatogênicas; o segundo traz aspectos sobre a ansiedade em geral e busca introduzir o tema da APM, através de autores brasileiros pioneiros no estudo e discussão do assunto; no terceiro capítulo estão expostos o método clínico qualitativo que norteou a pesquisa, os relatos de diário de campo realizado pelo pesquisador e as discussões, seguidas pelas considerações finais.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve, Ansiedade na Performance Musical, Psicologia da Música.

ABSTRACT

Anxiety in Musical Performance (AMP) affects an average of 24% of musicians thus causing a possible decline in utilization in the career of these professionals working with performance, and depending on the intensity of the symptoms can raise the removal and avoidance of situations that generate anxiety. This work aims to demonstrate the applicability of brief psychotherapy in clinical cases seen in Musical Performance and Cognition Laboratory at the Federal University of Goiás, it is divided into chapters, where the first discusses the brief psychotherapy to use reprocessing traumatogênicas memories techniques; the second brings aspects of anxiety in general and seeks to introduce the topic of APM, through Brazilian pioneers authors on the study and discussion of the subject; the third chapter are exposed qualitative clinical method that guided the research, the daily reports from the field of participants and discussions, followed by closing remarks.

Keywords: Brief Psychotherapy, Musical Performance Anxiety, Psychology of Music.

SUMÁRIO

	RESUMO	iii
	ABSTRACT	iv
1	INTRODUÇÃO	1
2	CAPÍTULO I – PSICODRAMA	5
2.1	REGRAS E TÉCNICAS BÁSICAS DO PSICODRAMA.....	8
3	CAPÍTULO II – PSICOTERAPIA BREVE	10
3.1	HISTÓRICO DA PSICOTERAPIA BREVE.....	11
3.2	REPROCESSAMENTO DE LEMBRANÇAS TRAUMATOGÊNICAS.	14
4	CAPÍTULO III .- ANSIEDADE	18
4.1	ASPECTOS GERAIS DA ANSIEDADE.....	19
4.2	ANSIEDADE NA PERFORMANCE MUSICAL (APM).....	22
5	CAPÍTULO IV – MÉTODO	25
5.1	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1.1	Participante 1: estudante de violoncelo	30
5.1.2	Participante 2: estudante de violão	32
5.1.3	Participante 3: estudante de canto	33
5.2	RELATO DAS PARTICIPANTES	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXO I – TCLE	45

1 INTRODUÇÃO

Historicamente Willian James e Carl Lange postularam em 1884 que as emoções são provenientes da percepção das alterações fisiológicas no organismo, trata-se de uma ideia contra intuitiva pois sugere que as alterações neuropsicológicas, como são nomeadas hoje, levariam a sentir uma determinada emoção, neste caso os estímulos emocionais seriam processados pelo encéfalo e promoveriam ativações corporais e as respostas motoras para os estímulos emocionais (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Exemplificando a teoria, sentimos tristeza porque choramos e não choramos porque nos sentimos tristes, de modo que as emoções seriam uma resposta somatopsíquica. A teoria de James-Lange, foi bastante considerada no início do século XX, tendo sua contestação em 1927 por meio de estudos de um fisiologista americano, Walter Cannon. O autor contestava argumentando que as emoções podem ser vivenciadas mesmo que nenhuma mudança fisiológica seja produzida, e também que muitas das respostas somáticas desencadeadas são comuns em variados tipos de emoção. Cannon acreditava que a informação emocional é processada pelo encéfalo e ao mesmo tempo seriam geradas a ativação corporal e a consciência da emoção. Logo, entende-se que esta discussão ainda não esteja resolvida, existem pesquisadores que defendem uma hipótese ou outra, ou ainda um híbrido das duas teorias (LENT, 2008).

Após este período a emoção também passou a ser compreendida, do ponto de vista biológico, como um conjunto de reações químicas e neurais subjacentes a organização de certas respostas comportamentais básicas necessárias a sobrevivência dos animais. Muitas respostas reflexas simples ainda são parte do repertório dos humanos e as emoções negativas são tentativas disfuncionais de proteger o organismo mesmo quando sua chance de sobrevivência não está diminuída (LENT, 2008).

Este conceito é ao mesmo tempo amplo e incompleto, porém aborda dois aspectos importantes: o primeiro é que a emoção possui um substrato neural que se organiza tanto as respostas e os estímulos emocionais quanto à própria percepção da emoção; e o segundo é que as emoções têm uma função biológica, elas são importantes para que os animais apresentem respostas adequadas para situações específicas, aumentando a sua capacidade de sobrevivência (LENT, 2008).

Nesse sentido, a psicologia é uma área que igualmente contribui na concepção das emoções, Rojas destaca que "toda emoção é uma agitação interior que se produz como consequência de sensopercepções, recordações, pensamentos, juízos e que produzem uma

vivência, manifestações fisiológicas, um tipo de conduta e experiências cognitivas" (1999, p. 21). E a partir desta compreensão complexa das emoções, que este estudo se propõe a abarcar o papel das emoções na Ansiedade de Performance Musical (APM).

De acordo com Ray (2005), a performance musical pode ser entendida como a ocasião em que o músico executa alguma obra musical exposto a crítica de outros, podendo ser um recital, um concerto solista, concerto com grandes conjuntos, uma prova com banca e até mesmo uma aula onde com frequência se simula uma apresentação. Desse modo, a performance musical está vinculada a aspectos do cotidiano do músico que, não raramente, envolvem um grande esforço físico e mental do performer. Disciplina, dedicação intensa, esforço árduo, criatividade, competência individual e limites de resistência são pilares em que o fazer musical se sustenta na busca por uma habilidade superior e uma posição de destaque no mercado de trabalho.

A autora também destaca que a performance musical está fundamentada em elementos como: dificuldade da obra; duração da execução; tipo e adequação do instrumento; condições ambientais; condições psicológicas do executante e resistência física de cada intérprete. De tal modo que a performance musical pode gerar resultados negativos, comprometendo a prática musical e a carreira profissional, sendo que esta prática requer alto nível de habilidade em diversos parâmetros, como coordenação motora, atenção e memória, o que a torna uma atividade particularmente suscetível aos estados de ansiedade (CARVALHO; RAY, 2006 e RAY, 2005, ROCHA et al., 2011).

Dentro de um dos modelos de trabalho das emoções negativas, o modelo relacional de solução de problemas do estresse atribui um papel central as emoções disfuncionais. Isto visa o enfrentamento adaptativo o qual, por sua vez, reduz e evita os efeitos negativos do estresse (D'ZURILLA e NEZU, 2010). Os autores defendem que os seres humanos são organismos pensantes e ativos que resolvem problemas e interagem com o ambiente, em contraposição a concepção comportamental radical de que as pessoas são organismos passivos que simplesmente reagem aos estímulos do ambiente.

Logo, no modelo relacional o estresse não é apenas uma característica do ambiente nem apenas da pessoa. Em vez disso é visto como um tipo particular de relação entre uma pessoa e seu ambiente, em que as demandas são classificadas como restritivas e excedem os recursos de enfrentamentos disponíveis colocando em perigo o bem-estar (D'ZURILLA e NEZU, 2010).

D'Zurilla e Nezu, (2010), destacam que uma pessoa em situação estressante influencia significativamente a qualidade e a intensidade das respostas ao estresse por meio de

dois processos principais: a) Classificação Cognitiva - processo pelo qual o indivíduo determina o sentido ou significado do agente estressor; b) Enfrentamento - se refere as várias atividades cognitivas e comportamentais pelas quais uma pessoa tenta controlar as demandas de situações estressantes, bem como as emoções que elas geram.

Quando tais processos acometem os músicos Ray (2009) enfatiza que performers profissionais podem procurar ajuda para se trabalharem terapeuticamente diante da ameaça da falha em público, apesar desta ainda não ser uma realidade na maior parte das instituições de ensino da performance musical. Ray (2009) complementa que os estudos demoraram muito a serem considerados na preparação do músico, e que a busca pela compreensão deste estado psicológico de ansiedade pode ser entendida como uma desculpa dos não talentosos.

Portanto, nas últimas cinco décadas a música começa a buscar apoio em outras áreas do conhecimento como a psicologia e as neurociências mais sistematicamente (RAY, 2005), consequência de uma constante preocupação de pesquisadores da área da música com o preparo do intérprete para uma performance. Com isso, os músicos vêm se beneficiando de estudos envolvendo psicologia, à medida que se unem aos psicólogos e neurocientistas em propostas de pesquisas interdisciplinares, buscando explorar possibilidades de estudo da interpretação musical (GERLING e SOUZA, 2000; GERLING e SANTOS, 2007; BORÉM e RAY 2011).

Seguindo o aporte dado as crescentes publicações relacionadas ao tema ansiedade de performance, pânico de palco, psicologia da música, cognição e música (RAY, 2014), propõe-se, como objetivo geral do trabalho, a aplicação de uma ferramenta psicoterapêutica que vise o tratamento das dificuldades emocionais experimentadas pelos performers profissionais e em formação. Tomando como base a formação em psicologia e a prática clínica do autor, foi utilizado o método de psicoterapia breve com foco na ansiedade de performance, tendo o embasamento teórico da abordagem psicodramática.

Para tanto a presente dissertação está dividida em cinco capítulos:

O Capítulo I traz um breve histórico da abordagem psicodramática, a história do seu criador e também as regras e técnicas para aplicação do método terapêutico utilizadas nos atendimentos psicoterapêuticos realizados na sede do Laboratório de Performance e Cognição na Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás (LPCM/EMAC-UFG).

O Capítulo II, versa sobre histórico da psicoterapia breve; seus principais autores; e a sua aplicabilidade. Busca demonstrar também o conjunto de técnicas e a contextualização científica sobre as técnicas de reprocessamento de imagens traumatogênicas, descrevendo sucintamente a teoria que a embasa e etapas de realização do trabalho de atendimento clínico,

ao final do capítulo o autor descreve sobre o modelo quadrifásico do stress, o inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP, que fora utilizado na etapa inicial deste trabalho.

No capítulo III, apresenta uma revisão de literatura através de publicações pertinentes ao tema da ansiedade enquanto uma emoção humana e também mais especificamente, ansiedade na performance musical (APM), o que tem sido produzido cientificamente no Brasil nos últimos cinco anos.

O Capítulo IV expõe o método da pesquisa, descreve as etapas para a realização da investigação, a elegibilidade de participação dos voluntários, a análise de dados obtida por meio de relatos clínicos e/ou diários de campo. Também serão apresentados neste capítulo o relato das dificuldades encontradas para a realização do presente estudo e discussões acerca dos atendimentos psicoterapêuticos.

No Capítulo IV são desvelados os resultados e discussões dos atendimentos realizados dentro do processo de psicoterapia breve, seguido pela conclusão.

CAPITULO I – PSICODRAMA

Jacob Levy Moreno nasceu em Bucareste na Romênia, em maio de 1889, e faleceu em Beacon- Estados Unidos, quatro dias antes de completar os seus 85 anos, em 14 de maio de 1974, em seu instituto na cidade de Nova York. Era de descendência judia, oriunda da Península Ibérica. Seu pai era judeu de origem espanhola e sua mãe eslava. Moreno foi o primogênito entre seis irmãos. A família emigrou para a Turquia, Mar Negro e para as margens do Rio Danúbio, sucessivamente, local onde Moreno viveu até os 5 anos de idade. No ano de 1895, a sua família fixou moradia na Áustria, em Viena, cidade onde Moreno cresceu, estudou Filosofia e Medicina e desenvolveu as suas primeiras experiências com o Teatro Espontâneo (GUIMARÃES, 2000).

O psicodrama foi criado em 1921, em Viena, por Jacob Levi Moreno, que o concebia como uma abordagem onde se integrava a visão da dinâmica de grupo interativa e a filosofia da criatividade, tendo sido aperfeiçoado nas décadas ulteriores. O psicodrama é um método de psicoterapia no qual os pacientes dramatizam as passagens marcantes de suas vidas em contraposição ao modelo vigente da época de somente falar a respeito deles. Favorecendo assim a investigação participativa de passagens importantes na vida do paciente, as dimensões de fatores psicológicos envolvidos no processo, por vezes abordados de forma diminuída no processo terapêutico convencional, tais como: pensamentos não ditos, encontros com quem não está presente, fantasias sobre o que outras pessoas pensam e sentem, antecipação de possibilidades futuras, e diversos outros aspectos da fenomenologia da experiência humana (BLATNER e BLATNER, 1996).

Moreno descreveu de forma básica o Psicodrama como a ciência que busca a verdade, por meio de métodos dramáticos, trabalhando com relações interpessoais e mundos privados (MORENO, 1974).

Conforme destacam Blatner e Blatner (2006), o trabalho de Moreno, seria uma tentativa de sintetizar os seguintes princípios:

- Uma filosofia existencial e fenomenológica, direcionada para o processo, que ressalta a importância da criatividade;
- A natureza da espontaneidade, seu valor, e as maneiras de desenvolvê-la, como chave para se tornar mais criativo;
- Relacionamentos pessoais autênticos, aprimorados por técnicas de promover encontros, devolutivos e mudanças sociais;
- Improvisações como caminho para revitalizar as artes e como fonte de terapia de massa;
- Métodos para pesquisa e novas implicações dos princípios do psicodrama.

O psicodrama traz como sua teoria básica, o fenômeno de que o indivíduo pode criar o que se incide no mundo intrapsíquico e, de que estas experiências são maleáveis. Focado na tarefa de ajudar as pessoas a colocar em ação seu progresso no mundo real, o psicodrama trabalha a partir de uma base intrinsecamente prática, baseada na ação, em sua filosofia e psicologia. Ele focaliza sem cessar a experiência da pessoa. Cada indivíduo apresenta um conjunto de variáveis particular. O psicodrama é mais uma forma do que um sistema, suas características se despontam pela transformação, reinterpretação, e uma integração com outras formas de arte em diversos tipos de atividades. O tema central da obra de Moreno, é a reintegração da espontaneidade e da criatividade, como dimensões valorizadas de experiência e comportamento humano (BLATNER e BLATNER, 1996).

Os métodos de trabalho do psicodrama utilizam diversas capacidades humanas para fomentar a criatividade, isto pode incluir a imaginação, a ação física, a dinâmica de grupo, a improvisação e a oportunidade de vivenciar experiências no contexto privilegiado do drama (BLATNER e BLATNER, 1996).

No Brasil, o psicodrama tem seu início em 1962, através de Pierre Weil, que havia feito sua formação na França, com Anne-Ancelin Schutzemberg, formada no Instituto Moreno de Nova York. Pierre Weil radicou-se em Belo Horizonte e adotou a linha do Psicodrama Triádico, abrindo um Núcleo de formação em Psicodrama (GUIMARÃES, 2000).

Dentre aprovações e desaprovações o Psicodrama, conquistava e afastava novos adeptos, assim como em toda América Latina, e em 1977 foi criada a Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP), dentro de um congresso de psiquiatria e higiene mental na cidade de Curitiba, no ano seguinte foi publicada a primeira edição da Revista da FEBRAP, a partir deste marco, a produção científica brasileira de psicodrama não mais se deteve. Tendo como destaque autores como: o médico José Fonseca Filho, e a psicóloga Rosa Cukier criadora do psicodrama bipessoal, dentre outros expoentes da abordagem centrada na ação.

Até aqui buscou-se contextualizar o leitor sobre a origem do psicodrama e uma curta biografia de seu criador, para além torna-se importante a descrição das técnicas utilizadas por tal abordagem de psicoterapia conforme veremos a seguir.

1.1 Regras e Técnicas Básicas do Psicodrama

Moreno (2006), destacou a necessidade de estruturar uma relação compreensiva das regras fundamentais no psicodrama, antes da utilização das técnicas praticadas no método, são elas:

- I – O paciente encena seus conflitos, em vez de falar deles;
- II – O paciente atua no aqui agora, independentemente se o incidente ocorreu ou poderia ocorrer no presente, passado ou futuro, podendo ser uma fantasia ou a situação crucial que gerou o conflito;
- III – O paciente deve encenar a sua verdade, como a sente e a percebe, de maneira inteiramente subjetiva;
- IV – O paciente é encorajado a ampliar ao máximo toda expressão, ação, comunicação verbal, em vez de resumi-la;
- V – O processo de aquecimento caminha da periferia para o centro;
- VI – Sempre que possível o paciente escolherá o tempo, o lugar, a cena e o ego auxiliar requeridos na produção do psicodrama;
- VII – O psicodrama é ao mesmo tempo um método de contenção e um método de expressão;
- VIII – É permitido ao paciente ser não ser tão espontâneo ou inexpressivo quanto ele o é neste momento;
- IX – A interpretação e aquisição do *insight* no psicodrama são de naturezas diferentes das obtidas nos tipos de terapia verbal;
- X – Mesmo se fazendo interpretação, o que é fundamental é a ação. Não pode haver interpretação sem ação prévia;
- XI – O aquecimento para o psicodrama deve se adequar a cada cultura, devendo-se fazer mudanças apropriadas na aplicação do método;
- XII – As sessões de psicodrama são compostas por três partes: o aquecimento, a dramatização e o compartilhamento;
- XIII – Nunca se deve deixar o paciente com a impressão que ele é o único a apresentar este tipo de conflito;
- XIV – O paciente deve aprender a representar o papel de todos aqueles com quem se relaciona significativamente, experimentar a condição das pessoas de seu átomo social;
- XV – O terapeuta deve confiar no método do psicodrama como arbitro final e guia no processo terapêutico.

Este conjunto de regras delimitadas por Moreno e publicadas primordialmente no ano de 1975, apontam a standardização e o treinamento do psicoterapeuta em psicodrama. Moreno desenvolveu sua técnica primordialmente para grupos, sendo referência até os dias atuais. O que ocorreu posteriormente foi uma adaptação de suas técnicas para o consultório onde se atende individualmente o paciente, sem o uso de egos auxiliares, sendo esta modalidade do psicodrama chamada de psicodrama bipessoal, e descrita por Rosa Cukier, em seu livro publicado no ano de 1992, *Psicodrama Bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente*.

A autora destaca a importância do aquecimento inespecífico e específico para as cenas a serem trabalhadas durante a sessão de psicoterapia, e a utilização das técnicas clássicas descritas no quadro abaixo:

Duplo	Verbalização por parte do terapeuta com o intuito de entrar em contato com as emoções não ditas pelo paciente e por vezes não conscientes, com a finalidade de auxiliá-lo na expressão das mesmas. Quanto mais o terapeuta estiver identificado com o paciente, melhor será utilizada a técnica.
Espelho	Consiste em o terapeuta imitar a postura física do paciente, o objetivo é permitir que o paciente se veja de fora da cena, perceba todos os aspectos presentes nela. Trata-se de favorecer o incremento da função observadora do eu, no aqui agora.
Inversão de papéis	Busca propiciar a vivência do papel do outro e para além, demonstrar dados sobre o próprio papel do paciente, que sem este distanciamento não seria possível empatizar-se. O terapeuta auxilia a tomada de papel através das técnicas de entrevista para o aquecimento do personagem.
Solilóquio	Pede-se ao paciente que pense alto, o que é exposto no solilóquio, pode dar valiosas dicas ao terapeuta sobre o prosseguimento da sessão, trazendo sentimentos ainda não expressos, ou outros temas que habitam o pensamento do paciente.
Maximização	Tal técnica visa a maximização de gestos, sentimentos, postura corporal ou qualquer sinal destoante de sua comunicação. Visa mostrar ao paciente e ao terapeuta a possível intensidade do ato.
Concretização	Busca a materialização simbólica de objetos inanimados, emoções e conflitos, partes corporais, doenças orgânicas, através de imagens, movimentos e verbalizações. O terapeuta sugere ao paciente que lhe apresente, o que tais coisas fazem com ele, tal recurso se bem conduzido, pode provocar a busca de integração.
Psicodrama Interno	Trabalho de dramatização, onde o paciente pensa, visualiza e vivencia a ação em plano simbólico, este tipo de trabalho, envolve sempre, uma fase inicial de relaxamento e consciência corporal, algum indicador físico ou emocional, ou imaginário que conduz ao mundo interno e aos personagens da cena a ser trabalhada, onde podem ser utilizadas todas as técnicas descritas acima, de forma cognitiva.

Cukier (1992) destaca que esta é uma apresentação didática de algumas técnicas do psicodrama, e que com frequência elas se interpenetram durante um trabalho psicoterapêutico.

CAPÍTULO II - PSICOTERAPIA BREVE

O psicodrama criado por Moreno é um método de trabalho grupal por excelência. As técnicas empregadas baseadas na ação, inspiraram estudiosos pós morenianos a desenvolverem outras formas de trabalho baseadas na técnica psicodramática, dentre elas podemos destacar o psicodrama bipessoal, a terapia da relação e a que será descrita a seguir a psicoterapia breve de base psicodramática.

3.1 Histórico da Psicoterapia Breve

Os primeiros estudos que originaram o que viria ser chamado de psicoterapia breve são advindos da psicologia psicodinâmica de Sigmund Freud (1856-1939), assim sendo as primeiras observações tratam tão somente de experiências com base na teoria psicanalítica desenvolvida pelo clássico autor, que por sua vez não a nomeava dessa forma distinta (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Freud é visto como o pioneiro na aplicação do processo de terapia de curta duração, especialmente em seus primeiros casos. Marmor (1979 *apud* FERREIRA-SANTOS, 2013) destaca dois destes casos: 1) o caso do regente Bruno Walter, que após 6 sessões em 1906, considerou-se curado e 2) o do compositor Gustav Mahler, que após 4 sessões em 1908, afirmava se sentir capaz de elucidar a origem psicodinâmica de sua impotência seletiva com sua respectiva esposa.

Em 1918, seu discípulo Sándor Ferenczi, desenvolve um método chamado ‘terapia ativa’ (onde a função do terapeuta seria a de fomentar experiências emocionais corretivas dentro desta relação de ajuda, transformando o profissional em agente terapêutico ativo) que contrapunha o modelo de terapia passiva vigente na época. Em 1924, um novo passo é dado por Ferenczi e Rank com a publicação do livro *Desenvolvimento da Psicanálise*, onde afirmavam a realização de esplêndidas curas em poucos dias ou semanas. (FERREIRA-SANTOS, 2013).

A terapia breve teve um importante marco acadêmico no ano de 1946, por uma clássica publicação do artigo de referência na área *Psychoanalytic Therapy: Principles e Applications* (ALEXANDER E FRENCH *apud* HALES et al., 2012), texto que corrobora a experiência de Ferenczi e Rank realizada em 1924.

Em 1958, com o advento das terapias comportamentais, nota-se uma contribuição de elevada importância ao crescimento das terapias breves com a estruturação, enquanto abordagem em psicoterapia, da terapia comportamental desenvolvida inicialmente por B. F. Skinner (1904-1990). As intervenções da terapia comportamental suspendem as terapias de

auto exploração e se ocupam com o ensino das habilidades de enfrentamento e a modificação de padrões de comportamento aprendidos e reforçados no decorrer da vida do paciente (HALES et al., 2012).

Fundamentada nas práticas clínicas de Milton Erikson, surgiu em 1963 através das publicações de Jay Haley, uma outra modalidade de terapia breve calcada nas teorias de Erickson, onde o mesmo considerava que os problemas apresentados pelos pacientes seriam tentativas fracassadas de solucionar as dificuldades concernentes ao cotidiano, o que ocasionaria a criação de ciclos nos quais as tentativas de solução promoveriam o que desencadeou o problema. Neste modelo Erikson defendia que o papel do terapeuta não deveria ser unicamente ativo, como descrito nas primeiras publicações, nem de um professor cognitivo comportamental, e sim um solucionador de problemas que interrompe e redireciona ciclos de resposta de auto reforço e este objetivo seria alcançado pelas prescrições de tarefas orientadas (FERREIRA-SANTOS, 2013).

A terapia cognitiva se destacou neste âmbito, pois foi a primeira a se ocupar não somente com os transtornos de ansiedade, onde as anteriores obtiveram sucesso e adesão por parte dos pacientes, a mesma foi utilizada com louvor também nos transtornos depressivos, transtornos de alimentação entre outros. Dentro deste modelo os sintomas poderiam ser padrões de automatização do pensamento que distorceriam o processamento das informações sobre o indivíduo em questão, sobre os pares e sobre o futuro. Objetivamente buscava identificar os padrões, desafia-los e substitui-los por alternativas mais construtivas, tal orientação propicia ao paciente a compreensão da relação entre pensamentos e sentimentos e também como os padrões de pensamento automático podem ser mantenedores do modelo indesejado de emoção e ação, baseado em um sistema de crenças mediadoras limitantes do processo de reprocessamento (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Dentro de outra forma de psicoterapia breve, na terapia estratégica o problema é a função da construção formada pelo paciente acerca de seus problemas. Segundo esta abordagem o problema apresentado poderia ser dissolvido com a reformulação cuidadosa, por parte do terapeuta, que permitiria a aquisição de novas formas de ação e criação de tarefas direcionadas a desconfirmação das crenças negativas pré-existentes, o objetivo desta modalidade terapêutica, não é o de encontrar ou apontar soluções para o paciente e sim gerar situações onde o mesmo se comporte de maneira diferente e imprevisível, neste sentido a terapia estratégica pauta-se em remover as barreiras para a mudança, não no processo da mudança propriamente disto e almejado por outras modalidades. (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Em linhas gerais as psicoterapias breves atingem seus resultados através da junção de diversas formas de implementação de mudanças comportamentais encontradas em todas as modalidades psicoterápicas e limitando-se a aplicação de métodos de curto prazo a pacientes que podem se beneficiar de forma amplificada das interações sociais (HALES et al., 2012).

Assim, a psicoterapia breve procura soluções por meio das evidências que provocam sofrimento psíquico, com o objetivo de dirimir a queixa principal e o quadro característico que se apresenta. Baseia o trabalho na relação empática, com especial ênfase nos conflitos intrapsíquicos que apresentem conexão com os atuais. O objetivo é que por meio “do insight e catarse de integração, possa ser restabelecido o equilíbrio psíquico antes presente” (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Ferreira-Santos (2013) propõe um esquema técnico geral para a realização da psicoterapia breve: a) diagnóstico – são os dados colhidos na entrevista inicial; b) enquadramento – estabelecimento das regras norteadoras do atendimento; c) acolhimento – desenvolvimento do vínculo terapêutico; d) resolução – tratamento da queixa levantada pelo paciente; e) reformulação, avaliação do tratamento e elaboração de novo projeto terapêutico caso seja necessário.

A ocorrência dessas fases possibilita que o trabalho terapêutico se desenvolva dentro dos parâmetros esperados para o bom desempenho da terapia, por conseguinte, a contribuição da psicoterapia breve está interconectada com a diminuição da ansiedade, a identificação de auto responsabilidade, o ajustamento adequado das relações interpessoais, e a avaliação e replanejamento do projeto de vida (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Buscando o melhor atendimento clínico para o paciente/cliente/participante o psicoterapeuta pode utilizar técnicas diversas que compõem o arcabouço teórico do profissional, desde que exista um contexto e conhecimento da manobra terapêutica, para os atendimentos clínicos em PB no manejo da ansiedade na performance musical, foram utilizadas técnicas do psicodrama e também técnicas específicas de reprocessamento de imagens traumatogênicas (DUETI e RAY, 2015).

3.2 Reprocessamento de Lembranças Traumatogênicas

Baseado no Processamento Acelerado de Informações (PAI), este conjunto de técnicas considera que as patologias podem ser o resultado de experiências anteriores da vida do indivíduo. Onde a experiência do evento traumatogênico coloca o indivíduo em um padrão continuado de afetos, comportamentos, cognições e consequentes estruturas de identidade baseadas no trauma. A estrutura patológica é inerente a informação estática e processada de forma incompleta, registrada no momento do evento perturbador.

A influência perene destas experiências anteriores relacionadas aos estímulos atuais que eliciam crenças e afetos negativos cristalizados nestas memórias, o que faz com que o cliente atue de maneira coerente como o fizera nos eventos traumatogênicos anteriores. Entretanto a memória que pode ser referente ao evento traumatogênico ocorrido e aos comportamentos necessários para a resposta naquela situação específica, o paciente continua de forma deliberada repetindo o que foi aprendido outrora, e falta uma assimilação adequada do conteúdo (SHAPIRO, 2007).

O modelo PAI (Processamento Acelerado da Informação), é baseado no conceito de redes neuronais e sinaliza uma mudança paradigmática da teoria psicológica em direção as neurociências, tem como hipótese o sistema de processamento da informação embasado fisiologicamente que assimila novas experiências em rede neuronais de memória já estabelecidas, tais redes são consideradas a base da percepção, atitudes e do comportamento. (SHAPIRO, 2007).

As percepções das situações ansiogênicas vivenciadas no hoje pelo paciente, podem estar vinculadas a redes de memória associadas de forma autômata ao momento do evento traumatogênico. Assim, tanto o processamento de informação quanto a vinculação as redes neuronais relacionadas com a experiência incluem-se também os pensamentos, crenças, imagens emoções e sensações daquele momento. Para além, tais pensamentos e convicções formam a base da constituição das crenças negativas e positivas, e estas são os constructos do tratamento deste tipo de terapia breve. Os resultados negativos experienciados pelos pacientes são decorrências do comportamento preditivo disfuncional durante o processamento de informação, no entanto quando crenças negativas são distorcidas e/ou imprecisas, elas evidenciam o processo de informação preditivo defeituoso, faz-se importante lembrar que a previsão, operativa em níveis inconscientes e reflexivos, mediam a maioria dos níveis de funcionamento do cérebro, e é um produto evolutivo predominante em todo o processamento de informação (SHAPIRO, 2007).

Como as demais espécies animais, este comportamento preditivo é importante para calcar as previsões sobre o ambiente, sobre o meio social e sobre nós mesmos (BERGMANN, 2014). Shapiro (2007) destaca que quando este comportamento preditivo e as previsões advindas dele está prejudicado pelas vivências anteriores, (eventos traumatogênicos) tais distorções levam as crenças preditivas auto limitantes e/ou auto denegridoras, em geral crenças autorreferentes de impotência, incapacidade, culpa, vergonha e medo.

Como consequência deste prejuízo na predição, o que deveriam ser crenças positivas e adaptativas não estão disponíveis de forma interligada, e não se acredita que sejam verdadeiras nem executáveis emocionalmente. Pois, sua vinculação neural as torna isoladas, impedindo-as de serem coerentes e adaptativas. Por resolução adaptativa a autora relata que as conexões neuronais adequadas são registradas e que experiência é usada de forma construtiva pelo indivíduo, e também integrada de forma positiva e emocionalmente adequada, aquilo que é útil é armazenado, com o afeto apropriado, ficando disponível para uso posterior. (SHAPIRO, 2007).

Quando algum tipo de evento traumatogênico é vivenciado, pode ocorrer algum tipo de desequilíbrio neste sistema de registro de informações. Causado possivelmente por alteração nos neurotransmissores que de certa forma tentaram se adaptar ou reagir a tal evento e conseqüentemente a isto a informação adquirida no evento é mantida em seu estado de perturbação, portanto o material original, fica mantido nesta forma-estado específica estressante e excitatória expressando-se na forma de pesadelos, flashbacks, pensamentos intrusivos e obsessivos entre outros vivenciados de forma contínua pelo indivíduo (SHAPIRO, 2007).

Assim como nas terapias breves de base cognitiva, o método de reprocessamento de imagens traumatogênicas é realizado através de protocolos desenvolvidos especificamente para cada cliente, dependendo da necessidade do mesmo. Tomar-se-á por base aqui as sessões com o método EMDR onde a psicóloga Francine Shapiro (2007. p. 106-127) organiza o protocolo de atendimento em oito fases essenciais: **Primeira fase:** Anamnese e planejamento do tratamento; **Segunda fase:** Preparação, onde o clínico apresenta o método, estabelece expectativas e prepara o paciente para possíveis perturbações, relacionadas ao tema trabalhado, entre uma sessão e outra; **Terceira fase:** busca a determinação do alvo a ser trabalhado, dentro de um referencial de escalas de avaliação subjetiva; **Quarta fase:** Dessensibilização, focaliza e reprocessa através da estimulação bilateral as memórias e emoções relatadas pelo paciente na fase anterior; **Quinta fase:** Reestruturação cognitiva, instalação ou substituição de crenças negativas; **Sexta fase:** Fase de avaliação da tensão corporal; **Sétima fase:** Fechamento onde se esclarece o que é essencial para a manutenção do equilíbrio entre as sessões; **Oitava fase:** Fase

chamada de reavaliação, geralmente feita no início da sessão anterior, com o intuito de chegar os reprocessamentos ocorridos no decorrer do tempo entre uma sessão e outra. A autora acrescenta ainda que o número de sessões dedicadas a cada fase, bem como a quantidade de fases incluídas em cada sessão, dependem da necessidade terapêutica de cada indivíduo.

3.3 Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)

Para Lipp (2000), o stress emocional pode ser uma reação complexa e sistêmica do organismo, que envolve fatores físicos, psicológicos, mentais e hormonais. Sendo que as manifestações do stress podem ocorrer em todo ser humano pois, todos estão sujeitos a um excesso de fatores estressantes que ultrapassam a capacidade emocional e física de resistência. A autora aprimorou o modelo trifásico (alerta, resistência e exaustão) criado em 1936 por Selye, pois percebeu em seus 15 anos de pesquisas a existência de outra fase denominada de quase exaustão. Para melhor compreender o processo de desenvolvimento do stress é imprescindível considerar que o quadro de sintomas pode variar dependendo da fase em que o indivíduo se encontra. Deste modo a autora propôs um novo modelo quadrifásico composto pelas fases de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão, são elas:

Fase de alerta – considerada a fase positiva do stress, onde o ser humano se energiza através da produção de adrenalina, a sobrevivência é preservada e uma sensação de plenitude é frequentemente alcançada. Na segunda fase – a da resistência – a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa a fase de quase exaustão. Nesta fase o processo do adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Se não há alívio para o stress por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o stress atinge sua fase final- a de exaustão – quando doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, psoríase, depressão e outros (LIPP, 2000. p. 11).

O estudo e a sistematização destas fases, serviram de embasamento para a criação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), sendo que este inventário tem sua aplicação simplificada e busca identificar de modo objetivo a sintomatologia que o paciente apresenta, auto avaliando se possui sintomas de stress, o tipo de sintoma existente se predominantemente psicológico ou físico e também a fase em que se encontra.

O ISSL tem um tempo de aplicação de aproximadamente dez minutos. O inventário é composto por três quadros que se referem as quatro fases do stress (1 -alerta, 2 -resistência, 3 - quase exaustão e 4 -exaustão), sendo que o quadrante dois é utilizado para avaliar as fases 2 e

3. Os sintomas apresentados nos quadros são típicos de cada fase. O primeiro quadrante é composto por 12 sintomas físicos e 3 psicológicos, o participante assinala os sintomas percebidos nas últimas 24 horas. No segundo quadrante, o participante encontrará 10 sintomas físicos e cinco psicológicos e os assina-la conforme percebido na última semana. O terceiro quadro é composto por 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, onde o participante assinala os sintomas vivenciados no último mês. Em sua totalidade o inventário é composto por 37 itens sintomatológicos somáticos e 19 itens relacionados aos sintomas psicológicos do stress (LIPP,2000).

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, foi validado em 1994 por Lipp e Guevara, substituindo o modelo trifásico criado por Selye em 1936, este inventário tem sido utilizado em pesquisa e trabalhos clínicos relacionados ao stress em adultos, pois proporciona o diagnóstico preciso do stress, determina a fase que a pessoa se encontra e demonstra também se os sintomas são predominantemente somáticos ou psicológicos, o que viabiliza a atenção preventiva onde se encontram os maiores índices de tensão (LIPP,2000).

Como a aplicação do ISSL é bastante simplificada, ela pode ser executada por pessoas que não tem formação em psicologia, porém a correção e a interpretação do inventário deve ser feita exclusivamente por um profissional psicólogo, conforme as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia quanto ao uso de testes. A autora destaca ainda que pelo fato da aplicação ser simples, não se deve pensar que a interpretação seja igualmente simplificada, pois somente o profissional de saúde habilitado em relação aos conceitos do stress e suas implicações para a saúde mental e física, poderá interpretar os resultados colhidos, principalmente no que tange as manifestações psicossomáticas das doenças (LIPP,2000).

Neste capítulo, buscou-se contextualizar o leitor sobre o embasamento teórico, e também demonstrar o conjunto de técnicas permearam todo o trabalho de pesquisa e atendimento em psicoterapia direcionados à ansiedade de performance musical.

CAPÍTULO III - ANSIEDADE

A ansiedade é uma das queixas mais recorrentes em consultórios e também nas conversas informais na contemporaneidade. O termo está consagrado pelo uso como sendo algo exclusivamente ruim. No entanto, a ansiedade é uma característica adaptativa presente em todos os vertebrados como um mecanismo de sobrevivência. Comumente a ansiedade é relacionada à algum dos transtornos que ela pode ocasionar. Neste capítulo serão apresentadas algumas formas de compreendê-la como sendo também um sintoma relacionado aos transtornos ansiosos.

4.1 Aspectos Gerais da Ansiedade

A ansiedade enquanto afeto universal é intrinsecamente ligada a existência humana, sendo um desafio para a psicopatologia, em virtude de sua complexa delimitação teórica. Contemporaneamente são três as perspectivas teóricas na psiquiatria que buscam compreendê-la: a empírico-experimental, a fenomenológico-existencial e a psicanalítica. Busca-se abordar este fenômeno da existência humana através de todo rigor metodológico conceitual, porém sem perder a intenção o dimensionamento clínico e o sofrimento psíquico dos que vivenciam a ansiedade de forma inadequada (PEREIRA, 2012).

Segundo Lent (2008), a ansiedade enquanto emoção humana, pode ser biologicamente considerada como o efeito da ativação de redes neuronais complexas cujo acionamento pode promover um repertório amplo de respostas comportamentais, a ansiedade é uma desorganização bioquímica dos neurotransmissores serotonina, dopamina e adrenalina.

Seguindo a perspectiva psiquiátrica, de acordo com o Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (OMS, 1993), nos transtornos fóbicos-ansiosos a ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Essas situações são por este motivo evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas em sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e frequentemente se associam ao medo de morrer, perda de autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. Subdivide-se em Agorafobia, Fobias Sociais, Fobias Específicas (isoladas), outros Transtornos Ansiosos e Transtorno Fóbico Ansioso, não especificado.

De acordo com outra tábua de classificação, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais

relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam. O medo é associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga com mais frequência. Já a ansiedade é mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, eles se sobrepõem e o nível de medo ou de ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento e, diferem do medo ou da ansiedade provisórios, por serem persistentes.

Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental (DSM-V, 2014).

De acordo com Berghändler et al. (2007) apud Rocha (2012), os transtornos ansiosos são a terceira afecção psíquica de maior prevalência na população, e dentre estas a fobia social seria a mais proeminente. A irracionalidade e a supervalorização do medo por se sentir observado pelos demais ou desempenhar uma ação constrangedora em público é parâmetro fundamental no diagnóstico desse quadro. Há dois subtipos de transtorno de ansiedade social/fobia social. Quando o medo é limitado a uma situação, ou quando é direcionada a algum objeto a chamada fobia específica ou ansiedade de performance, onde estaria inserida a chamada Ansiedade na Performance Musical (APM).

A etiologia da fobia social é proveniente do desconforto de se sentir observado pelos pares, em situações de exposição ao público como: falar, comer, beber, escrever, assinar usar algo que seja público, trabalhar, encontrar pessoas desconhecidas e/ou importantes ou pessoas do sexo oposto, caminhar com outras pessoas ou simplesmente ser observado sendo que as maiores preocupações incluem o medo de não se expressar adequadamente, parecer estúpido, não saber o que dizer e ser ignorado. Geralmente avaliam as situações como ameaçadoras e catastróficas (LEVITAN et al., 2012). A persistência dessa situação gera

sintomas somáticos e psíquicos e nestes, incluem-se crenças negativas, auto denegridoras a respeito das reações dos demais em relação a si, com relação à sua performance, a repetição deste funcionamento psíquico pode criar um reforço negativo e a cristalização de crenças disfuncionais. Os sintomas físicos mais observados são: sudorese sem topografia específica, tremores, taquicardia, falta de ar, náuseas, desconforto gastrointestinal e com uma prevalência de 50% dos pacientes o rubor facial (ROCHA, 2013).

Estudos epidemiológicos e comunitários relataram uma prevalência durante a vida variando de 3 a 13%, para a Fobia Social. A prevalência relatada pode variar, dependendo do limiar usado para determinar sofrimento ou prejuízo e do número de tipos de situações sociais especificamente levantados. Em um estudo, 20% citavam medo excessivo de falar ou desempenhar em público, mas apenas 2% pareciam experimentar suficiente prejuízo ou sofrimento para indicar um diagnóstico de Fobia Social. Na população geral, a maioria dos indivíduos com Fobia Social teme falar em público, enquanto um pouco menos da metade teme falar com estranhos ou conhecer novas pessoas. Outros medos relacionados ao desempenho (por exemplo: comer, beber ou escrever em público, ou usar um banheiro público) parecem ser menos comuns. Em contextos clínicos, as pessoas com Fobia Social temem mais de um tipo de situação social. A Fobia Social raramente é motivo de hospitalização. Em clínicas ambulatoriais, os índices de Fobia Social variam de 10 a 20% dos indivíduos com Transtornos de Ansiedade, com ampla variação de acordo com o local (DSM-V, 2014).

Mesmo sendo de suma importância as definições dos termos utilizados para definir e classificar a ansiedade na contemporaneidade, não conseguiriam delimitá-la. As nuances entre angústia, ansiedade, medo, temor, pavor, apreensão, inquietude, terror, pânico, não são assim tão precisas que possam beneficiar de um consenso claro (DEJOURS, 1988).

Marcchetti (1994), de orientação fenomenológica, argumenta que, para além da questão dos nomes que se confundem, é possível valer-se das descrições fenomenológicas. Estas sim, bastante diferenciais. Segundo o autor:

Os afetos de medo, ansiedade e angústia são universais e fazem parte da vida psíquica normal. Tem em comum o fato de se referirem a experiências que são vivenciadas pelos indivíduos como tendo algum significado ameaçador (numa instância física, psíquica ou espiritual). Medo, ansiedade e angústia são no nosso caso, tratados como protótipos ideais, visto que na realidade ocorre uma interpenetração do uso dos termos nas diferentes línguas e culturas, e dentro de uma cultura pelos diferentes indivíduos. Consideramos então que na nossa apresentação não são importantes os nomes, mas sim as características descritivas diferenciais (p. 25).

Naturalmente os pacientes acometidos por quaisquer destes sintomas, não sabem nomear de forma clara ou diferenciar tais incômodos, cabe ao profissional de psicologia, direcionar o atendimento e escolher dentre as formas de trabalho possíveis a mais adequada. Por este motivo foram expostas neste tópico formas distintas de se compreender a ansiedade e os seus sintomas e com o intuito de especificar ainda mais o entendimento, o próximo tópico discorrerá sobre a APM, e o que tem sido estudado sobre esta categorização sintomática, experiência pelos músicos, que foram o público alvo do trabalho.

4.2 Ansiedade na Performance Musical (APM)

Estudos em andamento abalizam caminhos frutuosos e engrandecem a pesquisa em performance e cognição com publicações dos congressos da área de música em geral no Brasil (RAY, 2014). Os debates propostos pelos trabalhos publicados nos anais do SIMCAM, por exemplo, mostram a diversidade e a contribuição das pesquisas envolvendo estresse e ansiedade na performance musical, mesmo que forma discreta, porém com contribuições significativas, apenas oito são dedicadas aos estudos de ansiedade e estresse na performance musical. São elas: CARVALHO e RAY (2006); FONSECA (2007); RAY e KAMINSKI (2011); SINICO et al. (2011); STENCEL et al. (2012); MIRANDA et al. (2013); SOUSA e RAY (2014); DUETI e RAY (2015).

Dentre estes relevantes escritos, destaca-se aqui o trabalho do psicólogo e pesquisador Carlos Fonseca (2007), membro do NUPSIMUS – Núcleo de Performance Musical e Psicologia da UFBA. Fonseca apresentou no Simcam definição de ansiedade na performance musical, usando como referência autores respeitados como Afonso Galvão, Dianna Kenny, Alf Gabrielson, Peter Keller, Gary Mc-Pherson, entre outros. O artigo disponibiliza um excelente material sobre o tema em língua portuguesa sem, no entanto, exauri-lo. Apresenta causas, sintomas e estratégias de enfrentamento, incluindo uma discussão da relação do performer com a plateia. Após tal contribuição, Ray (2010) utilizou este texto como referência inicial para uma revisão de literatura mais aprofundada, publicada em um capítulo dedicado ao tema ‘pânico de palco’.

De acordo com Kenny (apud Rocha, 2012), a Ansiedade na Performance Musical (APM) tem uma prevalência em torno de 24%, e pode atingir indivíduos de várias áreas, como locutores, esportistas e artistas, ainda de acordo com a autora crianças raramente vivenciam a ansiedade de performance da forma que atinge os adultos, ao contrário, crianças tendem a gostar da performance, adorar a plateia e ser o centro das atenções e nem se dão conta, ou não

se preocupam com alguma possível falha em sua “performance”. A transição desta espontaneidade para o quadro de APM pode ser ocasionada por uma combinação de fatores, sendo talvez o mais relevante temperamento inato; o aumento da capacidade cognitiva e a crítica que se desenvolvem na infância e adolescência; o tipo de experiências familiares e interpessoais que nós temos; nossa percepção e interpretação do mundo à nossa volta; a habilidade técnica e maestria, experiências específicas de performance que podem ter resultados positivos ou negativos. Kenny utilizou o modelo para ansiedade de Barlow desenvolvido em 1988, o mais completo até os dias de hoje, para a compreensão dos transtornos de ansiedade em geral, e particularmente para a Ansiedade na Performance Musical.

Tal modelo delinea a existência de três fatores de vulnerabilidade que podem contribuir para o desenvolvimento da ansiedade e aos transtornos a ela associados, são eles: 1) Vulnerabilidade biológica generalizada - que seria herdada; 2) Vulnerabilidade psicológica generalizada - baseada em experiências anteriores ao desenvolvimento do discernimento de controle sobre eventos marcantes; e 3) a Vulnerabilidade psicológica mais específica - onde a ansiedade passa a se correlacionar com certos estímulos através de um processo de aprendizado de condicionamento de respostas ou crenças (KENNY *apud* ROCHA, 2013). Esse modelo, quando utilizado para explicar as possíveis causas da ansiedade, esta que a predisposição hereditária e as experiências marcantes traumatogênicas na primeira infância poderiam ser potencialmente determinantes para produção um quadro de ansiedade generalizada ou transtorno afetivo. Contudo, as vulnerabilidades psicológicas mais específicas parecem ser cogentes para desenvolver um transtorno de ansiedade focal ou específico tais como pânico ou fobia, o no caso específico da APM.

Padilha (2011) lembra que a introjecção de valores e mandados inconscientes aprendidos na infância têm considerável influência sobre o nosso comportamento como adultos. As psicoterapias assumem que pensamentos disfuncionais e crenças negativas e/ou limitantes conduzem a vários problemas, entre eles a ansiedade. Como os estressores internos são mais emocionais que racionais, a estratégia seria focar na emoção.

Cognitivamente a ansiedade é compreendida como um contíguo de comportamentos e emoções desadaptativos condicionados de alguma forma inadequada, e se sustentam em crenças errôneas sobre a realidade do paciente (PESSOTTI, 1978). As possíveis causas da ansiedade na performance musical podem estar vinculadas com o excesso ou a falta de prática, temor de não conseguir corresponder às expectativas dos outros e de si mesmo (a), à obsessiva busca pela perfeição técnica, o receio de cometer claudicações, o receio de perder o emprego, mandados inconscientes introjetados e predisposição natural para a ansiedade. A

utilização de uma terapia que trabalhe a ansiedade na performance musical dependerá da identificação dos agentes desencadeadores do *stress* e demais sintomas da ansiedade do nível da resposta do organismo (PADILHA, 2011).

Diante deste cenário, a busca pela compreensão da ansiedade, particularmente na performance musical, Rocha (2012) destaca o quantitativo populacional existente no Brasil que de alguma forma podem experimentar os sintomas de APM.

Temos no Brasil uma vasta população no meio musical. No campo da música erudita, são 13 conservatórios com uma média de 1000 alunos cada; aproximadamente 90 cursos superiores de música presenciais, perfazendo um contingente de mais de 15000 alunos, segundo dados do Ministério da Educação. No campo profissional aproximadamente 50 orquestras sinfônicas e 25 orquestras de câmara com um número total aproximado de 5000 musicistas. Além disso, há cerca de 60 orquestras estudantis cadastradas no Anuário música Viva, com cerca de 3600 representantes (p.2).

O quantitativo populacional apresentado pelo autor, compõe um grupo quarenta mil pessoas envolvidas na atividade de performance musical, e pode –se afirmar com base em dados epidemiológicos, que pelo menos oito mil são potencialmente afetados pelos estados de ansiedade, mais especificamente a fobia social. Tais dados corroboram para a relevância da questão, até porque no ano de 2013, não existia nenhum serviço especializado na saúde mental direcionado para musicistas, salvo algumas iniciativas isoladas. Destaca-se aqui a ampliação do espaço físico do Laboratório de Performance e Cognição Musical que permitiu aos profissionais envolvidos oferecer este serviço gratuitamente desde agosto de 2015. De forma que este nicho pode ser de grande relevância para a atuação de profissionais da área da saúde mental em colaboração com os profissionais da música.

Neste capítulo foram demonstradas formas de se compreender a ansiedade sem, portanto, ter a pretensão de exaurir o tema. As perspectivas biológica e cognitiva foram apresentadas para contextualizar sintomatologia fisiológica e psicológica da ansiedade. Buscou-se também descrição e a possível compreensão da ansiedade específica relacionada performance musical.

CAPÍTULO IV – MÉTODO

A busca pela empatia por parte do pesquisador clínico se torna de suma importância para a busca da compreensão das queixas trazidas pelos participantes/pacientes nos *settings* de saúde. Para tanto o método adotado para este trabalho foi o de pesquisa clínico-qualitativa, escolhido em função da adequação de suas características com os objetivos propostos neste trabalho. Através dos diários de campo, o autor relata o que fora trabalhado durante as sessões psicoterapêuticas, sem deixar de respeitar as peculiaridades, subjetividade e também a ética que permeia o trabalho do profissional de psicologia.

5.1 Método da Pesquisa

A pesquisa Clínico-qualitativa, por definição é o estudo teórico - e seu uso correspondente em investigação - de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os *sentidos* e os *significados* atribuídos a fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos, sejam pacientes ou qualquer outra pessoa participante do *setting* dos cuidados com a saúde (parentes, membros da equipe profissional e da comunidade. Com bases paradigmáticas sócio antropológicas, o método clínico-qualitativo utiliza conhecimentos psicodinâmicos, tanto para a pesquisa de campo - onde valoriza os fenômenos relacionais - como para a discussão dos resultados. O método científico de pesquisa clínico-qualitativa é alicerçado em três pilares: a) na postura clínica de buscar entender a dor do outro; b) na escuta ativa a quem vivencia os infortúnios emocionais; c) e na atitude existencialista de refletir sobre as angústias humanas (TURATO, 2003).

O método científico de pesquisa clínico-qualitativa é definido por Turato como

[...] o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo, particularizado em *settings* de saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos nesse campo (TURATO, 2000.p. 96).

A Pesquisa clínico-qualitativa é defendida pelo autor acima como método de pesquisa que comporta a descrição de abordagens desenvolvidas em sets terapêuticos. Neste trabalho a abordagem clínica utilizada foi o psicodrama, abordagem que tem como intento ajudar o paciente/cliente a experienciar a sua existência, buscando a compreensão fenomenológica do 'eu'. De base fenomenológico-existencial, o psicodrama parte do princípio de que o homem é construtor de si próprio e do seu mundo. Nas abordagens vivenciais, a técnica

e a teoria são secundárias em relação à pessoa e à importância da relação terapeuta e cliente (DUETI; RAY, 2014).

Estruturalmente para viabilizar sua realização, o trabalho foi dividido em etapas e serão explicitadas abaixo para a melhor compreensão do leitor.

A primeira etapa deste projeto intitulado “Performance Musical e Estresse: um estudo sobre o impacto do estresse na formação e atuação de músicos no Brasil”, ocorreu no ano de 2013, e tiveram 191 participantes de três Universidades Estaduais Paulistas (USP, UNESP; UNICAMP) e os resultados relatados por Ray et al. (2013). A segunda etapa ocorreu no ano de 2014, na EMAC-UFG, tendo como participantes 96 alunos de graduação e pós-graduação. Os performers voluntários para o estudo deste trabalho foram selecionados dentre os participantes desta segunda etapa. O instrumento utilizado com os participantes foi o inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) que mede níveis de estresse do indivíduo e os categoriza no modelo quadrifásico. É um instrumento de uso exclusivo do psicólogo, bastante utilizado na identificação de quadros característicos do stress, possibilitando diagnosticar o stress em adultos e a fase em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão), enfatiza a sintomatologia somática e psicológica etiológicamente a ele ligada (LIPP, 2000).

Após esta etapa os estudantes foram convidados a participar da terceira etapa do estudo o qual compreende o atendimento psicoterapêutico direcionado para a ansiedade de performance. Compareceram para a entrevista inicial 17 estudantes, dos quais 11 participantes foram selecionados por apresentarem sintomas limitantes relacionados a ansiedade de performance. Para esta seleção foi utilizada anamnese clínica, que compreende a observação do comportamento global do paciente e manifestações formais da fala em particular (TURATO,2003). Assim, para a identificação dos sintomas limitantes foram observados a duração e a intensidade dos sintomas de APM descritos pelos participantes. Posteriormente os estudantes foram contatados para averiguar a possibilidade de participação nos horários e datas oferecidas para os atendimentos. Portanto, dos 11 entrevistados apenas três estudantes tiveram disponibilidade para participar, devido aos acontecimentos como: greve na universidade, indisponibilidade de horários, questões geográficas (moradia no interior) e de locomoção.

O critério para a inclusão dos sujeitos foi: a) serem performers musicais matriculados no curso de música na EMAC/UFG, b) participarem do projeto Performance Musical e Estresse; c) concordarem em participar do estudo. Foi esclarecido aos participantes, verbalmente e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), registrado no Comitê de Ética da UFG sob o protocolo 029/12. O pesquisador se comprometeu a estar disponível

para responder e esclarecer dúvidas e oferecer apoio e/ou encaminhamento, caso haja qualquer desconforto ou constrangimento durante a sua participação. O pesquisador, que é psicólogo (CRP 09/4868), se disponibiliza para atender ou encaminhar gratuitamente participantes que demandarem tal procedimento.

A viabilidade deste projeto está garantida tecnicamente em função dos equipamentos já adquiridos com os financiamentos recebidos pelo LPCM (Funape 2002, CNPq 2004, Fapeg 2012, Capes Equipamentos 2007 e 2012, CNPq 2012). Os atendimentos aconteceram na sede do LPCM, local isolado acusticamente. Os materiais utilizados foram: duas poltronas giratórias, mesa de apoio, ar condicionado, caixa de lenços, prancheta, papel e caneta. Os atendimentos foram realizados entre agosto e novembro de 2015, com um número médio de 9 sessões.

Foi aplicada em todas as sessões a Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto, *Subjective Units of Discomfort Scale* (SUDS), onde o próprio paciente define em uma escala de 0 a 10, sendo 0 representa nenhum desconforto, e 10 o maior desconforto experimentado. Esta escala foi utilizada como forma de aferição da eficácia dos atendimentos terapêuticos (CABALLO, 2003).

Para a análise dos dados, foi utilizado o do método fenomenológico, que se ocupa com a compreensão do fenômeno, não com a sua explicação (MARTINS, 1992). Este método não pretende chegar a generalizações, sendo a atenção centrada na descrição do fenômeno, que pode ser realizada por meio do diário de campo. O método mantém rigor metodológico ao tentar compreender os fenômenos que não são passíveis de serem estudados quantitativamente, por apresentarem dimensões pessoais, sendo mais apropriadamente pesquisados mediante a abordagem qualitativa (MARTINS; BICUDO, 2005). Segundo MARTINS (1993), a fenomenologia existencial utiliza a comunicação interpessoal para chegar à compreensão dos significados da experiência vivida pela pessoa e podem ser compreendidos em nível de descrição.

Enquanto ferramenta o diário de campo é uma forma de registrar as observações, comentários e reflexões para uso do profissional, pode ser utilizado para registros de atividades de pesquisas e/ou registro do processo de trabalho. Como ferramenta o diário de campo facilita a escrita e o hábito de observar com tenacidade os fatos ocorridos durante a sessão, sendo assim, deve ser usado diariamente para garantir a maior sistematização e detalhamento possível de todas as situações ocorridas durante o atendimento, salienta Falkembac (199?). A autora defende que os registros devem ser realizados cientificamente, por isso o observado deve ser

relatado com brevidade, pois não se podem introduzir elementos, como também a interpretação reflexiva acaba se confundindo com o fato concreto podendo deturpá-lo.

Pode-se considerar que as informações, tanto de natureza descritiva como reflexiva, imprimem um caráter genérico ao diário de campo, tornando-o retrato de todo o processo de desenvolvimento de uma pesquisa e/ou dos processos de intervenção profissional em dado contexto. (TRIVIÑOS, 1987). De acordo com Lewgoy e Arruda (2004), o registro enquanto diário de campo, fomenta o exercício acadêmico na busca da identidade profissional, visto que através da prática do mesmo é feito o exercício de reflexão da ação profissional cotidiana, onde o pesquisador pode rever seus limites e desafios. Desse modo, Lewgoy e Arruda (2004) preconizam que o diário de campo pode ser um instrumento que apresenta caráter descritivo-analítico, caráter investigativo e de sínteses cada vez mais efêmeras e reflexivas. Concluem que o método conhecido como diário de campo é uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos.

Turato (2003), destaca que o tamanho da amostra em pesquisa qualitativa, é um dos pontos que os pesquisadores que não trabalham com este modelo de investigação, atiram mais dúvidas de natureza metodológica. Segundo o autor:

Antes da entrada em campo, ou mesmo já no início da coleta dos dados, um pesquisador clínico-qualitativo não poderá quantos indivíduos entrevistará, já que conta com a opção metodológica de trabalhar com amostragem proposital. Assim estando ambientado, por exemplo, num serviço de saúde, o pesquisador recorre a liberdade de estudar os casos que emergem naquele campo, tais como pacientes com diferentes características biodemográficas ou situação clínica. Somente após contemplar os passos indicados para o modo de construção escolhido para a composição de sua amostra, e estando ao final da coleta de dados, é que o pesquisador poderá saber quantos casos acabaram por ser incluídos. (TURATO, 2003. p. 359).

Desta forma a importância de uma amostra é qualificada através da experiência do pesquisador em seus atendimentos, não se tornando imprescindível, portanto o número de pacientes ou participantes da pesquisa. E complementa que na pesquisa clínico-qualitativa, a preocupação com o tamanho da amostra pode ser praticamente nenhum

5.1 Resultados e Discussão

Os resultados se referem ao que foi vivenciado e registrado através do diário de campo, a partir da experiência dos atendimentos clínico-psicoterapêuticos por meio das sessões que aconteceram de agosto a novembro do ano de 2015 nas instalações do LPCM. Todas as precauções foram adotadas com o intuito de manter a confidencialidade e sigilo das sessões conforme preconiza o Código de Ética do Psicólogo e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, as participantes foram nomeadas conforme a numeração 1, 2 e 3. Segue abaixo os diários de campo das sessões realizadas (RAY; DUETI, 2015):

5.1.1 Participante 1: estudante de violoncelo

Sessão 01	Data 26/08/2015
Foram levantadas as queixas, sintomas e lembranças limitantes relacionadas a ansiedade de performance, expectativas em relação a terapia, o método de trabalho foi explicado, juntamente com o contrato terapêutico de psicoterapia breve. A cena trabalhada foi de um recital que a paciente fez quando tinha 10 anos de idade onde não conseguiu tocar a peça ensaiada, relata que a professora estava quase chorando e que pianista parou de tocar e as pessoas aplaudiram por educação, na escala SUDS a cena a incomodava 9, isto fez com que a paciente pensasse que era incapaz, sentiu-se muito envergonhada, relata que neste momento começou a sentir os sintomas que sente até hoje. Outra cena trabalhada: há menos de um mês atrás, em uma masterclass, sentiu-se muito ansiosa, frio na barriga, com medo, hipertermia sem sudorese, tensão muscular, e o professor disse que a aluna não estava preparada para aquele momento, e pediu para que parasse, pensou a todo momento que não conseguiria. Ao final da sessão (SUDS 2) foi feita um psicodrama interno, onde a participante sentiu-se relaxada, confortável e com segurança e foi pedido que tentasse reproduzir a experiência em casa.	
Sessão 02	Data 02/09/2015
Foi feito o resumo da sessão anterior, onde a paciente relata dificuldade em se concentrar na atividade que lhe foi pedida, repetimos o exercício e a paciente se disse mais confortável para tentar reproduzir em casa, tal exercício pode ser utilizado como uma técnica de manejo de stress. Depois de ter trabalhado a cena traumatogênica da primeira sessão, 1 relata que se sentiu bem mais tranquila em suas aulas e em ensaios em grupo, onde antes tinha medo de errar e ser julgada. Foi realizada psicoeducação em relação aos sintomas de ansiedade de performance.	
Sessão 03	Data 09/09/2015
Relatou a presença de sintomas relacionados a ansiedade de performance durante uma aula do instrumento que toca, com outros colegas, (SUDS 8) onde não conseguia acertar uma determinada nota, a cena foi trabalhada através do levantamento de crenças limitantes e o reprocessamento destas imagens com as técnicas adequadas para o momento. Foram utilizadas técnicas psicodramáticas como duplo, solilóquio e espelho. Ao final da sessão SUDS 0.	

Sessão 04	Data 23/09/2015
<p>Fizemos um balanço das três últimas sessões, dos exercícios respiratórios que foram passados durante a terapia, e a averiguação da pratica dos mesmos, agora com menor dificuldade de execução. 1 diz que foi convidada a participar de um recital com outros dois colegas e que isto tem gerado sintomas ansiogênicos, principalmente pensamentos obsessivos em relação ao fato de ser reprovada pelos colegas e de não conseguir, que tais pensamentos têm atrapalhado inclusive os estudos individuais. (SUDS 10). A cena foi trabalhada, crenças limitantes e crenças positivas instaladas. Psicoeducação direcionada as funções negativas e positivas na formação das crenças. Ao final da sessão SUDS 0.</p>	
Sessão 05	Data 30/09/2015
<p>No dia anterior a sessão, durante a aula o professor havia lhe chamado a atenção em relação a postura rígida (tensionamento muscular), que fora observado também no início de todas sessões anteriores, que a fazia não conseguir acertar determinada nota, tal comentário desencadeou mais tensão muscular, vergonha e desconforto gastrointestinal, além de pensamentos auto punidores. Foi realizado um exercício de relaxamento muscular e a explicação do funcionamento do mesmo, ao sair 1 relata estar relaxada e tranquila. Relatou que passou na prova pratica do DETRAN, e afirmou que os exercícios foram de grande ajuda.</p>	
Sessão 06	Data 07/10/2015
<p>Relata que tentou o relaxamento em casa, porem gostaria de repetir a experiência de forma guiada, após o exercício 1 relatou aumento do conforto físico em relação as demais vezes que comparecia a terapia. Trouxe memórias em que também se sentia tensionada, travada, e percebeu que além dos sintomas psicológicos da ansiedade de performance, também apresentava constantemente tal sintoma físico (SUDS 9), as cenas foram trabalhadas com psicodrama interno e exercícios de relaxamento, ao final da sessão SUDS 1.</p>	
Sessão 07	Data 14/10/2015
<p>O participante relata uma cena acontecida durante a semana que sempre a faz se sentir desconfortável e ansiosa, enquanto estuda em seu quarto, seu pai que também é musico, abre a porta e repreende por errar sempre a mesma nota, isto desencadeia nela sempre os mesmos sintomas e crenças auto denegridoras e incapacitantes, (SUDS 10). A cena foi trabalhada com EMDR. Ao final a paciente relata tranquilidade e vontade de estudar. SUDS 0</p>	
Sessão 08	Data 21/10/2015
<p>O participante tem se sentido calma, fortalecida, confiante e determinada, porém relata que por vezes sentiu-se frágil e insegura em relação aos estudos e a performance. Foi feito um psicodrama interno, onde os papeis de insegura, decidida e a verdadeira foram trabalhados. Psicoeducação sobre a importância dos estados ansiogênicos para a vida.</p>	
Sessão 09	Data 28/10/2015
<p>Chegou a sessão dizendo que queria experimentar as técnicas antes de algum recital, por se sentir equilibrada, em relação ao trio não tem apresentado limitações nos estudos e nem problemas antes apresentados, assume não se sentir segura o suficiente com as peças, mas continuará estudando. Relatou que a mãe a repreendia quando não fazia o que julgara correto, causando assim um sentimento de insuficiência em tudo o que 1 executava, inclusive nos estudos e na música. (SUDS 8). Trouxe uma cena familiar acontecida quando tinha 5 anos de idade, a cena foi trabalhada com EMDR, e a paciente relata ter vivido uma experiência emocional corretiva.</p>	
Sessão 10	Data 04/11/2015
<p>Reavaliação de todo o processo de terapia breve, onde a paciente relata suas conquistas relacionadas a ansiedade de performance, como a diminuição dos sintomas físicos, e principalmente dos sintomas psicológicos como as crenças limitantes auto denegridoras.</p>	

5.1.2 Participante 2: estudante de violão

Sessão 01	Data 26/08/2015
A paciente relatou fatos de sua história em relação a seus sintomas relacionados a Ansiedade de Performance, e também outros sintomas que desenvolveu ao longo de sua vida. Foram trabalhadas as expectativas em relação a terapia, o método de trabalho foi explicado, juntamente com o contrato terapêutico de psicoterapia breve.	
Sessão 02	Data 02/09/2015
Foi feita a reavaliação da sessão anterior, revisão do contrato terapêutico, a paciente sentiu necessidade de relatar em detalhes o que tinha acontecido antes de ter limitações severas em suas performances. Foi pedido para que fizesse como tarefa de casa, a linha da vida com todos eventos negativos e positivos. Foi utilizada uma técnica de visualização ativa, com a finalidade de criar uma sensação de tranquilidade e controle.	
Sessão 03	Data 09/09/2015
Realizou a tarefa com intento, e diz ter se sentido melhor como há muito tempo não sentia. Trouxe a cena do evento traumatogênico relatado na sessão anterior, a cena foi trabalhada através de EMDR com desenhos, (SUDS 10) e psicodrama interno. Como tarefa de casa, foi pedido a paciente que desenhasse outros episódios semelhantes. Ao final da sessão SUDS 3, por causa da raiva que estava sentindo. Foi pedido como tarefa que fizesse a linha da vida musical.	
Sessão 04	Data 23/09/2015
Foi feita a reavaliação das três últimas sessões, 2 relatou que teve um sonho catártico relacionado ao episódio traumatogênico vivenciado em 2012, relatado nas sessões anteriores, sentiu que o bloqueio está desaparecendo e que as imagens dos traumas que apareciam enquanto tentava estudar, não a incomodam mais. Com a realização da tarefa de casa (linha da vida musical), o participante percebeu que os acontecimentos negativos são desproporcionais aos positivos, e decidiu trabalhar a cena que ainda a incomodava, SUDS 10, o método utilizado foi EMDR e psicodrama interno. Ao final da sessão SUDS 0.	
Sessão 05	Data 30/09/2015
O participante trouxe espontaneamente uma lista de suas conquistas obtidas até agora com a psicoterapia e relata com euforia, foi realizada psicoeducação sobre sintomas conversivos, depressivos e ideação suicida. A paciente relata que as pessoas com as quais convive no qual ela está inserida está percebendo sua melhora no humor e disposição.	
Sessão 06	Data 07/10/2015
Relata passar por um momento de catarse em relação as questões pertinentes as desaprovações da mãe desde seus nove anos de idade quando tocava violão, (questões complexas e multifatoriais). Com a volta das aulas, está testando as técnicas aprendidas na terapia com sucesso. O participante revive uma cena e a compara com o evento traumatogênico de 2012, sintoma clássico de TEPT. A cena (SUDS 10) foi trabalhada através de EMDR, e técnicas psicodramáticas. Ao final da sessão SUDS 1.	
Sessão 07	Data 14/10/2015
A paciente relata com alegria que tem conseguido estudar com empenho e sem o bloqueio mental que a acompanhava, recebeu elogio de alguns professores e colegas, durante a semana entre as sessões conseguiu compor uma música enquanto estudava, comportamento que não tinha há mais de três anos, relatou tal feito como uma superação.	
Sessão 08	Data 21/10/2015
Paciente relembra cena anterior a trabalhada, onde se sentiu ridicularizada na comunidade religiosa que frequentava antes do diagnóstico de TEPT, a cena foi trabalhada através de técnicas psicodramáticas e EMDR. Psicoeducação sobre mecanismos de defesa e somatização. 2. relata que tem usado mais o não, e sentido menos culpa em suas relações.	

Sessão 09	Data 28/10/2015
O participante traz que depois das sessões, voltou a frequentar corais, encontrou com um ex-professor que a reforçou emocionalmente, está planejando apresentações em público enquanto performer (sem pensamentos obsessivos e ansiogênicos), se sentindo bastante confortável e segura. Parou por conta própria de fazer uso das medicações prescritas pelo psiquiatra, por estar sentindo-se muito bem. Psicoeducação sobre questões neuroquímicas relacionadas a saúde mental, riscos do abandono do tratamento e auto responsabilidade no processo de superação psicológica e psiquiátrica.	
Sessão 10	Data 04/11/2015
A paciente relata que estava tendo oscilações de humor, e acredita ter sido por causa da interrupção abrupta do uso das medicações prescritas pelo psiquiatra, continua sentindo-se segura e determinada em seus objetivos musicais e profissionais. As técnicas de manejo de stress foram recapituladas. A paciente trouxe anotações de suas conquistas pós terapia e as compartilhou durante a sessão.	
Sessão 11	Data 11/11/2015
O participante relata suas conquistas, e com segurança e sente-se preparada para finalizar o processo terapêutico, refaz todo o percurso da terapia e agradece por ter tido a oportunidade de participar do projeto. Percebe que tem outras demandas terapêuticas a serem trabalhadas e marcou com uma psicoterapeuta para que possam trabalhar tais questões não pertinentes a ansiedade de performance.	

5.1.3 Participante 3: estudante de canto

Sessão 01	Data 26/08/2015
Foram levantadas as queixas, sintomas e lembranças limitantes relacionadas a ansiedade de performance, expectativas em relação a terapia, o método de trabalho foi explicado, juntamente com o contrato terapêutico de psicoterapia breve. Escolheu uma cena (Igreja) onde seus sintomas psicológicos e físicos da ansiedade de desempenho foram maiores. SUDS 10. Ao final da sessão relatou melhora no estado geral e SUDS de 0.	
Sessão 02	Data 02/09/2015
Reavaliação da sessão anterior, SUDS continuou 0. O participante 3 trouxe outras queixas relacionadas ao foco do trabalho e também da vida pessoal, psicoeducação sobre ansiedade e seus sintomas. Foi lhe ensinado uma técnica de visualização/relaxamento para manejo do stress, foi pedido para que tentasse repetir em casa, enquanto tarefa.	
Sessão 03	Data 09/09/2015
Repetiu o exercício por três vezes durante a semana, se mostrou bastante apreensiva e escolheu trabalhar a cena futura em que cantará em uma missa, segundo o participante 3 as últimas experiências não foram positivas, sentiu muito medo de desafinar diante a plateia e de ser ridicularizada. A cena foi trabalhada (SUDS 9), durante o processamento crenças auto denegridoras foram trabalhadas, ao final da sessão SUDS 1.	
Sessão 04	Data 16/09/2015
Foi feita uma avaliação das três últimas sessões onde a paciente relata sentir menos incomodo quando pensa em suas apresentações (SUDS 3). Tem repetido de forma sistemática os exercícios de respiração e também a visualização. Continua ensaiando para sua próxima apresentação, e tem se sentido mais confiante e segura. Trouxe queixas relacionadas a vida pessoal.	

Sessão 05	Data 23/09/2015
Realizou a performance em relação a qual estava ansiosa, ficou bastante orgulhosa de si, sentiu-se realizada. Foram trabalhados os pontos positivos de sua apresentação, e as crenças edificantes provenientes da apresentação realizada na última semana. Relata que está aceitando melhor seus sentimentos ambivalentes em relação as suas performances, e que isto tem trazido bastante conforto e confiança. Psicoeducação sobre os sintomas. O solilóquio foi “Libertada”.	
Sessão 06	Data 30/09/2015
Não teve experiências performáticas na igreja, porem relata ter se sentido confortável durante as aulas, onde antes sempre tinha sintomas físicos e psicológicos da ansiedade de performance, diz que tem se sentido mais tranquila com os professores e também com os colegas. Relata participar de uma companhia de artes e que vai cantar para cerca de 3000 jovens, a cena foi trabalhada com psicodrama interno e cisão, entrevista e união dos papéis antagônicos que a paciente vivencia e relata.	
Sessão 07	Data 07/10/2015
Não traz nenhuma queixa relacionada a performance e pergunta se pode falar sobre outras queixas relacionadas a vida pessoal, que julga ter relação com a ansiedade de performance. As queixas são trabalhadas através de psicodrama interno, duplos, espelho e solilóquios. E o esclarecimento sobre o contrato terapêutico breve. Biblioterapia. Pedi um relato das sessões, para a finalização do processo.	
Sessão 08	Data 14/10/2015
Finalização do processo, com levantamento das expectativas e das mudanças implementadas através do processo terapêutico, revisão dos exercícios e encaminhamento para atendimento psicoterapêutico individual convencional.	

Conforme propõe Ferreira-Santos (2013), o diagnóstico é elaborado através da entrevista inicial, onde o paciente se encontra predominantemente ansioso, devido a história reativa recente, isto pode ser notado claramente através da observação do pesquisador, nesta sessão também é estabelecida a aliança terapêutica, à medida que as participantes se sentem acolhidas e compreendidas em seu sofrimento psíquico e a limitação momentânea para efetivar a resolução do conflito, que pode provocar angústias e somatizações conforme observado nas três participantes.

A etapa de acolhimento acontece através do ato terapêutico, o tratamento da queixa levantada pelo paciente, com as técnicas pertinentes ao trabalho do psicólogo, é o espaço para as catarses de integração sendo este um conceito advindo do psicodrama, que se define como mecanismo de ação terapêutica pelo qual se anseia a liberação de afetos e emoções, assim como a elaboração e construção de perspectivas relacionadas aos sintomas, no agora (BUSTOS, 1992).

Tal cartarse de interação se concretiza através e as Experiências Emocionais Corretivas (ECC), sendo que estas podem ocorrer sem haver amplo conhecimento dos fatores determinantes da problemática apresentada pelo participante atendido, tal experiência concebe

a possibilidade de o paciente vivenciar cognitivamente eventos traumatogênicos de sua história, dolorosamente reprimidos, ressignificando-os na relação com o psicoterapeuta. O profissional age como um catalisador, proporcionando repetidas EEC através de interações menos patológicas com o paciente (LEMGRUBER, 1984). O conceito de EEC foi considerado por MALAN (1981) como o aspecto central do processo psicoterapêutico,

Tais experiências emocionais corretivas podem ser observadas nas sessões subsequentes a primeira, até a finalização, fase de reformulação do processo, onde foi pedido a cada participante que relatasse sua experiência no processo de psicoterapia breve focada na ansiedade de desempenho.

5.2 Relato dos Participantes

Relato de experiência da participante 1.	Data 04/11/2015
<p>A terapia tem sido proveitosa desde o início, refletir, organizar os pensamentos e reconhecer a origem de cada problema relacionado a performance musical tem contribuído para o meu desempenho não só como instrumentista, mas como pessoa. Meu pensamento está mudando, não carrego mais aquele peso nas costas quando se fala em performance. Nos encontros foram trabalhados traumas relacionados a performance para que isto não continuasse trazendo incômodos que prejudicassem o desempenho performático. Depois técnicas de relaxamento e controle foram aplicadas para que a tensão resultante da ansiedade que eu sentia, fossem dribladas e não mais atrapalhassem tanto na performance. Os resultados obtidos foram muito positivos. Uma prova clara foi a minha aprovação na prova pratica do DETRAN, em que antes da prova pude executar as técnicas aprendidas obtendo então uma maior tranquilidade durante a avaliação. Agora almejo cada vez mais as técnicas na performance para obter melhor êxito como musicista.</p>	
Relato de experiência da participante 2	Data 11/11/2015
<p>No decorrer das terapias o Dr. Rodrigo foi me fazendo ver as coisas por outro ângulo diferente, e até mesmo situações reais que vivi ao longo da minha vida desde a infância, e que me levaram a viver o que estava vivendo atualmente, até mesmo na minha vida musical, a forte rejeição paterno-materna. Notei que a música foi o que me deu força e sustentáculo para superação de todo sofrimento e dificuldades que vivi ao longo de minha vida. De acordo com que o número das terapias ia aumentando eu comecei a perceber que eu estava sentindo um alívio muito grande, uma melhora, na verdade eu sentia mesmo que ele tinha razão, eu estava chegando às terapias com uma postura de superação de satisfação. Tive várias catarses em todo decorrer das terapias. Tomei algumas decisões que poderiam mudar ainda mais minha vida e que antes eu sofria ao pensar em toma-las, principalmente de me amar em primeiro lugar e ser eu, não ser somente a menina boazinha, a educadinha, cheia de ética e moralidade; e ser passiva o tempo todo, saber que sou humana, tenho sentimentos, e posso sim, sentir raiva, gritar, xingar, falar a verdade para as pessoas, eu podia sim sentir inveja, pois, eu confessei para ele que, diante de todos os meus traumas e sequelas que vivi após o Bullying educacional, eu passei a ter sentimentos positivos que antes eu não tinha.</p>	
Relato de experiência da participante 3.	Data 14/10/2015
<p>Eu cheguei na terapia muito ansiosa, e me questionando se realmente eu conseguiria usar esta ansiedade ao meu favor. Na primeira sessão já vi resultados, vi que este trabalho com o cérebro realmente funciona. E através das técnicas que o Rodrigo me passava, eu mesma na minha casa, na rua, poderia trabalhar esta ansiedade. E foi o que eu fiz! Percebi que ao longo das sessões de terapia, situações difíceis e fatos relacionados a performance não me incomodavam mais, isto para mim foi maravilhoso. A terapia não me ajudou só na área da performance, mas em todos os aspectos da minha vida. Na questão da insegurança que não estava presente somente na performance, mas em meu namoro, nas escolhas que faço, enfim, em tudo. Sou muito grata pela oportunidade de ter participado deste projeto.</p>	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos e acima demonstrados, em todos os três casos atendidos, as queixas relacionadas a ansiedade na performance musical foram trabalhadas e concatenadas através de catarses de integração. Tais catarses favoreceram as experiências emocionais corretivas pertinentes ao trabalho do psicoterapeuta, propiciando o conforto psíquico buscado no início de todo processo psicoterapêutico. O processo clínico foi finalizado com extrema satisfação em virtude dos resultados positivos atingidos. A aplicabilidade da Psicoterapia breve no controle da ansiedade na performance musical foi demonstrada de maneira satisfatória nos três casos relatados.

A aplicação de uma ferramenta psicoterapêutica que visando o tratamento das dificuldades emocionais experimentadas pelos performers profissionais e em formação foi a abordagem principal deste trabalho. A metodologia englobou revisão e literatura e experimento. O método de psicoterapia breve foi aplicado com foco na ansiedade de performance, tendo o embasamento teórico da abordagem psicodramática.

Sabendo-se que a Ansiedade na Performance Musical (APM) acomete uma média de 24% de músicos ocasionando assim a possível diminuição do aproveitamento na carreira dos profissionais que trabalham na área, este trabalho propôs a aplicabilidade da psicoterapia breve em casos clínicos atendidos no Laboratório de Performance e Cognição Musical da Universidade Federal de Goiás.

A discussão da literatura abordada no primeiro capítulo buscou esclarecer sobre o método psicodramático enquanto abordagem psicoterapêutica utilizada nos atendimentos realizados no LPCM-UFG, fase de relevante importância para a realização deste trabalho, visto que o trabalho moreniano, visa o resgate da espontaneidade, por vezes perdida pelos pacientes. Resgate este que pode ser observado na apresentação dos diários de campo e relato de experiência realizados pelas participantes, onde as mesmas discutiram sobre o processo terapêutico e a importância deste, para elas.

No segundo capítulo a psicoterapia breve em psicodrama, foi descrita de forma sistematizada, e utilizada no trabalho por se tratar de um método de curta duração coadunando com a necessidade de adequação de tempo da pesquisa, complementada com as técnicas de reprocessamento de imagens traumatogênicas, favorecendo de forma engrandecedora a eficácia dos atendimentos.

O terceiro trouxe aspectos sobre a ansiedade em geral, com o intuito de informar o leitor através das variadas formas de se tentar compreender tais sintomas e transtornos ocasionados pela ansiedade, foi introduzido o tema da APM, através de autores brasileiros pioneiros no estudo e discussão do assunto. Buscou-se com este capítulo contextualizar e

também retificar a importância do estudo desta forma de ansiedade específica, por vez limitante para alguns performers.

No quarto capítulo foram expostos o método clínico-qualitativo que norteou a pesquisa, os relatos de diário de campo realizado pelo pesquisador, o relato de experiência escrito pelas participantes, e as discussões sobre os resultados positivos obtidos através da aplicação da psicoterapia breve em casos de ansiedade na performance musical.

Com toda a experiência adquirida com a realização deste trabalho, ficou claro para o autor a importância do acompanhamento psicoterapêutico aos performers, que por ventura são acometidos pela APM. Para além o trabalho de atendimentos será continuado nas instalações do LPCM, visto que este é um campo promissor tanto para os musicistas quanto para os profissionais da saúde mental.

Espera-se que este trabalho venha a contribuir com a otimização da preparação para a performance musical de estudantes e profissionais que apresentem sintomas de ansiedade na performance. Com isso, espera-se também ampliar o quadro de referências disponíveis para músicos sobre ansiedade contribuindo assim para a otimização de suas capacidades mentais e artísticas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. B. Introdução à Neurociência: Arquitetura, função, interações e doença do sistema nervoso. Lisboa: Climepsi, 2010.
- BERGMANN, U. A Neurobiologia do Processamento de Informação e seus Transtornos: Implicações para terapia EMDR e outras psicoterapias. Brasília: TraumaClinic, 2013.
- BLATNER A. e BLATNER A. Uma visão Global do Psicodrama: Fundamentos Históricos, Teóricos e Práticos. São Paulo. Ágora. 1996.
- BORÉM, F.; RAY, S. Pesquisa em performance musical no Brasil no século XXI: problemas, tendências e alternativas. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PÓSGRADUANDOS, 2., 2012, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: Unirio, 2012. v. 1. p. 121-168.
- BUSTOS, D. M. Novos Rumos em Psicodrama. São Paulo: Editora Ática, 1992.
- CABALLO, V. E. Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológico. São Paulo: Santos, 2003.
- CARVALHO, V. D. e RAY, S. Aspectos Psicológicos na Preparação para a Performance Musical. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 2., Anais.... Curitiba: UFPR, 2006. p.78-84.
- CUKIER R. Psicodrama Bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente. São Paulo. Ágora, 1992.
- DEJOURS, C. O corpo entre a biologia e a psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
- DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas. 2014.
- DUETI, R.; RAY, S. Psicoterapia de Reprocessamento de Imagens Traumatógenas: uma aplicação no controle da ansiedade na performance musical. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 5., Anais... Pirenópolis, 2015.
- D'ZURILLA, T. & NEZU, A. Terapia de Solução de Problemas: Uma Abordagem positiva a Intervenção Clínica. São Paulo: Roca, 2010.
- FALKEMBACH, E. M. F. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. *Revista Contexto/Educação*, Ijuí, Unijuí, v. 7, s.d.
- FERREIRA-SANTOS, E. Psicoterapia Breve: abordagem sistematizada de situações de crise. (5ª ed.). São Paulo: Editora Ágora, 2013.
- FONSECA, C. A. Ansiedade de performance em música: causas, sintomas e estratégias de enfrentamento. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 3., Anais..., pp. 342–349. Salvador: ABCM-UFBA, 2007.

GERLING, C.; SANTOS, R. A. T. A. Comunicação da Expressão na Execução Musical ao Piano. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 3., Anais... Salvador, 207. PPG em Música UFBA, Salvador, 2007. p. 147-153.

GERLING, C.; SOUZA, J. A Performance como objeto de investigação. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM PERFORMANCE MUSICAL, 1., Anais... Belo Horizonte, PPG em Música UFMG, B. Hzte, 2000. p. 114-125.

GUIMARÃES L. A. Aspectos Teóricos e Filosóficos do Psicodrama. in: http://www.febrap.org.br/pdf/Aspectos_Teoricos_Filosoficos_psicodrama.pdf . Salvador. 2000.

HALES, R.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. Tratado de Psiquiatria Clínica, Porto Alegre. Artmed. 2012.

LEMGRUBER, V. Psicoterapia Breve: A Técnica Focal. Porto Alegre: ArtMed, 1984.
LENT, R. Neurociência da Mente e do Comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

LEVITAN, M.N; CHAGAS, M.H.N; NARDI, A.E.; CRIPPA, J.A. Transtorno de ansiedade social. In: Transtornos da Ansiedade. GRAEFF, F. G. e HETEM, L. A. B. São Paulo: Atheneu, 2012.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social, Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2. 2004, p. 115-130.

LIPP, M. E. N. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MALAN, D. Fronteiras da Psicoterapia Breve Porto Alegre: ArtMed; 1981.

MARCHETTI, R. In: Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos. FRAGÚAS JR, R. São Paulo: Lemos, 1994.

MARTINS J. Um enfoque fenomenológico do currículo: a educação como poíesis. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS J., BICUDO M.A. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 2005.

MIRANDA, J. G., YAMADA, E. Y., ROCHA, S. F., e CHADA, S. M. M. Ansiedade de performance musical entre estudantes de música de Belém do Pará: investigação através da escala K-MPAI. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 9., Anais..., pp. 261–272. Belém: ABCM-UFPA. 2013.

MORENO J. L. Psicodrama. São Paulo. Cultrix. 1974.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- PADILHA, A. F. S. Direção, ansiedade e performance. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Portugal, 2011.
- PEREIRA, M. E. C. Mudança no conceito da ansiedade. In: Transtornos da ansiedade. GRAEFF, F. G. e HETEM, L. A. B. São Paulo: Atheneu, 2012.
- PESSOTTI, I. Os nomes da loucura. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
- RAY, S. Considerações sobre o pânico de palco na preparação de uma performance musical. In: *Mentes em Música*. Ilari, B. e Araujo, R.C. (Orgs). Curitiba: UFPR, p. 158-178. 2009.
- RAY, S. Considerações sobre o pânico de palco na preparação de uma performance musical. In: *Mentes em Música*. ILARI, B. S. E ARAÚJO, R. C. Curitiba: DeArtes, 2010.
- RAY, S. Fatores de estresse e ansiedade na performance musical: Histórico e perspectivas após 10 anos de Simcam. *Percepta*, v.1 n.2, p.115–126. Curitiba, 2014.
- RAY, S.; DUETI, R. Psicoterapia Breve e Ansiedade na Performance Musical: aplicabilidade e resultados. *Percepta*, v.2 n.2, Curitiba, 2015.
- RAY, S.; KAMINSKI, L. C. O atual estado da questão da psicologia na formação de músicos-intérpretes na academia brasileira. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 7., Anais..., pp. 210–214. Brasília: ABCM; UnB. 2011.
- RAY, S; KAMINSKI, L.; FONSECA, C.; DUETI, R. et al. Performance psychology information impact on stress and anxiety level of Brazilian music performers. In: *Proceedings of the International Symposium on Performance Science*, 2. Vienna: University of Music and performing Arts, 2013.
- RAY, Sonia (Org.). *Performance Musical e suas Interfaces*. São Paulo: Irokun Brasil e Vieira Editora, 2005.
- ROCHA, S. F. Ansiedade na performance musical: estudo molecular de associação e validação da escala de “K-MPAI”. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 2012.
- ROCHA, S. F.; DIAS-NETO, E.; GATTAZ, W. F. Ansiedade na performance musical: tradução, adaptação e validação do Kenny Music Performance Anxiety Inventory (K-MPAI) para a língua portuguesa. *Revista Psiquiatria Clínica*. v.38 n.6 p. 217-21. 2011.
- ROJAS, E. *El Laberinto de la Afectividad*. 5.ed., Madrid: Espasa, 1999.
- SHAPIRO, F. EMDR: Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares. (2ª ed.) Brasília. Nova Temática. 2007.
- SINICO, A., GUALDA, F., WINTER, L. Ansiedade na performance musical: utilização de estratégias por estudantes de flauta. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 8., Anais..., pp. 464–463. Belém: ABCM; UFPA. 2013.
- SOUSA, A. N. e RAY, S. O processo de preparação para performance dos alunos da Banda Marcial do C. E. da Polícia Militar de Goiás, Ayrton Senna: Um estudo sobre o impacto da ansiedade. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 10., Anais..., pp. 148–153. Campinas: ABCM; Unicamp. 2014.

STENCEL, E. B., SOARES, L. F., MORAES, M. J. C. Ansiedade na performance musical: Aspectos emocionais e técnicos. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS INTERNACIONAL, 8., Anais..., pp.37–46. Florianópolis: ABCM; UDESC. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2000.

ANEXO I



Serviço Público Federal - Ministério da Educação e do Desporto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Escola de Música e Artes Cênicas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFG pelos telefones 62-3521-1075 ou 62-3521-1076 ou 62-3521.1215

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: PSICOTERAPIA BREVE NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE NA PERFORMANCE MUSICAL

Pesquisador Responsável: Rodrigo Dueti - Contato: (62)8169-3795. E-mail: rdueti@gmail.com

Orientadora do Pesquisador: Profa. Dra. Sônia Ray (UFG). Contato: (62) 9249 0911. Email: soniaraybrasil@gmail.com

O projeto de pesquisa busca verificar a eficácia da intervenção psicoterápica com performers pré-diagnosticados com emoções negativas (ansiedade de performance, pânico de palco) relacionadas a performance musical. O voluntário deverá se comprometer com até 12 encontros agendados conforme a disponibilidade do mesmo para a realização de psicoterapia breve e focada nas emoções negativas vivenciadas pelo performer musical. Os benefícios desta pesquisa envolvem a ampliação das pesquisas na área de música, em particular sobre Ansiedade de performance. As sessões serão realizadas no Laboratório de Performance e Cognição Musical da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG, onde será resguardada a privacidade e o sigilo dos voluntários. Após a coleta, os dados pessoais dos voluntários serão preservados quanto a confidencialidade e privacidade.

Informamos que sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração, sendo que você é livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante os encontros, bem como retirar seu consentimento e terminar sua participação a qualquer momento sem penalidades.

O pesquisador responsável está submetido às normas de confidencialidade e de sigilo profissional, e se compromete a estar disponível para responder e esclarecer dúvidas e oferecer apoio e/ou encaminhamento, caso haja qualquer desconforto ou constrangimento durante sua participação.

Esse estudo está vinculado ao Laboratório de Performance e Cognição Musical da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG, que reúne condições de acolher e prestar atendimento quando se fizer necessário. O endereço é: **Campus II – Samambaia**, Rodovia GO-080, Km 3/4, CEP: 74001-970, Caixa Postal 131, Goiânia/ GO, ou pelo telefone: (62) 3521-1125.

Pesquisador Responsável: Rodrigo Dueti _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____,
 RG/ CPF/ ou n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “PSICOTERAPIA BREVE NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE NA PERFORMANCE MUSICAL”. Como participante fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Rodrigo Dueti, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

 Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____