CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

# Intervenção cognitivo-comportamental na ansiedade na performance musical: estudo de caso múltiplo

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Filipe José Sampaio da Silva Pires Fernandes*

Porto, julho de 2023

CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

# Intervenção cognitivo-comportamental na ansiedade na performance musical: estudo de caso múltiplo

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Filipe José Sampaio da Silva Pires Fernandes*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Doutor Pedro Dias
Prof.ª Doutora Lurdes Veríssimo

Porto, julho de 2023

**Agradecimentos**

Aos meus orientadores, Professor Pedro Dias e Professora Lurdes Veríssimo, pela orientação, apoio, incentivo, disponibilidade e conhecimento partilhado.

À Beatriz, pelo apoio e camaradagem durante o trabalho que fizemos juntos.

Aos meus amigos pelas memórias que criamos.

À minha família e sobretudo à minha mãe, pelo sacrifício que fez pela minha educação e por toda a motivação e orgulho em mim, chegando a celebrar o que atingi com mais entusiasmo do que eu próprio.

**Resumo**

O presente estudo desenvolveu-se devido à escassez de programas de intervenção na ansiedade na performance musical (APM). Os objetivos foram contribuir para a elaboração de um manual de intervenção em grupo em APM, após revisão de literatura, e averiguar a adequabilidade de estratégias e atividades desenvolvidas, numa intervenção com adolescentes de uma escola de música, através de um estudo de caso múltiplo, parte de um estudo de *proof-of-concept*.

Foram implementadas quatro sessões junto de cinco participantes, com idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos. Foram avaliados os níveis de APM e de ansiedade-traço antes e após a intervenção, com recurso ao MPAI-A e ao STAIC C-2, respetivamente. Foi realizado um diário de bordo, sintetizando o funcionamento das sessões e apontando aspetos relevantes sobre o envolvimento dos participantes.

Registou-se uma diminuição da média dos *scores* totais. Registou-se uma diminuição de sintomatologia em dois participantes e aumento em três. Participantes com maior adesão terapêutica apresentaram melhores resultados. Percebeu-se a utilidade de estratégias de psicoeducação, reestruturação cognitiva e respiração diafragmática. Os resultados do estudo contribuem para perceber a adequabilidade de diferentes estratégias, assim como alterações necessárias ao manual de modo a poder avançar para estudos futuros de viabilidade do programa.
Palavras-chave: Ansiedade na performance musical; intervenção cognitivo-comportamental; *proof-of-concept*; estudo de caso múltiplo.

**Abstract**

The current study was developed due to a lack of interventions programs in music performance anxiety (MPA) available. The objective was to contribute to the development of a group intervention manual in MPA and explore the feasibility of the strategies and activities developed, as part of a proof-of-concept study. An intervention was administered to adolescents of a music school and a multiple case study was done.

Four sessions were administered to five participants with ages ranging from 13 to 14. The MPA and state-anxiety levels were evaluated before and after the intervention trough the administration of the MPAI-A and STAIC C-2. A logbook was kept, describing each session's functioning and other relevant aspects regarding the participants' involvement.

Globally, a decrease in symptoms was registered in the total average scores of the instruments. A decrease in symptomatology was found in two participants and an increase in three. Participants with higher therapeutic adherence showed better results. It was understood

the feasibility of strategies such as psychoeducation, cognitive restructuring, and diaphragmatic breathing. The results contribute to a better understanding of the feasibility of different strategies as well as changes that are necessary to develop a feasibility study of the program in the future.
Keywords: Music performance anxiety; cognitive-behavioral intervention; proof-of-concept; multiple case study.

# Índice

1. Enquadramento teórico…….…….7
1.1. Sintomas de APM…….7
1.2. Fatores preditores de APM……...8
1.3. APM na adolescência……...8
1.4. Intervenções e estratégias no tratamento de APM……...9
2. Método…….14
2.1. Objetivos……15
2.2. Participantes…….……..15
2.3. Instrumentos……...16
2.4. Procedimentos de recolha de dados……17
2.5. Procedimentos de análise de dados…….17
3. Apresentação e discussão de resultados……...18
3.1. Contribuição para o desenvolvimento de um Programa de intervenção na APM em adolescentes…….18
3.2. Adequabilidade das estratégias e atividades da TCC para um programa de intervenção na APM……23
3.3. Evolução intraindividual da ansiedade dos múltiplos participantes……..……..28
4. Conclusões…….……..33
5. Referências bibliográficas……...36

## 1. Enquadramento teórico

A ansiedade na performance musical (APM) é definida como a experiência de ansiedade e apreensão significativa e persistente perante situações de desempenho musical (Dias et al., 2022; McAffe & Comeau, 2020). A APM tende a apresentar-se em níveis mais elevados quando existe um elevado nível de investimento pessoal, situações de avaliação ou medo de falhar, especialmente se houver audiência (Kenny, 2011; MacAffe & Comeau, 2020). Adicionalmente, a APM pode manifestar-se independentemente do nível de treino ou capacidades dos músicos ou estudantes de música (Papageorgi, 2021; Barros et al., 2022).

### 1.1. Sintomas de APM

Segundo Kenny (2011), a APM manifesta-se através de sintomas cognitivos, comportamentais, emocionais e fisiológicos, que podem ser experienciados em simultâneo (Burin & Osório, 2017). Os sintomas cognitivos mais frequentes são pensamentos automáticos negativos sobre falhas anteriores, dificuldades de concentração e problemas de memória (Kenny, 2011; Burin & Osório, 2017). Quanto aos sintomas comportamentais, é comum registar-se uma postura retraída, agitação, tremores e falhas técnicas (Kenny, 2011; Burin & Osório, 2017). Estes sintomas afetam o desempenho do indivíduo, o que tende a conduzir a um aumento da ansiedade, especialmente se o próprio se preocupar com a possibilidade de a audiência conseguir observá-los (Burin & Osório, 2017). Os sintomas emocionais incluem medo, pânico e insegurança. Por último, os sintomas fisiológicos referem-se ao aumento do batimento cardíaco, palpitações, hiperventilação, boca seca, náuseas, aumento do suor, problemas gastro-intestinais e aumento de libertação de cortisol e adrenalina (Kenny, 2011; Burin & Osório, 2017).

O modelo de regulação emocional de Gross e Thompson (2007) pode ser útil para compreender o processo subjacente ao desenvolvimento de ansiedade ou sintomatologia de APM perante uma audiência. Este modelo inclui quatro fases: situação; foco atencional; apreciação cognitiva; resposta emocional (Gross & Thompson, 2007). Assim, perante uma determinada situação, o individuo direciona a sua atenção para aspetos que sejam relevantes, fazendo uma avaliação dos mesmos, o que leva a uma resposta emocional, dependendo dos aspetos que foram focados e da apreciação dos mesmos (Kalenska-Rodzaj, 2020). No que diz respeito à APM, perante uma situação de avaliação, ao entrar no local o músico pode direcionar o foco para a audiência e os membros do júri (Kalenska-Rodzaj, 2020). De seguida, pode fazer a apreciação cognitiva de que eles são especialistas e irão avaliá-lo/a, o que pode levar a respostas como tensão muscular, aumento do ritmo cardíaco e pensamentos de que se está a ser observado (Kalenska-Rodzaj, 2020). Um aspeto fulcral deste modelo é que descreve um

processo cíclico, com a mudança de emoções dependendo do foco atencional (Gross & Thompson, 2007). O músico pode então focar a sua atenção nos pensamentos negativos, na tensão muscular ou no ritmo cardíaco elevado, questionando se será capaz de realizar a audição nestas condições e, posteriormente, se o júri também consegue observar que estas respostas emocionais estão presentes, o que as intensificaria ou leva ao aparecimento de novas respostas (Kalenska-Rodzaj, 2020).

### 1.2. Fatores preditores de APM

Percebendo o modo como a APM se pode manifestar, é relevante também identificar faotres que tendem a predizer o desenvolvimento de APM. No estudo de Lupiáñez e colaboradores (2022) concluiu-se que os principais fatores preditores de APM são baixa motivação para o sucesso musical, medo de avaliação negativa, depressão, evitamento social, uso de substâncias para aliviar a ansiedade e ter idade superior na primeira experiência de performance para uma audiência. Adicionalmente, Papageorgi (2020) indica que a perceção de altos níveis de ansiedade, perceção de os pais serem críticos, baixo auto-conceito e auto-eficácia musical, tendências perfecionistas, más condições no local da performance e sensibilidade perante exposição a audiências podem ser também considerados como preditores de APM.

### 1.3. APM na adolescência

Alguns estudos apontam para que APM pareçar ser mais prevalente em adolescentes do que em outros grupos etários (Dempsey & Comeau, 2019; Papageorgi, 2021; Barros et al., 2022). Uma possível explicação para que tal aconteça é o facto de a adolescência corresponder a uma idade em que os jovens começam a adquirir as capacidades de pensamento operacional formal, como a capacidade de retrospeção e autoavaliação, o que pode levar a um aumento da ansiedade (Dempsey & Comeau, 2019). Adicionalmente, Barros e colaboradores (2022) defendem que os momentos de avaliação que estão presentes nos planos de estudos, assim como as expetativas pessoais e expetativas sobre o percurso profissional, contribuem para um aumento da ansiedade neste grupo etário.

Os resultados em relação à prevalência nos estudos consultados exige, contudo, alguma cautela. Foi possível verificar na revisão sistemática de Barros e colaboradores (2022) que pode variar entre valores de 83.1% e 16%, o que é uma discrepância significativa. De acordo com Trigo (2015), os adolescentes apresentam maiores níveis de APM em idades mais jovens (12-14 anos) do que no final da adolescência.

Também é importante mencionar que a literatura indica que as raparigas são mais propícias a experienciar níveis mais elevados de APM musical do que os rapazes (Dobos et al.,

2019; Iusca & Dafinoiu, 2012; Orejudo et al., 2017; Sulun et al., 2017; Yondem, 2017) cit. in Barros et al., 2022).

Outro resultado mencionado na literatura prende-se com a tendência de estudantes adolescentes de música clássica apresentarem níveis mais elevados de APM, o que pode estar relacionado com a disciplina/rigidez presente na aprendizagem deste género (Nusseck et al., 2015). Adicionalmente, isto pode ser um fator que explica o facto de haver mais alunos em idades mais jovens, pois ao longo do percurso académico desistem, devido a não conseguirem lidar com a exigência e rigidez presente em cursos de música clássica (Barros et al., 2022; Nusseck et al., 2015).

### 1.4. Intervenções e estratégias no tratamento de APM

Compreendendo o modo como APM se tende a manifestar e o impacto que pode ter no bem-estar de indivíduos, assim como na permanência/desistência do ensino musical, importa referir agora intervenções e estratégias que têm merecido a atenção de diversos autores de modo a perceber quais são as mais eficazes.

No respeitante às intervenções, regista-se um elevado número de intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental (Burin & Osório, 2017). Nestas, há um foco em alterar cognições disfuncionais e comportamentos associados, ensinar técnicas de *coping* e aumentar capacidades sociais e de assertividade (Burin & Osório, 2017). Dito isto, a maioria dos estudos revistos pelos autores não avaliaram APM pré-intervenção, assim como apresentam outras limitações metodológicas, o que dificultou as conclusões sobre a eficácia das intervenções (Burin & Osório, 2017).

Na meta-análise de Faur e colaboradores (2022), que tinha como objetivo investigar a eficácia de intervenções cognitivas, comportamentais e cognitivo-comportamentais na APM, foi possível verificar que, em geral, estas abordagens são eficazes. Os autores concluíram, adicionalmente, que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a eficácia destas diferentes intervenções. Por outro lado, a revisão de Kenny (2005) aponta para que terapia cognitivo-comportamental seja a intervenção mais eficaz, quando comparadas com outras, como cognitivo, comportamental, farmacológica, meditação, *biofeedback* e terapia musical, embora a autora indique que muitos dos estudos revistos apresentam falhas metodológicas que pode dificultar conclusões sobre a efetiva eficácia destas intervenções.

Direcionando o foco especificamente para intervenções cognitivo-comportamentais, há certas componentes, assim como objetivos, que são transversais a vários programas de intervenção. Assim, serão apresentadas diversas intervenções, dando relevância às estratégias utilizadas e objetivos, começando com intervenção para ansiedade e, posteriormente,

intervenções específicas na APM (visto apresentarem semelhanças), assim como revisões de literatura que descrevem ou avaliam várias estratégias e o modo como podem ser úteis em intervenções em APM.

Stjerneklar e colaboradores (2018) no seu estudo mencionam o programa *The Chilled Out*. Este é um programa administrado online, para o tratamento de perturbações de ansiedade, composto por oito sessões de 30 minutos (Stjerneklar et al., 2018). É realizada psicoeducação sobre a ansiedade numa fase inicial, que é feita através da explicação de como as cognições afetam as emoções (Stjerneklar et al., 2018). Adicionalmente, de modo a promover a identificação emocional, os autores recorrem a uma atividade em que os participantes devem medir ou monitorizar os seus sentimentos numa escala de preocupações.

Após isto, procede-se à reconstrução cognitiva, promovendo a identificação e desafio de cognições disfuncionais (Stjerneklar et al., 2018). De modo a atingir este objetivo, os autores tentam promover pensamentos realistas alternativos a cognições desadaptativas indicadas. Além disto, desenvolveram uma tarefa para casa, entre sessões, em que os participantes devem fazer uma lista que questões e pensamentos úteis que promovam pensamentos mais realistas.

Há também ênfase na exposição gradual, facilitada pela criação de uma hierarquia de medos e preocupações e com o ensino de estratégias de *coping* (Stjerneklar et al., 2018). Para além disto, na fase final do programa, há o ensino de outras estratégias de *coping,* através de atividades de relaxamento, assim como promover capacidades de resoluções de problemas e comunicação assertiva. Registou-se, com a aplicação deste programa, uma diminuição de sintomatologia significativa após-intervenção (d=1.36), com ligeiro aumento em *follow-up* três meses após intervenção, mas mantendo-se em níveis inferiores a pré-intervenção (Stjerneklar et al., 2018).

Do mesmo modo, Pahl & Barret (2010) descrevem uma intervenção cognitivo-comportamental para o tratamento de perturbações de ansiedade em crianças que apresentam estas fases. No programa *Fun FRIENDS* (Pahl & Barrett, 2010), são realizadas nove sessões, começando com promoção de identificação e regulação emocional, promovendo empatia e consciência do modo como reagem perante certas situações. Após isto, inicia-se a promoção de identificação de sensações fisiológicas despoletadas pela ansiedade, assim como ensino de técnicas de relaxamento como respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e visualização, explicando que o seu treino ajuda a reduzir a ansiedade. De seguida inicia-se a reconstrução cognitiva, começando pela identificação de situações geradoras (ou não) de ansiedade e identificação de pensamentos associados, recorrendo a uma metáfora dos pensamentos como um semáforo, em que os pensamentos positivos correspondem à luz verde e, por isto, devemos seguir em frente ou continuar a tê-los e os pensamentos negativos são a luz

vermelha, e devemos parar quando surgem e encontrar alternativas. Sendo assim, após esta identificação, promove-se o desafio de cognições desadaptativas. Após atingir os objetivos de identificação e regulação emocional e desafio de cognições desadaptativas, há a criação de uma hierarquia para exposição gradual, assim como um plano ou estratégias a implementar para enfrentar as mesmas e a intervenção conclui ao realçar-se a importância da escola e família no enfrentamento da ansiedade e sintetiza-se as competências e conhecimentos adquiridos. Os autores registaram uma diminuição significativa da ansiedade na amostra pós-intervenção (Pahl & Barrett, 2010).

No estudo de Urao e colaboradores (2022) é apresentada uma intervenção de 10 sessões de 45 minutos que consiste numa adaptação do programa anterior para ser aplicado em escolas no Japão. Inclui, igualmente, psicoeducação, explicando a função da ansiedade como emoção, assim como a ligação entre cognições, emoções e comportamentos, exposição gradual, reconstrução cognitiva, ensino de técnicas de relaxamento e promoção de assertividade em situações de ansiedade social.

No programa *Coping Cat* (Kendall, 1994), a intervenção é composta por 16 sessões. Nas primeiras duas sessões, o principal objetivo é promover identificação e diferenciação emocional. Após isto, desenvolve-se uma hierarquia de situações ansiosas e de seguida são ensinadas e treinadas estratégias de *coping* para lidar com as mesmas (relaxamento muscular progressivo). Seguidamente, promove-se a identificação de pensamentos automáticos negativos, passando posteriormente ao desafio das mesmas. Promove-se a automonitorização da ansiedade e autorreforço, através de uma ficha de automonitorização. A intervenção termina com a exposição gradual, que se inicia com exposição imaginário, progredindo para exposição real.

Como se pode observar, os objetivos e estratégias centrais a estas intervenções são semelhantes. Sendo assim, é pertinente descrever como estes mesmos objetivos e estratégias podem estar presentes em programas de intervenção na APM e que alterações são importantes para ter em conta as especificidades de APM. Procede-se então à apresentação de programas de intervenção em APM assim como revisões de literatura que descrevem estratégias adequadas em intervenções em APM, permitindo perceber como adaptar algumas das estratégias que foram mencionadas nos estudos anteriores ao tratamento específico de APM.

Kenny e Halls (2017) apresentam uma abordagem para intervenção em APM cognitivo-comportamental para adultos, baseada no programa *Chilled,* mas adaptada para ser aplicada a participantes com APM, sendo que ambas se mostraram eficazes. Na cognitivo-comportamental, realiza-se psicoeducação sobre a ansiedade, explicando a resposta luta-ou-fuga e a sua função adaptativa face a situações de perigo, assim como a natureza de APM

(Kenny & Halls, 2017). Posteriormente, promove-se identificação e diferenciação emocional, assim como de cognições desadaptativas, iniciando-se a reconstrução cognitiva. De seguida, são ensinadas técnicas de respiração e relaxamento muscular, para serem utilizadas numa atividade em que se solicita os participantes a simularem sintomatologia ansiosa, ao mexerem-se, respirarem efusivamente ou respirarem por uma palhinha, passando a seguir a tocar um excerto de uma música para experienciarem os sintomas de ansiedade, assim como o efeito que as técnicas podem ter (Kenny & Halls, 2017). A intervenção continua com a criação de uma hierarquia de situações ansiosas e exposição gradual às mesmas. Neste programa, a exposição gradual começa com uma atuação perante pessoas próximas do participante, com os quais se sente confortável, progredindo para atuações para a família, atuações para o professor e atuações para o professor e com outros alunos. Os autores registaram uma diminuição significativa de APM, assim como um aumento dos níveis de desempenho após-intervenção (Kenny & Halls, 2017).

Osborne e colaboradores (2007) apresentam uma intervenção em APM para adolescentes dos 12 aos 16 anos denominada *Music Performance Enhancement Program,* que inclui sete sessões. Nesta, são ensinadas e praticadas técnicas de relaxamento, promove-se a identificação de pensamentos automáticos negativos e pensamentos realistas alternativos e aborda-se as rotinas dos participantes pré e durante a performance. Os autores concluíram que a intervenção foi eficaz, registando uma diminuição dos níveis de APM. Os autores também avaliaram a adesão dos participantes à intervenção, o que permitiu concluir que participantes mais envolvidos no processo e nas sessões registam maior efeito positivo da intervenção, através de uma maior redução de sintomatologia. Adicionalmente, participantes com níveis superiores de ansiedade pré-intervenção tendiam a ser mais envolvidos e demonstrar maior adesão terapêutica (Osborne et al., 2007).

Segundo a revisão de literatura de Matei e Ginsborg (2017), as estratégias de *coping* mais utilizadas por músicos são aumentar o tempo a praticar, respirar profundamente, diálogo interno positivo, simular a performance, familiarizar-se com o local da audição, técnicas de relaxamento, conversar com outros e utilizar medicação, especialmente bloqueadores beta-adrenérgicos. No entanto, a utilização de estratégias de *coping* desadaptativas está associada a níveis mais elevados de ansiedade (Matei & Ginsborg, 2017). Sendo assim, é importante na intervenção ensinar técnicas de *coping* adaptativas.

Zhukov (2019) e Burin e Osório (2016) apresentam nos seus estudos diversas estratégias em intervenções na APM, que permitem atingir os objetivos anteriores. No que toca a estratégias de *coping* para redução de sintomatologia fisiológica, Zhukov (2019) indica que, porque muitos dos sintomas fisiológicos experienciados na APM são devido a hiperventilação

e por isto o uso de técnicas de respiração, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, *yoga* e meditação demonstram serem eficazes em reduzir a sintomatologia fisiológica durante atuações, ou que o seu uso frequente pode ajudar a diminuir ansiedade perante atuações. Do mesmo modo, Burin & Osório (2016) defendem que técnicas de relaxamento e meditação se demonstram eficazes na redução de sintomatologia em APM. Além disto, Zhukov (2019) indica que pode ser importante a promoção de uma dieta saudável e de sono adequado. A promoção de exercício físico regular também pode ser importante numa intervenção, já que alunos adolescentes de música fisicamente ativos tendem a apresentar níveis mais reduzidos de APM do que alunos sedentários (Zhukov, 2019). Pode também ser útil não consumir estimulantes (cafeína, álcool, açucar…) antes de performances, já que têm a possibilidade de diminuir o controlo motor fino (Zhukov, 2019). Outra técnica que pode ser eficaz na redução de sintomatologia fisiológica em autações é a técnica de *Alexander*, que consiste não só em diminuir a frequência de movimentos e posturas que são maus hábitos, resultando em menor desempenho, assim como promover uma postura que diminui a tensão muscular (Burin & Osório, 2017; Zhukov, 2019).

Por último, Zhukov (2019) refere que uma boa preparação do repertório pode ajudar a diminuir ansiedade perante atuações. Parece haver uma lacuna em músicos, no que toca ao estabelecimento de objetivos (Zhukov, 2019), o que pode comprometer a preparação. O recurso a um diário de prática, pode ser útil para monitorizar o treino e estabelecer objetivos no estudo (Zhukov, 2019). Burin e Osório (2016) fazem referência a estratégias enquadradas na terapia musical que também pode ser eficazes, em que se realizam exercícios de improvisação, assim como se apresentam estímulos musicais que podem causar mudanças emocionais.

Para a sintomatologia cognitiva, Zhukov (2019) indica que, para a modificação de padrões de pensamento negativos, pode-se realizar reconstrução cognitiva de modo ao cliente consciencializar-se que sentir alguma ansiedade durante atuações é normativo, aceitar que poderá fazer erros, apreciar o ato de fazer uma performance em vez de se preocupar excessivamente com avaliações de terceiros e substituir pensamentos excessivamente críticos com pensamentos mais realistas e orientados para a tarefa. Segundo o autor, muitos destes pensamentos desadaptativos ocorrem antes da atuação, manifestando-se através de algo denominado auto-sabotagem, em que o músico encontra justificações para a sua futura má performance, que acontece devido a uma excessiva preocupação com avaliações de júris ou da audiência que pode ser excessiva e não concordante com a realidade, sendo necessário promover a identificação dos pensamentos automáticos negativos neste momento e identificação de pensamentos alternativos realistas.

Zhukov (2019) indica ainda que exposição gradual, podendo até começar com exposição imaginária ou realidade virtual, podem reduzir significativamente os níveis de APM, assim como melhorar o desempenho. Kenny (2004) refere também que, antes da exposição real, poder-se-á realizar dessensitização imaginária, ao solicitar que o cliente imagine as situações provocadoras de ansiedade, numa hierarquia, progredindo à medida que conseguir imaginar cada situação, gerindo a sintomatologia ansiosa. As situações seriam relacionadas com a performance, como apresentar um certo repertório durante um certo tempo ou imaginar-se a apresentar este repertório perante uma audiência. Por último, o uso de realidade virtual pode ser benéfico, por proporcionar um ambiente seguro para a exposição, sendo útil nos processos de habituação e dessensibilização (Burin & Osório, 2017).

Sendo assim, apesar de haver diferenças entre diferentes intervenções de terapia cognitivo-comportamental para o tratamento de perturbações da ansiedade, incluindo APM, há certos aspetos que são fundamentais estarem presentes. Velting e colaboradores (2004) indicam que uma intervenção cognitivo-comportamental é composta por psicoeducação, gestão de sintomas através do ensino de estratégias de *coping*, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, exposição gradual e prevenção de recaídas, podendo encontrar em cada uma das intervenções descritas a maioria destas componentes.

Tendo apresentado estas diferentes intervenções, é relevante mencionar que muitos estudos na área de intervenção em APM apresentam limitações metodológicas, como não avaliar os níveis de APM previamente à intervenção, não haver protocolos de administração de sessões ou das técnicas e o uso de instrumentos não validados para avaliar a eficácia na redução de sintomatologia (Burin & Osório, 2017; Kenny, 2005; Zhukov, 2019).

Sendo assim, demonstra-se útil a criação de um manual terapêutico de modo a garantir a estandardização da administração das sessões e a sua replicabilidade. Adicionalmente, a pertinência deste estudo também está relacionada com a escassez de programas de intervenção em APM em geral, mas também em adolescentes, em Portugal.

Este estudo enquadra-se no projeto MUS-A**,** que pretende desenvolver e testar a eficácia de programas de intervenção em APM em adolescentes. Encontra-se numa fase de *proof-of-concept*, em que se pretende averiguar a relevância e também adequabilidade de diferentes procedimentos e estratégias desenvolvidas na intervenção em APM. Esta fase encontra-se organizada em dois estudos com objetivos distintos, incluindo este, e um outro estudo, desenvolvido por outra investigadora júnior, que pretende averiguar a perceção dos participantes em relação à intervenção desenvolvida.

## 2. Método

### 2.1 Objetivos

Os objetivos do presente estudo são: 1) contribuir para a elaboração de um programa de intervenção na APM em adolescentes; 2) avaliar a adequabilidade de estratégias e atividades da TCC para um programa de intervenção na APM; 3) estudar a evolução intraindividual dos participantes

Este é um estudo de *proof-of-concept*. Abbott (2014) indica que não há um consenso em relação às diferenças entre um estudo de *proof-of-concept* ou estudo piloto, apesar das diferenças entre estes e um estudo clínico randomizado controlado serem claras. No entanto, há uma característica nos estudos piloto que pode ajudar a explicar a diferença e explicar a definição do presente estudo como *proof-of-concept*. Quando não existe indicação da eficácia de um certo tratamento ou intervenção, é necessário, de algum modo, averiguar a sua viabilidade (Abbott, 2014). Dito isto, num estudo piloto, a intervenção tende a ser implementada num modo exatamente igual ao que os investigadores consideram que corresponde à versão final da mesma, e que será implementada de modo igual num estudo randomizado controlado, mas o presente manual não se encontra finalizado. Sendo assim, encontra-se numa fase anterior a estudo piloto, em que o objetivo corresponde a averiguar a adequabilidade das estratégias e atividades propostas, podendo sofrer alterações e contribuir para, posteriormente, se poder realizar um estudo piloto.

### 2.2. Participantes

Participaram neste estudo cinco alunos, com 13 e 14 anos de idade, de uma escola privada de música do norte de Portugal. A caracterização dos participantes encontra-se na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Caracterização dos participantes*

| | Participante 1 | Participante 2 | Participante 3 | Participante 4 | Participante 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Idade | 13 | 13 | 13 | 13 | 14 |
| Sexo | Feminino | Feminino | Feminino | Masculino | Masculino |
| Instrumento | Oboé | Canto | Piano | Trompete | Violoncelo |
| 1ª opção? | Não | Sim | Não | Sim | Sim |
| Prática musical (anos) | 4 | 4 | 4 | 8 | 8 |
| Estudo do instrumento (horas/semana) | 2/3 | 2 | 2 | 1h40m | 1 |
| Nº de atuações perante um público/júri neste ano letivo | 4 | 2 | 3 | 4 | 4/5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº de atuações individuais | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| Nº de atuações em grupo | 2 | 1 | 1 | 1 | 4/5 |
| Nº de atuações de cariz avaliativo | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Nota no 2º período (instrumento) | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| Habilitações literárias do pai | Não sabe | Não sabe | Licenciatura | Licenciatura | Licenciatura |
| Habilitações literárias da mãe | Licenciatura | Licenciatura | Licenciatura | Licenciatura | Licenciatura |
| Acompanhamento psicológico para a ansiedade prévio? | Sim | Não | Não | Não | Sim |
| Medicação para ansiedade? | Sim | Não | Não | Não | Não |

### 2.3. Instrumentos

#### 2.3.1. Ficha sociodemográfica

Foi administrada uma ficha sociodemográfica de modo a recolher dados relevantes sobre os participantes, como o género, idade, ano de escolaridade, habilitações literárias dos pais, número de anos que estudam música, instrumento que tocam e se esta foi a sua primeira opção, classificação obtida no instrumento no último período escolar, horas de estudo semanais, existência de instrumento em casa, frequência de atuações em público e se as mesmas foram individuais, em grupo e com avaliador.

#### 2.3.2. *State-trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC C-2)

O STAIC C-2 foi desenvolvido por Spielberger e colaboradores (1972). O STAIC C-2 encontra-se validado para a população portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999), apresentando valores elevados de consistência interna ($\alpha = .81$). Este instrumento avalia a ansiedade-traço através da apresentação de 20 itens nos quais os participantes têm de indicar o grau em que sentem aspetos mencionados nestes itens (e.g. item 11, "*Preocupo-me com a escola*"), numa escala de três níveis ("Nunca", "Às Vezes", "Muitas Vezes").

#### 2.3.3. *Music Performance Anxiety Inventory for Adolescents* (MPAIA-A)

O MPAIA-A foi desenvolvido originalmente por Osborne e Kenny (2006). O MPAI-A encontra-se adaptado para a população portuguesa (Dias et al., 2022). Trata-se de uma escala de autorrelato que pretende avaliar a APM, composta por 15 itens que são respondidos pelo participante numa escala Likert de 0 ("nunca") a 6 ("sempre"). Os itens são agrupados em dois fatores: 1) Características cognitivo/somáticas (e.g. item 2 "*Frequentemente, preocupo-me com*

*a minha capacidade para tocar instrumentos*"; 2) Evolução da performance (e.g. item 3 "*Prefiro tocar para mim do que para o público*"). A versão portuguesa apresenta elevada consistência interna para o total dos itens (α = .88) e para cada um dos fatores (Fator 1 α=.84; Fator 2 α= .76).

#### 2.3.4. Diário de bordo

Após cada sessão, os investigadores realizaram uma síntese e reflexão da mesma em que se descreveu o funcionamento das sessões, apontando aspetos como o envolvimento nas atividades, reações a dinâmicas e exposição de informação, comentários ou partilhas dos participantes, dificuldades percecionadas dos participantes e registo de realização de desafios.

### 2.4. Procedimentos de recolha de dados

Tendo em conta que este estudo envolve participantes menores de idade numa instituição escolar, contactou-se, em primeiro lugar, a diretora da escola de música, de modo a solicitar a participação no estudo, explicando-se os objetivos do mesmo.

Foi obtido o consentimento informado por parte dos encarregados de educação, recorrendo a um documento onde se descrevia o estudo e o seu objetivo. Foi também explicado o mesmo aos alunos que participaram no estudo, garantindo a sua participação voluntária e possibilidade de desistência a qualquer momento assim como o anonimato na recolha de dados.

Foram realizadas quatro sessões semanais de uma hora, durante o mês de maio de 2023, que foram dinamizadas por dois investigadores juniores. Foram realizadas num momento em que os alunos não tinham aula e não contaram com a presença de professores da escola de música. Na primeira sessão (após obtenção de consentimento informado), no momento pré-intervenção, administraram-se os instrumentos referidos anteriormente. Na última sessão, pós-intervenção, aplicaram-se novamente o STAIC C-2 e o MPAI-A. Em ambos os momentos houve contrabalanceamento dos instrumentos. Foi realizado em conjunto pelos dinamizadores um diário de bordo descrevendo o funcionamento das sessões, após cada uma. As sessões foram realizadas numa das salas da escola, que possuíam cadeiras e mesas para os alunos e projetor, que foi utilizado para apresentar suporte visual às sessões.

### 2.5. Procedimentos de análise de dados

A análise de dados foi realizada no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 28 (IBM, 2021). Foram utilizados testes de estatística descritiva para descrição dos participantes e análise de resultados dos instrumentos.

## 3. Apresentação e discussão dos resultados

### 3.1. Contribuição para o desenvolvimento de um Programa de intervenção na APM em adolescentes

Após pesquisa inicial, percebendo a relevância do desenvolvimento de um programa nesta faixa etária, procedeu-se ao desenvolvimento de um programa de intervenção em grupo, composto por 12 sessões (Tabela 2), com o intuito de intervir na APM em adolescentes.

Ao longo de todo o processo foram realizadas frequentes reuniões de equipa, de modo a monitorizar o progresso, definir normas e processos, relativamente ao processo de recolha de dados, à reflexão sobre o funcionamento das sessões, esclarecer questões éticas associadas, bem como ao planeamento das sessões. O presente estudo corresponde a uma fase inicial do programa, que pretende perceber a relevância de um conjunto de estratégias e atividades, no âmbito da intervenção em APM, sustentada no modelo cognitivo-comportamental nesta faixa etária, assim como perceber que processos, como os mencionados anteriormente, são adequados e poderão contribuir para um estudo da viabilidade de implementação do programa.

O programa foi sustentado na Terapia Cognitivo-Comportamental, por esta ser o tipo de intervenção que apresenta melhores resultados na intervenção em APM (Matei & Ginsborg, 2017; Osborne et al., 2007; Kenny, 2005), conforme referido anteriormente. O foco principal nesta metodologia é a alteração de padrões de pensamento disfuncionais e comportamentos associados (Burin & Osório, 2017).

Um dos aspetos que foi tido em conta prendeu-se com o facto de ser importante nesta metodologia realizar psicoeducação, explicando o funcionamento da ansiedade e, em particular, da APM (Matei & Ginsborg, 2017; Stjerneklar et al., 2018; Osborne et al., 2007). Para se concretizar este propósito, na presente proposta, é abordada não só a tríade de funcionamento cognição-emoção-comportamento, como também a ansiedade como emoção e de que modo pode permitir uma melhor adaptação a situações de perigo real, explicando a reação luta-ou-fuga e como esta nos capacita de lidar com situações ameaçadoras, mas por vezes pode ser desadequada à situação, que são conhecimentos que também são fornecidos noutras intervenções e se demonstram úteis (Abramowitz et al., 2019; Kenny & Halls, 2017).

Um modo no qual se promove esta literacia é através de partilha de informação com suporte visual, mas também se desenvolveram dinâmicas como "O que o João está a pensar?" que permitem explorar e explicar o modo como a ansiedade se pode manifestar e que impacto pode ter. Nesta dinâmica, explica-se em sequência como as cognições desadaptativas podem afetar as emoções e, consequentemente, comportamentos e reações corporais, contribuindo para um maior conhecimento sobre o funcionamento da ansiedade.

Outra componente fulcral na intervenção cognitivo-comportamental incluída no programa é a reestruturação cognitiva, que corresponde à identificação de cognições e crenças desadaptativas e à alteração das mesmas, ao desafiar e identificar cognições alternativas mais realistas (Osborne et al., 2007; Stefan et al., 2019). Segundo Clark (1995), este processo é extremamente importante no tratamento de perturbações psicológicas, pois este autor defende que todas as terapias atuam de modo a alterar cognições desadaptativas, quer seja de forma direta ou indireta. Alguns estudos apontam APM como sendo uma fobia social, visto que há uma elevada prevalência de cognições relacionadas com medo de serem avaliados ou julgados de forma negativa e de desaprovação social (Osborne & Franklin, 2002). Nesta linha, Osborne e Franklin (2002) indicam que, em APM, há uma discrepância entre a imagem ou aparência que o indivíduo acredita que está a transmitir e que está a ser percecionada pela audiência através da sua postura, comportamento e atuação, ao que é, efetivamente, percecionado pela audiência. Esta discrepância, por sua vez, leva a uma perceção de possibilidade de avaliação negativa desproporcional, não corresponde à realidade (Osborne & Franklin, 2002). Osborne & Franklin (2007) acrescentam que também existe uma discrepância entre o nível percecionado de exigência de performance e a exigência efetiva, o que leva a que os indivíduos acreditem que não irão ter bom desempenho.

No presente programa, através de dinâmicas como "O que o João está a pensar?", explica-se como a mesma situação, intencionalmente ambígua, pode ter diferentes interpretações, e desafiam-se cognições desadaptativas presentes em algumas destas interpretações da situação que pode ser vista como ameaçadora. É importante que as situações apresentadas sejam ambíguas, permitindo desafiar a perceção sobre a aparência ou postura do indivíduo na situação indicada pelos participantes, assim como a perceção de avaliação negativa por parte dos outros. Além disto, a dinâmica permite que se realize o exercício oposto, ou seja, identificar interpretações das situações alternativas, não ameaçadoras, bem como cognições adaptativas associadas à mesma. Este treino de desafiar cognições desadaptativas de modo a alterar o padrão de pensamento é consolidado com desafios para casa, em que os participantes identificam cognições alternativas, racionais, a situações de ansiedade que experienciaram.

Outras atividades permitem consolidar este conhecimento e treinar o desafio de cognições desadaptativas, tanto em situações de ansiedade geral como de específicas à performance musical, como o que acontece na sessão três em que se promove a identificação de situações ansiosas relacionadas com a performance e identificação de cognições desadaptativas associadas e promove-se o desafio das mesmas num desafio para casa que depois seria explorado na sessão a seguir. Nas sessões anteriores a cada momento de exposição gradual também são identificadas e desafiadas cognições desadaptativas.

O ensino de estratégias de *coping*, em específico para lidar com ativação e sintomas fisiológicos, são outro elemento comum em intervenções cognitivo-comportamentais, aumentando os recursos do indivíduo para lidar com a sintomatologia experienciada (Kenny & Halls, 2017; Osborne et al., 2007). Kenny e Halls (2017) sugerem a experienciação de sintomas *in vivo*, seguida de técnica de relaxamento guiada, de modo aos participantes poderem experienciar o efeito da mesma na sua sintomatologia. No presente programa, pretendeu-se realizar algo semelhante, definindo uma dinâmica que requeria que os participantes realizassem certas ações como respirar por canudos e saltar, com o intuito de aumentar o ritmo cardíaco de modo a simular sintomatologia. O programa prevê a utilização de diferentes técnicas de relaxamento, mais longas e curtas, de modo que os participantes possam adequá-las ao contexto onde estão inseridos quando surge sintomatologia ansiosa e ao tempo disponível. A título de exemplo, numa das atividades realiza-se relaxamento muscular progressivo guiado, através do guião desenvolvido por Koeppen (1974), sugerindo-se que os participantes treinem o seu uso diariamente. Outra estratégia, como a respiração diafragmática, por ser mais breve e de aplicação mais fácil, não envolvendo ações que possam direcionar a atenção de terceiros para si, recomenda-se que seja utilizada em momentos de maior ansiedade, como antes de atuações.

Outro aspeto fundamental na intervenção em perturbações de ansiedade, incluindo APM, é a exposição gradual, que consiste na exposição do individuo a situações geradoras de ansiedade progressivamente mais intensas (Abramowitz et al., 2019; Kendall, 1994; Osborne et al., 2007; Pahl & Barret, 2010; Urao et al., 2022; Zhukov, 2019). O programa inclui a proposta de sessões de exposição gradual a situações de performance geradoras de ansiedade. Não foi realizada nenhuma destas durante as quatro sessões implementadas, pois é difícil assegurar os momentos que ficaram definidos no programa, visto ser necessário participação e envolvimento de terceiros, como professores.

Compreendendo a possibilidade de existirem dificuldades na identificação de objetivos e, por vezes, uma deficiente preparação do repertório para atuações, identificados anteriormente, o programa também inclui sessões de promoção de auto-regulação da aprendizagem que, segundo Zimmerman (2002), é um processo no qual o aluno transforma as suas capacidades mentais em capacidades académicas e envolve pensamentos, sentimentos e comportamentos orientados para o cumprimento de um certo objetivo. Zimmerman (2002) indica que as principais capacidades envolvidas neste processo são a definição de objetivos, recorrer a estratégias que possibilitam alcançar os objetivos, automonitorização, reestruturação do espaço social e pessoal de modo a facilitar a obtenção dos objetivos, gestão de tempo eficiente, autoavaliação de metodologias, atribuição de causas aos resultados e adaptação metodologias futuras. No presente programa, é proposto que sejam abordadas as três fases da

auto-regulação da aprendizagem (planeamento, execução e avaliação), promovendo as competências anteriores, adaptando-as às especificidades da aprendizagem musical.

Finalmente, também é promovida a automonitorização da ansiedade, incluindo a sua intensidade, pensamentos, emoções e comportamentos experienciados em certas situações ao longo das sessões. Associada a esta automonitorização, às vezes são incluídos desafios que pretendem pôr em prática aspetos relacionados com a sessão em questão. Por exemplo, nas sessões realizadas, num dos desafios de automonitorização de uma situação ansiosa, também se pediu que os participantes tentassem desafiar os pensamentos que surgiram, encontrando alternativas adaptativas, que tinha sido trabalhado na sessão.

**Tabela 2**

*Objetivos e atividades das 12 sessões que constituem a versão preliminar do Programa TCC para APM*

| Sessão | Objetivos | Atividades |
|---|---|---|
| **Sessão 1** | - Apresentar a intervenção, os dinamizadores e as normas de funcionamento do grupo;<br>- Permitir que os participantes se apresentem e se conheçam;<br>- Identificar as expectativas dos participantes em relação à intervenção;<br>- Aumentar a motivação para a intervenção. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Apresentação da intervenção e normas de funcionamento;<br>- Dinâmica: "Quem sou eu?";<br>- Dinâmica: Discussão das desvantagens e consequências da ansiedade;<br>- Dinâmica: "Caixa mistério";<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 2** | - Aumentar a literacia acerca do funcionamento da APM;<br>- Promover a automonitorização da sintomatologia ansiosa, relacionada com a performance musical. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Dinâmica: "Formação de conceitos";<br>- Dinâmica: "Metáfora do termómetro";<br>- Dinâmica: "O que o João está a pensar?";<br>- Exercício: Ficha de automonitorização;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 3** | - Identificar e desafiar cognições desadaptativas relacionadas com a performance musical;<br>- Consolidar a literacia sobre o funcionamento da APM. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Dinâmica: "Balão";<br>- Dinâmica: Identificação dos pensamentos automáticos negativos;<br>- Vídeo "Tu não és os teus pensamentos";<br>- Trabalho de casa: "Desafia a Ansiedade";<br>- Panfleto: "Mente Aberta";<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 4** | - Identificar a sintomatologia associada à ansiedade (reações corporais);<br>- Sensibilizar para a importância da exposição na ansiedade;<br>- Informar e exemplificar acerca da exposição interocetiva;<br>- Compreender que a ansiedade e a tensão do corpo e da mente podem ser reduzidas pelo relaxamento; | - Acolhimento dos participantes;<br>- Discussão do trabalho de casa;<br>- Exercício: "A ansiedade e o meu corpo";<br>- Dinâmica: "Exposição Interocetiva";<br>- Aplicação da técnica de relaxamento de Keoppen;<br>- Síntese da sessão. |

| | | |
|---|---|---|
| | - Promover e praticar técnicas de relaxamento muscular. | |
| **Sessão 5** | - Promover a autorregulação da aprendizagem. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Observação de performance;<br>- Clarificação da música;<br>- Discussão em grupo;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 6** | - Hierarquizar situações geradoras de ansiedade na performance musical;<br>- Explicar a importância da exposição gradual;<br>- Promover a autorregulação da aprendizagem. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Exercício: "Escada";<br>- Dinâmica: Planeamento do estudo/treino musical;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 7** | - Promover a autorregulação da aprendizagem. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Dinâmica: Execução do estudo/treino musical;<br>- Dinâmica: Avaliação do estudo/treino musical;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 8** | - Sensibilizar para a importância da exposição na ansiedade;<br>- Promover a exposição gradual;<br>- Adquirir e praticar uma técnica de respiração;<br>- Explorar os pensamentos, emoções e comportamentos associados à exposição. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Exercício: "Monitorização pré-atuação";<br>- 1ª fase da exposição gradual;<br>- Exercício: "Monitorização das atuações";<br>- Respiração diafragmática;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 9** | - Sensibilizar para a importância da exposição na ansiedade;<br>- Promover a exposição gradual;<br>- Adquirir e praticar uma técnica de respiração;<br>- Explorar os pensamentos, emoções e comportamentos associados à exposição. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Exercício: "Monitorização pré-atuação";<br>- 2ª fase da exposição gradual;<br>- Exercício: "Monitorização das atuações";<br>- Técnica dos "5 sentidos";<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 10** | - Sensibilizar para a importância da exposição na ansiedade;<br>- Promover a exposição gradual;<br>- Adquirir e praticar uma técnica de relaxamento;<br>- Explorar os pensamentos, emoções e comportamentos associados à exposição. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Exercício: "Monitorização pré-atuação";<br>- 3ª fase da exposição gradual;<br>- Exercício: "Monitorização das atuações";<br>- Técnica de relaxamento;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 11** | - Sensibilizar para a importância da exposição na ansiedade;<br>- Promover a exposição gradual;<br>- Adquirir e praticar uma técnica de relaxamento;<br>- Explorar os pensamentos, emoções e comportamentos associados à exposição. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Exercício: Monitorização pré-atuação;<br>- 4ª fase da exposição gradual;<br>- Técnica de relaxamento;<br>- Exercício: "Monitorização das atuações;<br>- Síntese da sessão. |
| **Sessão 12** | - Refletir sobre o processo terapêutico;<br>- Avaliar o processo terapêutico;<br>- Prevenir a recaída. | - Acolhimento dos participantes;<br>- Exercício: Reflexão sobre o processo terapêutico; |

| | |
|---|---|
| | - Recuperação dos principais aspetos abordados ao longo do programa;<br>- Avaliação do processo terapêutico;<br>- Entrega das fichas relativas à prevenção da recaída. |

### 3.2. Adequabilidade das estratégias e atividades da TCC para um programa de intervenção na APM

Para o estudo de *proof-of-concept*, foi selecionado um conjunto de estratégias e atividades do manual, que foram implementadas ao longo de quatro sessões, uma vez que não seria possível desenvolver mais do que esse número de sessões com os participantes, por razões de tempo. As atividades foram selecionadas com vista a avaliar a viabilidade das principais estratégias propostas na versão preliminar do programa, com exceção da exposição gradual e da autorregulação da aprendizagem, que necessitariam de mais sessões e mais tempo para serem aplicadas. Optou-se, sendo assim, por um maior foco na psicoeducação, reestruturação cognitiva e promoção de estratégias de *coping* adequadas.

A sistematização das sessões encontra-se na tabela 3. As quatro sessões realizadas não foram exclusivamente de intervenção, pois na primeira e quarta a maioria do tempo disponível destinou-se a atividades de avaliação.

Existem diferenças nas atividades e objetivos definidos para as quatro sessões realizadas, quando comparando com a proposta do manual. Estas mudanças ocorreram por necessidade de adaptar a intervenção ao número reduzido de sessões, utilizando estratégias relevantes que só iriam ser abordadas em sessões mais avançadas no manual, mas também por se considerar pertinente ajustar algumas atividades ao grupo.

No início de cada sessão foram apresentadas regras para o funcionamento das sessões, relembrando aspetos como a confidencialidade e a importância de envolvimento nas atividades, assim como se sintetizava a sessão anterior. No final de cada sessão, também foram sintetizados, com suporte visual, os aspetos mais relevantes da mesma.

As sínteses das sessões no início e final das sessões também pareceram adequadas. É comum em intervenções dedicar tempo- ou até sessões inteiras- à síntese e/ou revisão dos conhecimentos e estratégias adquiridas (Kendall, 1994; Osborne et al., 2007). Registou-se que as sínteses finais eram úteis para os dinamizadores perceberem se os objetivos das sessões foram concretizados, ao dar oportunidade de os participantes explicarem o que foi abordado na mesma, o que também, por sua vez, contribuiu para a consolidação do conhecimento por parte dos mesmos. Adicionalmente, as sínteses iniciais permitem proceder para as atividades, relembrando estes conhecimentos, que podem ser úteis para as atividades seguintes ou como base para novo conhecimento e estratégias.

*1ª Sessão*

A primeira sessão, no manual, possuía atividades de apresentação, compreender expetativas para o processo e aumentar a motivação para a intervenção. No entanto, se esta sessão fosse realizada do mesmo modo, a intervenção seria ainda mais reduzida pois, como foi indicado, a maioria do tempo da primeira e quarta sessão destinou-se a avaliação. Assim, após realizada a apresentação do programa e dos elementos do grupo, optou-se por começar a aumentar a literacia sobre a tríade de funcionamento cognições-emoções-comportamentos, enquadrado numa estratégia de psicoeducação. Algumas das atividades que tinham sido desenvolvidas para atingir este objetivo foram exposição de informação e visualização de um vídeo, mantendo-se a exposição de informação, mas optou-se pelo desenvolvimento de uma nova dinâmica em detrimento do vídeo, a "História do André. O vídeo possuía legendas para o narrador, mas muita da informação relevante estava presente em balões de pensamentos que correspondiam a pensamentos automáticos negativos experienciados numa situação ansiosa, que não se encontravam legendados, o que poderia diminuir o potencial educativo do vídeo. Sendo assim, a "História do André" permitiu abordar os mesmos aspetos, mas de uma maneira mais simples e intencional, pedindo que os participantes refletissem sobre certas questões relacionadas com a tríade de funcionamento.

Também se promoveu o aumento da literacia sobre o funcionamento da ansiedade, explicando a ansiedade como um *continuum*, distinguido entre níveis que podem auxiliar a lidar com situação de perigo (resposta luta-ou-fuga) ou desadaptativos, não adequados à situação.

Esta explicação está presente noutras intervenções (Abramowitz et al., 2019; Kenny & Halls, 2017), demonstrando-se adequada para a promoção de literacia sobre o funcionamento da ansiedade. Esta atividade pareceu ser interessante para os participantes (Participante 4: "*que fixe"*), contribuindo para perceberem as razões pelas quais o seu corpo, por vezes, reage de certa maneira perante situações percecionadas como ameaçadoras [diário de bordo]. Promoveu-se ainda a identificação de cognições, emoções e comportamentos em situações ansiosas através de um desafio para casa.

*2ª Sessão*

O facto de se ter optado por começar a realizar psicoeducação na primeira sessão também permitiu, na segunda sessão, começar a realizar atividades de treino de reestruturação cognitiva, já que os participantes deteriam alguma literacia sobre o tema, podendo averiguar a

sua adequabilidade. Assim, na segunda sessão, promoveu-se a identificação de cognições desadaptativas, sustentando a atividade numa estratégia de reestruturação cognitiva. Nesta sessão, intencionalizou-se o treino de desafio de cognições desadapatativas e a identificação de cognições racionais alternativas, recorrendo a uma dinâmica intitulada "O que o Miguel e a Joana estão a pensar?", que corresponde à atividade "O que o João está a pensar?" proposta no programa, mas incluindo uma personagem feminina, com o intuito de aumentar a identificação dos participantes com as personagens, visto a maioria serem raparigas.

Esta atividade demonstrou-se adequada e refletiu-se em ganhos nos participantes, demonstrando a utilidade da reconstrução cognitiva em intervenções em APM, que é algo indicado em diversos estudos (Clark, 1995; Osborne & Franklin, 2002; Zhukov, 2019). Na maioria dos participantes, registou-se uma evolução de não conseguir identificar quaisquer interpretações alternativas ou cognições adaptativas, para nesta e em futuras sessões o serem capazes [diário de bordo].

As estratégias de controlo fisiológico/ativação emocional foram antecipadas, de modo a promover recursos para os participantes lidarem com situações ansiosas, que no programa completo só iriam ser abordadas em sessões futuras. A proposta inicial de experienciação de sintomas *in* vivo, seguida de relaxamento, era realizada através de uma atividade que correspondia a realizarem certos exercícios que iriam aumentar o ritmo cardíaco, registando o mesmo antes e depois do relaxamento guiado. Optou-se por realizar o "jogo das cadeiras", que atingia o mesmo objetivo, mas permitiria uma maior identificação com o tema da música, visto se tratar de uma intervenção em APM. Após esta, realizou-se de modo igual uma atividade de respiração diafragmática guiada de modo a promover o seu uso como técnica de relaxamento.

Apesar de esta estratégia poder ser útil (Kenny & Halls, 2017), percebeu-se que esta dinâmica não é ideal devido à eliminação de participantes ao longo do jogo, o que faz com que o ritmo cardíaco dos participantes eliminados no início retorne a níveis normativos até ao início do relaxamento, registando-se um menor efeito prático. Num estudo futuro, dever-se-á desenvolver uma dinâmica em que exista participação igual de todos os participantes; a proposta de Kenny & Halls (2017) demonstra-se mais adequada, exatamente por permitir que isto aconteça.

O desafio para casa também contribuiu para a promoção do treino de desafio de cognições desadaptativas, ao solicitar que os participantes identificassem pensamentos alternativos racionais aos pensamentos automáticos negativos que surgissem em situações ansiosas.

*3ª Sessão*

Na terceira sessão utilizou-se atividades de diferentes sessões do programa. Considerou-se relevante consolidar o treino de desafio de cognições desadaptativas não só pela importância da dimensão cognitiva na ansiedade (Clark, 1995), mas também por terem sido observadas algumas dificuldades iniciais na identificação de pensamentos alternativos na dinâmica da sessão anterior. Consolidou-se o desafio de cognições deadaptativas ao explorar o desafio para casa da sessão anterior, que consistia na identificação de situações geradoras de ansiedade, cognições emoções e reações associadas e identificação de pensamentos alternativos racionais. Também foram apresentados exemplos preenchidos pelos dinamizadores deste desafio de modo a explorar estes mesmos aspetos. Promoveu-se também o uso de uma técnica de relaxamento muscular progressivo (Koeppen, 1976), prevista na quarta sessão no programa, de modo a promover uma estratégia de controlo fisiológico/ativação emocional alternativa, mais longa.

Apesar do treino em desafio de cognições desadaptativas realizado, continuou-se a registar que alguns participantes tinham dificuldade, em momentos de maior ansiedade, identificar pensamentos alternativos realistas [diário de bordo]. Isto seria algo expectável, tendo em conta o tempo relativamente reduzido de intervenção e o facto de que esta alteração dos padrões de pensamento não é algo imediato (Clark, 1995).

*4ª Sessão*

A quarta sessão correspondeu ao final da intervenção e, por isto, correspondeu à síntese do que foi realizado, para além da avaliação. Sintetizou-se o que foi realizado nas sessões anteriores e consolidou-se o conhecimento adquirido, através de exposição de informação, com suporte visual, dos vários conhecimentos que foram adquiridos e estratégias promovidas.

*Fichas de automonitorização*

Foram propostos desafios para casa no final de cada sessão, que consistiam no treino ou aplicação das estratégias promovidas durante a sessão, assim como a monitorização dos níveis de ansiedade e impacto de aplicação das estratégias promovidas nestes níveis. No início das sessões explorava-se a realização destes desafios. Eram também fornecidos folhetos todas as sessões com síntese do que foi abordado em sessão e de auxílio ou guião para realização das técnicas de relaxamento, na sessão dois e três.

Foram também feitas alterações às fichas de automonitorização e dos desafios, em comparação com a proposta de manual. Inicialmente, desenvolveu-se fichas distintas para

treino (como o desafio de cognições desadaptativas) e automonitorização. Nas sessões realizadas, optou-se por desenvolver um único modelo de ficha de automonitorização, incorporando os desafios na mesma. Por exemplo, na sessão dois, como se tinha abordado o desafio de cognições desadaptativas e identificação de pensamentos alternativos, apenas adicionou-se uma nova linha na ficha, correspondente à identificação, por parte dos participantes, destes mesmos pensamentos alternativos face à situação identificada. Procedeu-se a estas alterações devido ao elevado número de fichas diferentes existentes, que poderiam ser confusas para os participantes, especialmente ao longo de 12 sessões.

Estas alterações foram úteis e permitiram uma compreensão fácil por parte dos participantes sobre a realização da tarefa, assim como formar uma sequência lógica entre os novos conhecimentos adquiridos e pôr em prática estratégias promovidas de uma forma gradual [diário de bordo].

**Tabela 3**

*Objetivos, atividades e estratégias utilizadas nas quatro sessões dinamizadas*

| Sessão | Objetivos | Estratégias | Atividades | Desafios para casa |
|---|---|---|---|---|
| **Sessão 1** | - Avaliar os níveis de APM e de ansiedade-traço;<br>- Aumentar a literacia sobre a ligação entre cognições, emoções e comportamentos;<br>- Aumentar a literacia sobre o funcionamento da ansiedade.<br>- Promover a identificação de cognições, emoções e comportamentos em situações ansiosas. | - Psicoeducação. | - Preencher a ficha sociodemográfica;<br>- "História do André". | - Identificar uma situação ansiosa e as cognições, emoções e comportamentos associados. |
| **Sessão 2** | - Promover a identificação de cognições desadaptativas;<br>- Promover o treino de desafiar as cognições deasaptativas e identificar cognições alternativas;<br>- Promover a utilização da respiração diafragmática enquanto técnica de relaxamento. | - Reestruturação cognitiva;<br>- Controlo fisiológico/ativação emocional. | - "O que é o Miguel está a pensar?";<br>- "O que é que a Joana está a pensar?";<br>- Jogo das cadeiras;<br>- Respiração diafragmática guiada. | - Identificar uma situação ansiosa e as emoções, cognições e comportamentos associados;<br>- Identificar cognições alternativas associadas a essa situação de ansiedade. |
| **Sessão 3** | - Consolidar o desafio de cognições alternativas;<br>- Promover o recurso a relaxamento muscular progressivo enquanto técnica de relaxamento | - Reestruturação cognitiva;<br>- Controlo fisiológico/ativação emocional. | - Identificação de cognições alternativas perante situações identificadas como ansiosas; | - Monitorizar a intensidade da ansiedade pré e pós-relaxamento, em situações ansiosas. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | - Técnica de Koeppen. | |
| **Sessão 4** | - Sintetizar e consolidar o conhecimento e as estratégias adquiridas;<br>- Avaliar os níveis de APM e de ansiedade-traço;<br>- Avaliar a perceção dos participantes sobre as sessões. | - Psicoeducação;<br>- Reestruturação cognitiva. | - *Focus group* | - |

### 3.3.Evolução intraindividual da ansiedade dos múltiplos participantes

Devido à reduzida amostra, não foram examinadas, com recurso a estatística inferencial, as diferenças entre pré e pós-intervenção, focando-se a apresentação dos resultados na caracterização descritiva dos mesmos.

A tabela 4 apresenta os valores totais obtidos no STAIC C-2. Registou-se uma diminuição da média dos valores totais obtidos no STAIC C-2 de 44.2 (*DP*=5.07) para 43.07 (*DP*=5.22) após intervenção.

**Tabela 4**

*Valores totais STAIC C-2 pré e pós-intervenção*

| | M | DP |
|---|---|---|
| STAIC C-2 (pré) | 44.2 | 5.07 |
| STAIC C-2 (pós) | 43.07 | 5.22 |

A tabela 5 apresenta os resultados totais obtidos no MPAI-A e para cada fator, pré e pós-intervenção. Registou-se uma diminuição da média dos valores totais obtidos no MPAI-A de 62.1 (*DP*=18.95) para 60.4 (*DP*=10.48) após intervenção.

Também se regista uma diminuição das médias obtidas para ambos os fatores que compõem o MPAI-A. No fator Características cognitivo-somáticas registou-se uma diminuição de 41.8 para 40.8 (*DP*=12.1; *DP*=7.7) e no fator Evolução da performance uma diminuição de 20.3 para 19.6 (*DP*=7.09; *DP*=3.58).

**Tabela 5**

*Valores totais MPAI-A e de cada fator pré e pós-intervenção*

| | M | DP |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| MPAI-A (pré) | 62.1 | 18.95 |
| MPAI-A (pós) | 60.4 | 10.48 |
| Dimensão Cognitivo-somática (pré) | 41.8 | 12.1 |
| Dimensão Cognitivo-somática (pós) | 40.8 | 7.7 |
| Dimensão Performance (pré) | 20.3 | 7.09 |
| Dimensão Performance (pós) | 19.6 | 3.58 |

### 3.3.1 Análise de caso múltiplo

De seguida serão apresentados os resultados obtidos por cada participante pré e pós-intervenção e feita uma análise e discussão a cada caso, recorrendo também às informações registadas no diário de bordo para interpretar estes resultados. Os resultados encontram-se na tabela 6.

*Participante 1*

Registou-se uma diminuição dos valores totais, após intervenção, no STAIC C-2 de 45 para 36, no MPAI-A de 77 para 57, na dimensão Cognitivo-somática de 49 para 37 e, na dimensão Performance, de 28 para 20.

Registou-se no diário de bordo que, na primeira sessão, esta participante indicou sentir-se sempre ansiosa em audições públicas, por sentir que a plateia a está a avaliar. Referiu também que pensava sempre, antes de uma atuação, que iria ter um mau desempenho. Por causa disto, frequentemente evitava audições em público e pedia à mãe para não participar nas mesmas. Experienciava também tensão muscular o que, segundo ela, piorava o seu desempenho. Na segunda sessão, registou-se que esta participante demonstrou algumas dificuldades em desafiar cognições desadaptativas, por considerar que em algumas situações é difícil, no momento,

desafiar os pensamentos negativos. Após explicação e exemplos, revelou capacidade de identificar cognições adaptativas e perceber como a mesma situação pode ter várias interpretações. Registou-se ter recorrido à respiração diafragmática em situações de ansiedade elevada e registou melhorias significativas. Referiu ter tido uma atuação em que não se sentiu ansiosa, o que não é comum.

A Participante 1 demonstrou-se participativa e envolvida nas sessões, assim como realizou todos os desafios para casa. Demonstrou, em vários momentos, capacidade em perceber as explicações e/ou utilidade das estratégias promovidas pelos dinamizadores (como no caso de uma situação poder ter várias interpretações). Também frequentemente recorreu às estratégias promovidas em situações ansiosas.

Esta participante já teve acompanhamento psicológico devido a ansiedade. Por causa disto, pode ter percebido neste processo a utilidade de diferentes estratégias, o que fez com que tentasse também implementar as estratégias promovidas nas sessões do estudo. A literacia no funcionamento da ansiedade promovida nas sessões também pode já ter sido abordada neste acompanhamento, daí que tenha maior facilidade em perceber as explicações.

A diminuição de sintomatologia registada pode estar relacionada com este elevado envolvimento, ou adesão, que é um fator que segundo a literatura pode contribuir para melhor sucesso terapêutico (Osborne et al., 2007). Relacionado com isto, Osborne e colaboradores (2007) identificam que participantes com níveis superiores de ansiedade-traço tendem a apresentar maior adesão, que é o caso da Participante 1. Também por apresentar *scores* mais elevados inicialmente, isto pode ter se traduzido numa diminuição mais acentuada dos mesmos após intervenção, quando comparado com outros participantes.

*Participante 2*

Na Participante 2, registou-se um aumento dos valores totais após a intervenção no STAIC C-2 de 45 para 47.36, no MPAI-A de 68.50 para 75, na dimensão Cognitivo-somática de 46 para 51 e na dimensão Performance de 22.50 para 24. A Participante 2 não respondeu a dois itens da STAIC C-2 pós-intervenção e um item do MPAI-A pré-intervenção, introduzindo-se o valor correspondente à média do valor de cada item na STAIC C-2 nos itens em falta. No item em falta do MPAI-A, introduziu-se o valor da média dos itens da subescala que o item integra.

Registou-se no diário de bordo que, na primeira sessão, a Participante 2 referiu sentir-se sempre ansiosa antes de atuações e que pensava que iriam correr mal. Identificou num dos desafios uma situação geradora de ansiedade elevada e que sentiu medo de falhar, considerando

que iria errar e que o avaliador a iria criticar. Registou-se que recorreu à técnica de respiração diafragmática numa avaliação e notou uma ligeira melhoria.

A Participante 2 foi menos participativa nas sessões, participando menos ativamente nas atividades, podendo isto ter contribuído para um menor efeito da intervenção (Osborne et al., 2007). Registou-se no diário de bordo que teve uma avaliação de canto nos dias anteriores à quarta sessão, em que indicou sentir-se ansiosa e que teve mau desempenho, sendo que esta experiência recente pode ter contribuído para *scores* superiores neste momento de avaliação. Também é importante mencionar que a exploração dos aspetos cognitivos, emocionais e fisiológicos da ansiedade realizada ao longo da intervenção pode aumentar a autovigilância dos mesmos, devido à maior perceção de sensações fisiológicas associadas à ansiedade, o que pode estar associado ao aumento no MPAI-A, especialmente na dimensão Cognitivo-somática (Olatunji et al., 2007).

*Participante 3*

Na Participante 3 registou-se uma diminuição dos valores totais no STAIC C-2, de 50 para 47, no MPAI-A de 80 para 67, na dimensão Cognitivo-somática de 55 para 47 e na dimensão Performance de 25 para 20.

Anotou-se no diário de bordo que, na primeira sessão, partilhou sentir-se sempre ansiosa antes de atuações, que pensava que iriam correr mal e que preferia atuações em grupo, em vez de solo. Registou-se na segunda sessão alguma dificuldade inicial em desafiar cognições desadaptativas, por não percecionar as situações apresentadas como ambíguas. Após explicação e exemplos, revelou capacidade de identificar cognições adaptativas e perceber como a mesma situação pode ter várias interpretações. Referiu recorrer a respiração diafragmática em avaliações e que registou melhoria.

A Participante 3 teve uma postura semelhante à Participante 1, ou seja, de elevado envolvimento e capacidade de compreender as explicações dos dinamizadores e utilidade das estratégias, assim como realizou todos os desafios para casa. Esta elevada adesão pode ter contribuído para a diminuição da sintomatologia (Osborne et al., 2007). Tal como a Participante 1, apresentou *scores* mais elevados inicialmente, podendo ter contribuído para uma diminuição mais acentuada.

*Participante 4*

No Participante 4 registou-se um aumento nos valores totais do STAIC C-2 de 45 para 46, no MPAI-A de 49 para 54, a dimensão Cognitivo-somática manteve-se com 34 pontos e a dimensão Performance aumentou de 15 para 20.

Registou-se no diário de bordo que, na primeira sessão, o Participante 4 referiu sentir-se algo ansioso antes de atuações, mas a um nível inferior que os restantes participantes. Apontou-se também que ao contrário de alguns participantes, não demonstrou preocupação com atuações serem em público, a solo ou em grupo. Registou-se no diário de bordo, na segunda sessão, que a principal sintomatologia experienciada em situações ansiosas eram os suores e os enjoos. Não apresentou dificuldades em desafiar cognições desadaptativas de situações apresentadas na sessão dois e três. Não registou melhorias significativas do uso de técnicas de relaxamento, e indicou que o uso das mesmas foi reduzido, por considerar que não experienciou frequentemente situações de ansiedade elevada que justificasse o uso das mesmas.

Identificou-se que o Participante 4 foi o mais participativo nas sessões e identificou-se uma postura semelhante à Participante 1 e 3 em sessão, ou seja, elevado envolvimento e capacidade de perceber as explicações, mas menor uso das estratégias promovidas, o que pode ajudar a explicar o facto de não se ter registado uma diminuição da sintomatologia, como nestas participantes.

A dimensão Cognitivo-somática não sofreu alterações após intervenção. Tendo em conta a sua postura nas sessões dois e três, em que não apresentou dificuldades em desafiar cognições desadaptativas, é possível que as dinâmicas de promoção de desafio de cognições desadaptativas não tenham surtido efeito, por já ser capaz de desafiar as mesmas.

O facto de ter tido uma avaliação musical anterior à quarta sessão pode ter contribuído para um aumento de sintomatologia, o que pode ajudar a explicar o aumento na dimensão Performance.

*Participante 5*

No Participante 5, registou-se um aumento dos valores totais no STAIC C-2 de 36 para 39, no MPAI-A de 36 para 49, na dimensão Cognitivo-somática de 25 para 35 e na dimensão Performance de 11 para 14.

Registou-se no diário de bordo que, na primeira sessão, o Participante 5 indicou sentir-se nervoso antes de atuações. Decorrente da identificação de situação ansiosa no desafio para casa, percebeu-se que a principal sintomatologia experienciada é o medo de falhar, bem como a presença de suores e de vontade de urinar. Registou-se que este participante não apresentou dificuldades em desafiar cognições desadaptativas de situações apresentadas na sessão dois,

após explicação e exemplos dos dinamizadores. Na terceira sessão, indicou ter tentado utilizar respiração diafragmática numa situação ansiosa, sem eficácia. Na quarta sessão, referiu ter conseguido desafiar cognições desadaptativas antes de uma atuação e recorreu à respiração diafragmática, o que diminuiu a intensidade da ansiedade.

Novamente, o Participante 5 apresentou uma postura semelhante às participantes 1 e 3 (assim como o 4), registando-se que foi participativo e envolvido nas atividades. Também recorreu frequentemente às estratégias promovidas em situações ansiosas. Apesar disto, regista-se um aumento de sintomatologia, ao contrário das participantes 1 e 3. Enquanto na Participante 2 a baixa participação pode ajudar a explicar os resultados, no Participante 4 e 5, o mesmo não se aplica. Dito isto, o facto de o Participante 5 ter tido uma avaliação musical entre a terceira e quarta sessão pode ter contribuído para um aumento de sintomatologia. Adicionalmente, também é possível ter surgido um aumento de vigilância direcionada à sintomatologia decorrente das sessões realizadas, devido à exploração dos aspetos cognitivos, emocionais e fisiológicos associados à ansiedade em sessão (Olatunji et al., 2007).

**Tabela 6**

*Valores obtidos pelos participantes no STAIC C-2, MPAI-A total e subescalas do MPAI-A*

| | STAIC C-2 (pré) | STAIC C-2 (Pós) | MPAI-A (pré) | MPAI-A (pós) | Dimensão Cognitivo-somática (pré) | Dimensão Cognitivo-Somática (pós) | Dimensão Performance (pré) | Dimensão Performance (pós) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Participante 1 | 45 | 36 | 77 | 57 | 49 | 37 | 28 | 20 |
| Participante 2 | 45 | 47.36 | 68.50 | 75 | 46 | 51 | 22.50 | 24 |
| Participante 3 | 50 | 47 | 80 | 67 | 55 | 47 | 25 | 20 |
| Participante 4 | 45 | 46 | 49 | 54 | 34 | 34 | 15 | 20 |
| Participante 5 | 36 | 39 | 36 | 49 | 25 | 35 | 11 | 14 |

## 4. Conclusões

A pertinência deste estudo parte da escassez de programas de intervenção elaborados para a intervenção na APM com adolescentes, especialmente em Portugal, permitindo perceber que estratégias podem ser mais adequadas para este tipo de intervenção. Existe um maior número de intervenções para adultos, sendo que se baseou os objetivos das sessões em objetivos identificados noutras intervenções na APM, tendo sido desenvolvidas atividades ajustadas à população-alvo.

O baixo nível de literacia sobre ansiedade que se registou inicialmente aponta também para a importância destas intervenções, de modo a capacitar estes adolescentes a lidarem de forma mais eficaz com as exigências do ensino musical, diminuindo o possível impacto negativo no seu bem-estar, assim como prevenindo a desistência.

Uma limitação do estudo é a reduzida amostra, que dificulta generalizações sobre os dados obtidos e conclusões sobre a adequação de algumas metodologias para outros grupos que não estes participantes. A segunda limitação corresponde ao baixo tempo disponível de intervenção, que correspondeu essencialmente a duas sessões e meia, devido ao tempo necessário para avaliação. Este tempo disponível reduzido também diminui a capacidade de avaliar se algumas estratégias e dinâmicas desenvolvidas são adequadas. Realizando mais sessões poder-se-ia não só explorar a adequabilidade de mais estratégias, como também perceber se as sessões iniciais incorporam uma sequência lógica em que as mesmas contribuem para uma maior facilidade em atingir objetivos mais avançados.

Uma elevada adesão à intervenção pareceu ser um fator importante para a redução de sintomatologia, já que ambas as participantes onde se registou esta redução foram das mais participativas, frequentemente fazendo partilhas pessoais. Estas participantes realizaram todos os desafios para casa. No entanto, é necessária cautela nesta interpretação, devido ao número reduzido de participantes e presença de um outro participante envolvido e que tentou implementar estratégias, sem se registar uma diminuição da sintomatologia.

Adicionalmente, o estudo possibilitou perceber que estratégias parecem ser úteis, assim como outras que necessitam de ser reformuladas para serem mais eficazes, servindo como um primeiro passo na elaboração do programa de intervenção a utilizar no projeto MUS-A. As atividades de psicoeducação e de reestruturação cognitiva pareceram adequadas, apesar de se registar necessidade de mais treino no que toca a desafio de cognições desadaptativas. A técnica de respiração diafragmática foi considerada útil, sendo a que os participantes referiam utilizar com maior frequência por ser de mais fácil aplicação, especialmente em situações em público ou face a avaliações.

Com os resultados obtidos e conhecimento adquirido sobre a adequabilidade de procedimentos e estratégias, poder-se-á então proceder a ajustes ao programa e desenvolver

uma intervenção mais estandardizada para implementação em estudos futuros de viabilidade ou piloto. Para estes, será importante já ter desenvolvido um manual finalizado de aplicação estandardizada e possuir objetivos mais relacionados com a avaliação eficácia da intervenção, do que o que esteve presente neste estudo.

## 5. Referências bibliográficas


Abbott, J. H. (2014). The distinction between randomized clinical trials (RCTs) and preliminary feasibility and pilot studies: what they are and are not. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 44(8),* 555-558. https://doi.org/10.2519/jospt.2014.0110

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. & Whiteside, S. P. H. (2019). *Exposure therapy for anxiety: principles and practice.* The Guilford Press.

Barros, S., Marinho, H., Borges, N. & Pereira, A. (2022). Characteristics of music performance anxiety among undergraduate music students: A systematic review. *Psychology of Music.* https://doi.org/10.1177/03057356211066967

Batista, M. J. S. S. (2013). Apoio aos alunos na aprendizagem da performance: treino da ansiedade em salas de estudo adaptadas. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. http://hdl.handle.net/10400.14/21464

Burin, A. B., & Osório, F. L. (2017). Interventions for music performance anxiety: results from a systematic literature review. *Archives of Clinical Psychiatry, 43(5).* https://doi.org/10.1590/0101-60830000000097

Burin, A. B., & Osório, F. L. (2017). Music performance anxiety: a critical review of etiological aspects, perceived causes, coping strategies and treatment. *Archives of Clinical Psychiatry, 44 (5),* 127-133. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000136

Clark, D. A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: A reconsideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 9(3),* 153–172.

Dempsey, E. & Comeau, G. (2019). Music performance anxiety and self-efficacy in young musicians: Effects of gender and age. *Music Performance Research, 9,* 60-79.

Dias, P., Veríssimo, L., Figueiredo, N., Oliveira-Silva, P., Serra, S., & Coimbra, D. (2022). Kenny Music Performance Anxiety Inventory: Contribution for the Portuguese Validation. *Behavioural Sciences, 12(18).* https://doi.org/10.3390/bs12020018

Faur, A. L., Pintea, S., Vaida, S., & Opre, A. N. (2023). The efficacy of cognitive and behavioral interventions upon music performance anxiety: a meta-analysis. *Psychology of Music, 5(2),* 357-372. https://doi.org/10.1177/03057356221115461

IBM Corporation. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. Armonk, NY: IBM Corp

Kalenska-Rodzaj (2021). Music performance anxiety and pre-performance emotions in the light of psychology of emotion and emotion regulation. *Psychology of music, 49 (6), 1758-1774.* https://doi.org/10.1177/0305735620961154

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journals of consulting and clinical psychology, 62(1), 100-110.* doi: 10.1037//0022-006x.62.1.100.

Kenny, D. (2011). *The Psychology of Music Performance Anxiety*. Oxford University Press.

Kenny, D. T. & Halls, N. (2018). Development and evaluation of two brief group interventions for music performance anxiety in community musicians. *Psychology of Music, 46(1)*, 66–83. https://doi.org/10.1177/0305735617702536

Lupiáñez, M., Ortiz, F., Vila, J. & Muñoz, M. (2022). Predictors of music performance anxiety in conservatory students. *Psychology of Music, 50(4),* 1005-1022. https://doi.org/10.1177/03057356211032290

MacAfee, E. & Comeau, G. (2020). Exploring music performance anxiety, self-efficacy, performance quality, and behavioural anxiety within a self-modelling intervention for young musicians. *Music Education Research, 22 (4),* 457-477. https://doi.org/10.1080/14613808.2020.1781074

Martin- Pagnon, G. & Creech, A. (2019). Cool jazz: music performance anxiety in jazz performance students. *Music Education research, 4,* 414-425. https://doi.org/10.1080/14613808.2019.1605346

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Psiquilibrios edições.

Matei, R., & Ginsborg, J. (2017). Music performance anxiety in classical musicians – what we know about what works. *The British Journal of Psychiatry, 14*(2), 33-35. https://doi.org/10.1192/S2056474000001744

Nogaj, A. (2020). Differences in the stress coping styles and social skills between classical and jazz musicians. *Annals of Psychology, 4, 337-352.* https://doi.org/10.18290/rpsych.2019.22.4-3

Nusseck, M., Zander, M., & Spahn, C. (2015). *Music Performance Anxiety in Young Musicians: Comparison of Playing Classical or Popular Music. Medical Problems of Performing Artists, 30(1), 30–37.* https://doi.org/ 10.21091/mppa.2015.1005

Olatunji, B. O., Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., & Valentiner, D. P. (2007). Body Vigilance in Nonclinical and Anxiety Disorder Samples: Structure, Correlates, and Prediction of Health Concerns. *Behavior Therapy, 38(4),* 392–401. https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.002

Osborne, M., Kenny, D. T., & Cooksey, J. (2007). Impact of a cognitive-behavioural treatment program of music performance anxiety in secondary school music students: a pilot study. *Musicae Scientiae,* 53-84.

Pahl, K. M. & Barrett, P. M. (2010). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: a universal evaluation of the Fun Friends Program. *Advances in school mental health promotion, 3(3), 14-25.*

Papageorgi, I. (2021). Typologies of Adolescent Musicians and Experiences of Performance Anxiety among Instrumental Learners. *Frontiers in Psychology, 12.* https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645993

Papageorgi, I., Creech, A. & Welch, G. (2011). Perceived performance anxiety in advanced musicians specializing in diferente musical genres. *Psychology of Music, 41 (1), 18-41.* https://doi.org/10.1177/0305735611408995

Papageorgi, I. (2022). Prevalence and predictors of music performance anxiety in adolescent learners: contributions of individual, task-related and environmental factors. *Musicae Scientiae, 26 (1), 101-122.* https://doi.org/10.1177/1029864920923128

Stjerneklar, S., Hougaard, E., Nielsen, A. D., Gaardsvig, M. M. &, Thastum, M. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety disorder: a feasability study. *Internet Interventions, 11,* 30-40. https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.001.

Stefan, S., Cristea, I. A., Szentagotai Tatar, A., & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology.* https://doi.org/10.1002/jclp.22779

Trigo, P. G. R. (2015). Contributos para a validação do Music Performance Anxiety Inventory for Adolescents (MPAI-A) na língua portuguesa. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. http://hdl.handle.net/10773/15880

Urao, Y., Yoshida, M., Sato, Y. & Shimizu, E. (2022). School-based cognitive behavioural intervention programme for addressing anxiety in 10 to 11-year-olds using short classroom activities in Japan: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry, 658,* 1-12. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04326-y

Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: research and practice, 35(1),* 42-54.

Zhukov, K. (2019). Current approaches for management of music performance anxiety: an introductory overview. *Medical Problems of Performing Artists, 34, 1(1),* 53-60. https://doi.org/10.21091/mppa.2019.1008

Zimmerman, B. J. (2002). *Becoming a Self-Regulated Learner: An Overview. Theory Into Practice, 41(2), 64–70.* https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102_2