

ROSA MARIA RODRIGUES DOS SANTOS

**Fenômenos alucinatórios auditivos
em pacientes com zumbido:
relações com o psiquismo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Otorrinolaringologia
Orientadora: Profa. Dra. Tanit Ganz Sanchez

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Rosa Maria Rodrigues dos
Fenômenos alucinatórios auditivos em pacientes com zumbido : relações com o
psiquismo / Rosa Maria Rodrigues dos Santos. -- São Paulo, 2009.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia.
Área de concentração: Otorrinolaringologia.
Orientadora: Tanit Ganz Sanchez.

Descritores: 1.Zumbido 2.Alucinações auditivas 3.Depressão 4.Psicanálise

USP/FM/SBD-286/09

Dedicatória

À minha tia Bel (em memória) por me fazer acreditar nos poderes
de transformação do humor e da coragem.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Tanit Ganz Sanchez por me apresentar um campo tão interessante para estudo, pela confiança depositada para a realização deste trabalho e, especialmente, por toda a atenção e suporte carinhosos durante o período de orientação;

Ao psicanalista Luiz Fernando Carrijo Contijo, meu supervisor, pela clareza e precisão dos apontamentos, bem como pela companhia tão necessária e amistosa;

A todos os pacientes que participaram deste estudo pela entrega generosa de suas palavras, afetos e memórias, permitindo a constituição de cada uma das páginas que se seguem;

Ao meu amor e companheiro Marcos Antonio pela presença constante, firme e apaziguadora, que permitiu a dedicação ao meu trabalho e aumentou minha felicidade ao fazê-lo. Agradeço também a ele pelas perguntas interessadas sobre a pesquisa, que sempre me forçavam a elaborar melhor minhas respostas e a perceber os pontos fracos que necessitavam ser melhorados;

Aos meus pais, Manoel e Antonia, ao meu mano, Júnior, pela compreensão e respeito por minha distância, bem como por todo carinho de suas companhias e suas palavras amorosas;

Aos que eu queria muito que estivessem comigo também neste momento, mas que agora estarão e estiveram presentes pelas belas lembranças que me legaram para sempre... Pessoas cujos nomes fizeram parte das primeiras palavras que aprendi a dizer: tia Bel, tia Memé, minha prima Olívia e “seu” Pedro;

Aos meus amigos que tanto colaboraram com suas considerações e com as experiências que também tiveram em seus próprios mestrados e doutorados. Amigos dos quais guardei muitas saudades por não ter podido estar com eles tanto quanto eu gostaria... Paki, Giu, Humberto, Zé Carlos, Piva, Lu, Andrea, Stebe, Sera, Eliane, Simone, Ed, Ana Tereza, Chico, Lili, Batistão, Kelly, João, Rosaura, Carmen, Sidney, Alberto, Elzita e Ângela;

Aos amigos do consultório, muito mais que sócios, pela boa torcida, pelas “trocas de figurinhas” nos nossos intervalos na cozinha... e pela companhia: Aderbal, Ana Carolina, Ana Amélia, Fátima, Fernanda, Jovita, Haydée, Maurício, Rodrigo;

Também no rol das “trocas de figurinhas”, agradeço: a todos os colegas das disciplinas da pós, tanto os do IPUSP quanto os da FMUSP, de modo particular aos dos cursos dos professores Maria Lucia Andrade, de quem pude matar um pouco das saudades deixadas desde a graduação, e Christian Dunker; e aos colegas e amigos da Divisão de Psicologia, com quais divido alegrias e dificuldades... Agradeço particularmente a: Niraldo, Celeste, Mary, Rose, Dra. Livia, Ana Gomes, Kátia, Claudia, Carla Adda, Renata; à Cynthia, Rê Montilha e à Julieta Quayle que, embora não estejam mais conosco cotidianamente, são lembradas com muito carinho...

Aos amigos (ex)aprimorandos e (ex)estagiários por seu carinho e atenção: Carolina, Julia, Makau, Marcela, Dani, Larissa, Roberto, Jeyson, Gabi Zemel, Marília, Renata. Agradeço de mesma forma aos supervisionandos da Interconsulta-DIP de 2007, 2008 e 2009;

Aos importantes e necessários apontamentos da banca da qualificação, que identificou o que estava submerso... e favoreceu a assunção do que verdadeiramente norteava o trabalho;

Ao apoio dos queridos colegas e amigos do ambulatório da Otorrino – particularmente Laurita, Flavinha, Maysa, Andressa, Gabi Cunha, Dr. Ivan Miziara, Mariana Guedes (com muitas saudades) – e do Grupo de Pesquisa em Zumbido – especialmente, Ítalo Medeiros, Marcia Akemi, Carina Rocha, Savya e Keila, cuja dedicação ao trabalho foi sempre inspiradora;

Aos amigos do Clin-a (Clínica Lacaniana de Investigação da Ansiedade) pelo incentivo e discussões, especialmente Rômulo Ferreira, Mônica Bueno de Camargo, Cássia Rumenos Guardado e aos colegas dos núcleos de pesquisa;

Aos queridos das secretarias da Divisão de Psicologia – Márcia Barbosa, Márcia Helenice e Therezinha – e da Otorrino – Marilede, Márcia, Lúcia e Jorge – por toda ajuda, atenção, carinho e paciência.

“O olho serve de fotografia ao invisível,
como o ouvido serve de eco ao silêncio”

Machado de Assis

Normatização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento da confecção desta tese:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. de Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª Ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

Sumário

Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de Gráficos	
Resumo	
<i>Summary</i>	
1 Introdução	1
2 Objetivos	3
2.1 Objetivo primário	3
2.2 Objetivos secundários	3
3 Revisão da literatura	4
3.1 Zumbido e depressão	4
3.2 Zumbido, surdez e envelhecimento	6
3.3 Fenômenos alucinatórios: entre o orgânico e o psíquico	9
4 Casuística e Método	19
4.1 Critérios de inclusão	19
4.2 Critérios de exclusão	19
4.3 Procedimento	20
4.4 Instrumentos	21
4.5 Análise de dados	23
5 Resultados	24
5.1 Resumo das entrevistas psicanalíticas preliminares	31
5.2 Aspectos psíquicos relacionados aos fenômenos alucinatórios auditivos	70
5.3 Sintomas depressivos	72
5.4 Aspectos psíquicos relacionados ao zumbido, fenômenos alucinatórios auditivos e depressão	73
6 Discussão	74
7 Conclusões	79
8 Anexos	81
A - IFP - Fatores e sua interpretação	81
B - Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de <i>Hamilton Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale (Sight-D)</i>	84
C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
9 Referências	101

Lista de Figuras

- Figura 1** - Ilustração indicativa da amarração simbólica na neurose (Calligaris, 1989)..... 17
- Figura 2** - Ilustração indicativa da amarração simbólica na psicose (Calligaris, 1989)..... 17

Lista de Tabelas

- Tabela 1** - Intensidade dos sintomas depressivos (HAM-D) e tipos de fenômenos alucinatórios auditivos (entrevistas semi-dirigidas)27

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Intensidade da depressão	24
Gráfico 2 - Sintomas depressivos referidos com intensidade moderada	25
Gráfico 3 - Tipos dos fenômenos alucinatórios auditivos	25
Gráfico 4 - Tipos de fenômenos alucinatórios musicais	26
Gráfico 5 - Tipos de fenômenos audioverbais	26
Gráfico 6 - Freqüência dos fenômenos alucinatórios	27
Gráfico 7 - Fatores de melhora dos fenômenos alucinatórios	28
Gráfico 8 - Sentimentos provocados pelos fenômenos alucinatórios	29
Gráfico 9 - Tipos de medos referidos	29
Gráfico 10 - Aspectos relacionados ao surgimento dos fenômenos.....	30
Gráfico 11 - Crenças sobre causa dos fenômenos alucinatórios	30
Gráfico 12 - Tempo de percepção dos fenômenos	31

Resumo

Introdução: Nos últimos anos, nosso Grupo de Pesquisa em Zumbido identificou um número crescente de pacientes que referiram percepções repetidas de músicas e vozes, além do zumbido. Tais fenômenos alucinatórios nos instigaram a estudar suas possíveis relações com o psiquismo destes pacientes. **Objetivos:** avaliar se os fenômenos alucinatórios dos pacientes com zumbido têm relação com a psicose e/ou a depressão, além de esclarecer seu conteúdo e função no psiquismo. **Casuística e métodos:** Dez sujeitos (8 mulheres, idade média de 65,7 anos) foram avaliados pelo Inventário Fatorial da Personalidade (IFP), Escala para Depressão de Hamilton (HAM-D), entrevista semi-dirigida e entrevistas psicanalíticas. **Resultados:** Todos apresentaram relação dos fenômenos auditivos com a neurose e sintomas depressivos. Nove pacientes evidenciaram nítida relação entre o psiquismo e o conteúdo ou função de seus fenômenos, os quais representaram ou resgataram aspectos da vida afetiva. A repetição dos fenômenos e do sofrimento ofereceu uma satisfação paradoxal, que foi marcante em todos os casos. **Conclusões:** Evidenciou-se uma importante relação entre zumbido, fenômenos alucinatórios auditivos e depressão sustentada na satisfação paradoxal com a repetição do sofrimento, o que está vinculado ao caráter neurótico.

Descritores: zumbido, alucinações auditivas, depressão, psicanálise.

Summary

In the last few years, our Tinnitus Research Group identified a growing number of patients that repeatedly reported, in addition to tinnitus, perceptions of music and voices. Such hallucinatory phenomena inspired us to study their possible relation with these patients' psychism. **Objective:** To assess whether the delusive phenomena of tinnitus patients are psychosis and / or depression related, in addition to clarify its content and function in the psychism. **Methods:** Ten subjects (8 women, mean age 65.7 years) were assessed by the Factorial Inventory of Personality (FIP), the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), semi-structured interviews and psychoanalytic interviews. **Results:** All results showed a relationship between auditory phenomena and neurosis or depressive symptoms. Nine patients showed a clear relationship between the psychism and the content or function of their phenomena, which represented or rescued affective aspects of life. The repetition of the phenomena and the suffering offered a paradoxical satisfaction, which was noticeable in all cases. **Conclusion:** A significant relationship between tinnitus, hallucinatory phenomena and depression was evidenced by the paradoxical satisfaction with the repetition of suffering, which is linked to the neurotic trait.

Descriptors: tinnitus, auditory hallucinations, depression, psychoanalysis.

1 Introdução

O zumbido é uma percepção auditiva sem fonte sonora externa que afeta até 15% da população (Sanchez e Bento, 2000) e acomete todas as faixas etárias (Coelho et al., 2007; Moller, 2007), embora predomine entre os idosos (Sanchez et al., 2005; Hébert e Carrier, 2007). É considerado um sintoma de múltiplas causas orgânicas – otológicas, metabólicas, neurológicas, somatossensoriais, cardiovasculares ou odontológicas - e psicológicas (Sanchez et al., 2005; Moller, 2007; Rocha e Sanchez, 2007; Lloyd e Baguley; 2008). Por isso, seu diagnóstico e tratamento adequados requerem uma equipe multidisciplinar.

Cerca de 20% dos pacientes têm prejuízo na qualidade de vida pelo comprometimento do sono, da concentração, da vida social ou do equilíbrio emocional, sendo freqüente a evolução para um quadro depressivo (Halford e Stewart, 1991; Kröner-Herwig et al., 1995; Sanchez et al., 1997; Scott e Lindberg, 2000; Coelho et al., 2004; Lee et al., 2004; Holgers et al., 2005; Robinson et al., 2005; Tucker et al., 2005; Dias et al., 2006, Zöger et al., 2006; Moller, 2007; Robinson, 2007). Outros fatores psicológicos também aumentam a percepção do zumbido, como a ansiedade (Langenbach et al., 2005), pensamentos catastróficos (Budd e Pugh, 1996), sensação de perda de controle (Sirois et al., 2006) e preocupações excessivas com sintomas somáticos (Marciano et al., 2003; Langguth et al., 2007).

Os tipos de zumbido mais mencionados são compatíveis com tons puros (apito) ou bandas de frequências (chiados, cachoeira, panela de pressão). Entretanto, ao longo da experiência do Grupo de Pesquisa em Zumbido da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, alguns pacientes começaram a mencionar fenômenos auditivos curiosos e complexos, como percepções musicais e de vozes (diálogos, narração de jogo, o chamado do próprio nome etc) associados aos zumbidos comuns.

Estes fenômenos, que pareciam inicialmente acometer os idosos com perda auditiva clinicamente relevante, trouxeram questionamentos sobre uma possível relação com a psicose e/ou a depressão, bem como sobre seu conteúdo e função no psiquismo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo primário

- Avaliar se os fenômenos alucinatórios auditivos nos pacientes com zumbido apresentam relação com a psicose ou a neurose.

2.2 Objetivos secundários

- Avaliar se os fenômenos alucinatórios auditivos nos pacientes com zumbido apresentam relações com o psiquismo referentes ao seu conteúdo ou função;
- Avaliar a presença de
 - sintomas depressivos e sua gravidade;
 - aspectos psíquicos que relacionem o zumbido, os fenômenos alucinatórios auditivos e depressão.

3 Revisão de literatura

Com o objetivo de privilegiar a compreensão, optamos por discorrer livremente sobre os tópicos apresentados, sem nos ater à ordem cronológica dos artigos, tomando por base os conhecimentos da medicina e da psicanálise de orientação freudiana e lacaniana.

3.1 Zumbido e depressão

Embora vários pacientes tolerem bem o zumbido, uma parte sofre com estresse psicológico importante, buscando continuamente um tratamento de auxílio, o que se torna um fator de risco para depressão (Hébert e Carrier, 2007). Considerada pela psiquiatria como uma doença de origem biológica, supostamente hereditária, a depressão tem seu diagnóstico condicionado a sintomas específicos com certa duração, intensidade e frequência (Rodrigues, 2000), como humor deprimido, perda de prazer e interesse, alteração de sono e/ou apetite, agitação ou retardo psicomotor, diminuição das atividades e energia, fadiga etc.

De acordo com o CID-10 e o DSM-IV, o episódio depressivo leve manifesta-se por pelo menos dois dos sintomas mais típicos, por no mínimo duas semanas. O indivíduo mostra-se angustiado, mas não deixa de realizar suas atividades. Pode haver ou não presença de sintomas somáticos, como dores, avidez por alimentos específicos ou outras queixas corporais. No

episódio depressivo grave, a dificuldade para realizar atividades é bastante considerável, com presença importante de angústia e agitação, auto-depreciação, sentimentos de inutilidade e culpa, risco suicida e sintomas somáticos. Dificilmente o sujeito continua a exercer suas atividades. Podem ocorrer sintomas psicóticos (delírios que envolvam pecado, desastres iminentes; alucinações com vozes difamatórias, sensação de carne em decomposição; estupor depressivo).

A comorbidade com a depressão potencializa as incapacitações dos pacientes com zumbido (Langguth et al., 2007), semelhante ao que ocorre naqueles com dores crônicas (Holgers et al., 2005; Zöger et al., 2006). Assim, o sucesso do tratamento do zumbido depende do sucesso do tratamento das comorbidades, pois há uma interferência de mão dupla entre estes sintomas.

Apesar dos bons efeitos dos antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, Folmer (2001) e Folmer e Shi (2004) enfatizaram que a psicoterapia deveria ser o tratamento prioritário para ansiedade, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo, considerando-se que a complexidade dessas alterações demandaria outros tratamentos além do medicamentoso.

Para a psicanálise – que é um tipo singular de psicoterapia – a depressão é uma manifestação de dor e de sofrimento decorrentes das perdas em diversos momentos da vida. Não se trata de um quadro único, mas de estados depressivos diversos que podem surgir em momentos

precisos da vida, como o luto, apresentando diferenças referentes à neurose ou à psicose.

Dentro dessa perspectiva, é fundamental avaliar como o sujeito está implicado na manifestação depressiva, que pode ser um momento ou efeito de uma posição subjetiva mais definida. Em todos estes casos, as manifestações são inibições que limitam as funções do eu, constituindo um escape ao enfrentamento das perdas inerentes à vida (Lacan, 1993).

3.2 Zumbido, surdez e envelhecimento

A audição, além de ser um sentido de alerta e de orientação, apresenta funções importantes desde a formação do psiquismo. Como a orelha é um orifício que não pode ser fechado, a audição está sempre ativa e estabelece sincronia entre os demais sentidos. Desde o nascimento, a escuta da voz da mãe organiza e tranqüiliza o bebê, deixando marcas simbólicas que posteriormente comporão sua identidade e auto-percepção (Laznik, 2004).

A perda de audição traz mudanças na percepção da realidade, e proporciona um sentimento de estranheza em relação ao mundo (Virole (1996) apud Solé (2005)), como mudanças na percepção temporal. Provoca alterações do eu e, até mesmo, indícios de depressão, que podem diminuir com a adaptação à condição de surdez.

O zumbido pode ser considerado como uma consequência comum da perda auditiva, nos seus diferentes graus, afetando entre 85 e 96% dos

casos (Sanchez et al., 2005; Mühlau et al., 2006; Ferrari et al., 2007), sendo referido como uma das sensações fantasma (Mühlau et al., 2006).

A presbiacusia é bastante comum com o envelhecimento. Trata-se de uma perda auditiva neurossensorial, de lenta progressão, com efeitos psicossociais danosos como ansiedade, diminuição da autonomia e isolamento, que favorecem o surgimento de sintomas depressivos (Kramer et al., 2002).

Na população idosa, 8 a 16% apresentam sintomas depressivos, mas depressão é subdiagnosticada nesta faixa etária (Mulsant e Ganguli, 1999; Reynolds III et al., 2002) e a eficácia dos tratamentos é modesta (Cole e Dendukuri, 2003). Por vezes, os idosos se referem aos sintomas depressivos através de fenômenos corporais, desvalorizando os sintomas mentais e emocionais, dificultando o diagnóstico (Mulsant e Ganguli, 1999; Reynolds III et al., 2002).

Cole e Dendukuri (2003) indicaram, em revisão sistemática e meta-análise, cinco fatores de risco para a depressão entre os idosos: luto, distúrbio do sono, limitações físicas, depressões anteriores e sexo feminino – destacando-se de modo importante os três primeiros.

Muitos idosos questionam validade de suas vidas diante das perdas decorrentes do envelhecimento, bem como do processo de silêncio ao qual são submetidos no mundo contemporâneo, que exige rapidez e produtividade. Antes, as lembranças dos idosos eram o meio de transmissão

de tradições e vivências às próximas gerações; hoje, pouco se fala a eles, o que compromete o estabelecimento de uma memória transgeracional.

A limitação ou a impossibilidade de falar do que se vive ou se viveu, colabora de modo decisivo para a depressão. A perda do suporte do olhar do outro ou de sua escuta trazem como reflexo a sensação de desamparo. Com o esvaziamento do interesse pela vida, impedindo também a capacidade de sonhar e planejar, muitos se tornam deprimidos sem que isso seja percebido por eles próprios ou por seus familiares (Mannoni, 1995).

A capacidade de suportar o trauma da perda sensorial depende da condição de enfrentamento de cada um, aceitando-se a perda e ajustando-se às novas condições (Heine e Browning, 2002). A capacidade de enfrentamento e ajustamento também são indícios de saúde mental (Qualls, 2002).

Com a perspectiva do crescimento futuro do contingente de idosos (Heine e Browning, 2002), a presbiacusia torna-se um fator a ser bastante considerado nos programas de reabilitação dos idosos, assim como os aspectos psicossociais, como o isolamento e o enfrentamento da diminuição da autonomia.

Superar os lutos decorrentes do envelhecimento – perdas de audição, de visão, de memória, de vida amorosa e sexual etc – e de encontrar novos estímulos e possibilidades, necessita de um mínimo de presença de outras pessoas para interagir na vida (Mannoni, 1995). Por vezes, o isolamento contribui para uma regressão imaginária, encontrando satisfação somente

nas lembranças do passado, deteriorando os relacionamentos atuais e causando estranheza.

3.3 Fenômenos alucinatórios: entre o orgânico e o psíquico

Há diversos tipos de definições das alterações da sensopercepção.

Na alucinação, dois aspectos fundamentais foram ressaltados desde a primeira definição: a percepção de algo inexistente na realidade e a firme convicção de que esta percepção se refere a algo objetivo (Nasio, 1997); em outras alterações da sensopercepção, como as alucinoses e as pseudo-alucinações, existe a consciência de que a percepção é de origem subjetiva (Paim, 1986).

Contudo, inexistente consenso para definição das alterações da sensopercepção entre os diferentes autores (Cheniaux, 2005). Assim, optamos por usar neste estudo uma nomenclatura geral para essas alterações: fenômenos alucinatórios.

Várias teorias buscam explicar esses fenômenos, como apontou Dalgarrondo (2000):

- teoria irritativa cortical, na qual lesões irritativas no córtex cerebral seriam responsáveis por percepções complexas;
- teoria neurobioquímica, que relaciona os fenômenos ao uso de drogas e de outras substâncias em sujeitos normais, não psicóticos;

-
- teoria do fenômeno de deaferentação/liberação neuronal (*releasing hallucination*), especialmente válida para as alucinações musicais e visuais em idosos, relacionadas a déficits sensoriais e, portanto, poderiam ser atenuadas ou extintas com estímulos sensoriais externos;
 - teoria da desorganização global do funcionamento cerebral, que diminuiria a capacidade de diferenciação entre estímulos internos e externos;
 - teorias psicodinâmicas e afetivas, baseadas em conflitos inconscientes do sujeito;
 - teoria do distúrbio da linguagem interna (*inner speech*).

Entre os fenômenos alucinatórios auditivos, os audioverbais – caracterizados por vozes – são mais freqüentes, particularmente em pacientes esquizofrênicos – comumente com cunho depreciativo e perturbador (Kot e Serper, 2004) – ou naqueles com depressão grave (Lee et al., 2004). Gordon (2003) considerou que os fenômenos audioverbais têm origem cerebral, mesmo em pacientes com perdas auditivas.

Diversos estudos que utilizaram a ressonância magnética funcional para avaliar os fenômenos alucinatórios auditivos demonstraram ativação de diferentes áreas do córtex cerebral em pacientes esquizofrênicos (Silbsweig et al., 1995; Sommer, Aleman e Kahn, 2003; Stip e Bentaleb, 2003; McIntosh, 2004; Stephane et al., 2006) e não esquizofrênicos ou com Parkinson (Matsui et al. , 2007).

Os fenômenos musicais são mais raros (Berrios, 1991; Fukunishi et al., 1998; Dalgarrondo, 2000; Williams et al., 2008) e bastante curiosos:

são descritos como tons, canções e melodias previamente conhecidas pelo indivíduo em outras fases de sua vida, percebidas de forma contínua ou intermitente. Frequentemente a consciência e a crítica de que são fenômenos alucinatórios estão preservadas (Berrios, 1991). Podem estar associados a déficits auditivos, doenças neurológicas ou transtornos psiquiátricos, especialmente depressivos (Dalgarrondo, 2000; Hermesh, 2004; Prommer, 2005).

Prommer (2005) associou os fenômenos musicais a: transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão); lesões cerebrais (atrofias, lesões do lobo temporal, epilepsia, tumores cerebrais); drogas (quetamina, ranitidina, propanolol, opióides, antidepressivos tricíclicos, pentoxifilina, álcool etílico, corticóides, benzodiazepínicos, paracetamol, canabinóides); doenças sistêmicas (como Lyme). Salientou que o hemisfério da lesão não seria importante, mas a perda auditiva aumentaria em 2,5% a incidência do fenômeno, não ocorrendo necessariamente na orelha com hipoacusia. O fenômeno é mais freqüente em mulheres idosas com perda auditiva (Fukunishi et al., 1998; Williams et al., 2008) e isolamento social (Prommer, 2005).

Dependendo da etiologia, o início pode ser abrupto ou gradual e, nos casos de acidentes vasculares cerebrais e depressão, tendem a desaparecer com o tratamento dessas alterações (Berrios, 1991; Hermesh et al., 2004).

Sua fisiopatologia ainda não foi identificada (Hermesh et al., 2004; Williams, 2008), mas sugere-se a privação sensorial como mecanismo

neurofisiológico primário (Hammeke et al.,1983; Gordon, 1994; Griffiths, 2000). A desinibição de circuitos neuronais liberaria traços de memória, propiciando a re-experiência de uma ou várias percepções, que seriam bastante vívidas para vários sujeitos. McNamara et al. (1983), Griffiths (2000) e Williams (2008) apontaram o envolvimento de aspectos centrais e periféricos no fenômeno.

Griffiths (2000) considerou esse fenômeno musical como um distúrbio do processamento de sons complexos, mais comum em portadores de perdas auditivas adquiridas severas ou moderadas, ou seja, o equivalente auditivo da Síndrome de Charles Bonnet, decorrente de perdas visuais. A imagem mental desse fenômeno musical pode ser baseada no mesmo mecanismo neural da percepção musical normal ou por mecanismos diversos. Griffiths comparou a geração do fenômeno a certos tipos de zumbido e observou o predomínio do córtex associativo direito e de ambos os córtices frontais. Propôs um modelo para a geração do fenômeno em pacientes com perdas auditivas sem psicose ou epilepsia.

O autor salientou que essa vivência dos fenômenos musicais é desagradável e merece tratamento; contudo, a eficácia da amplificação sonora para mitigar o fenômeno é pobre, nos pacientes com perdas auditivas.

Outros autores descreveram fenômenos musicais secundários a alterações neurológicas (Stephane et al., 1999; Schielke et al., 2000; Williams, 2008), que tiveram remissão após o tratamento da doença de base, apesar da manutenção da perda auditiva e do zumbido (Schielke et

al., 2000). Prommer (2005) apontou que sempre haveria algum tipo de perda auditiva periférica envolvida.

Gordon (1994), Griffiths (2000), Fischer et al. (2004) e Nam (2005) referiram a existência de outros tipos de fenômenos alucinatórios auditivos em pacientes com perdas auditivas, incluindo audioverbais e sons ambientais.

Nam (2005) referiu que os fenômenos musicais também podem ocorrer em pacientes esquizofrênicos com zumbido. O fenômeno musical pode ser, em alguns casos, a transformação do zumbido inicial, sendo necessário o diagnóstico correto para os tratamentos adequados e a prevenção do agravamento do quadro psicótico.

Fischer et al. (2004) descreveram dois idosos com depressão maior que tiveram evolução de seus fenômenos musicais para audioverbais, inclusive sob a forma de vozes de comando. Hammeke et al. (1983), Hugo et al. (2000) e Ali (2001) relataram casos de pacientes que, após vários anos de surdez, iniciaram alucinações musicais que pioravam no silêncio, mudavam de velocidade ou podiam ser substituídas voluntariamente ou por subvocalização.

O caráter perseverante dessa percepção musical e a manutenção da crítica de que o fenômeno tem origem subjetiva fez com que alguns autores questionem se são, de fato, um fenômeno alucinatório. Terao e Ikemura (2000) consideraram o fenômeno como próximo à obsessão pelo caráter repetitivo, intrusivo e involuntário. Hugo et al. (2000), Ali (2001), Hermesh et

al. (2004) e Williams (2008) o consideraram parte do estado obsessivo compulsivo, como um ritual mental repetitivo. Hugo et al. (2000) e Williams (2008) realçaram a inexistência de outros traços obsessivos nestes pacientes além do fenômeno musical, não permitindo o diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo.

Freud se interessou pelos diversos fenômenos repetitivos, marcando que a repetição poderia indicar uma seqüência inconsciente que identificaria o sujeito, bem como poderia ser a tentativa de reencontro de algo perdido, do qual haveria a aproximação pela repetição, como, por exemplo, a satisfação alucinatória do bebê na ausência materna – sendo ambas capacidades normais do psiquismo. Intrigou-se principalmente pelas repetições que curiosamente subvertem um princípio básico de regulação do aparelho psíquico através da evitação do desprazer. Nesse tipo de repetição subsiste um paradoxo: o sofrimento pela repetição de algo desagradável revela uma satisfação mórbida e bastante enigmática (Freud, 2003). Essa satisfação excessiva indica um usufruto inconsciente do ato repetitivo, constituindo-se como um importante desafio para o tratamento por resistir às intervenções convencionais, que se pautam no funcionamento comum de regulação do psiquismo (Valas, 2001).

Hermesh et al. (2004) considerou o fenômeno musical mais comum do que antes se supunha, apontando a necessidade de investigação nos diferentes quadros psicopatológicos.

Pouco se conhece sobre a ocorrência de alucinações na população em geral, mas há indícios de que sejam freqüentes (Ohayon, 2000). As

alucinações auditivas e visuais são consideradas como fator de risco para desordens psiquiátricas (Whalley et al., 2007), mas não são um fenômeno exclusivo das psicoses (Nasio, 1997).

O diagnóstico psiquiátrico prioriza a presença ou ausência de fenômenos específicos a cada um dos quadros nosológicos, sendo as alucinações fenômenos relevantes para essa diferenciação. Para a psicanálise, os fenômenos alucinatorios decorrem de vicissitudes das categorias clínicas – neurose, psicose e perversão –, que correspondem às derivações feitas por Freud a partir da psiquiatria clássica (Gerbase, 1995; Quinet, 2001; Maleval, 2007).

O diagnóstico psicanalítico se baseia na fala livre do sujeito ao analista, permitindo a avaliação do modo de organização dos aspectos fundamentais do psiquismo (Leguil, 1986; Gurgel, 1995; Monseny, 2001; Pamplona, 2001; Quinet, 2001), como os recursos inconscientes utilizados para defesa contra perturbações. Ser neurótico, psicótico ou perverso interfere diretamente no modo único como cada um conduz sua vida e como se posiciona frente às questões fundamentais da existência - a sexualidade, o desejo, a lei, a angústia e a morte.

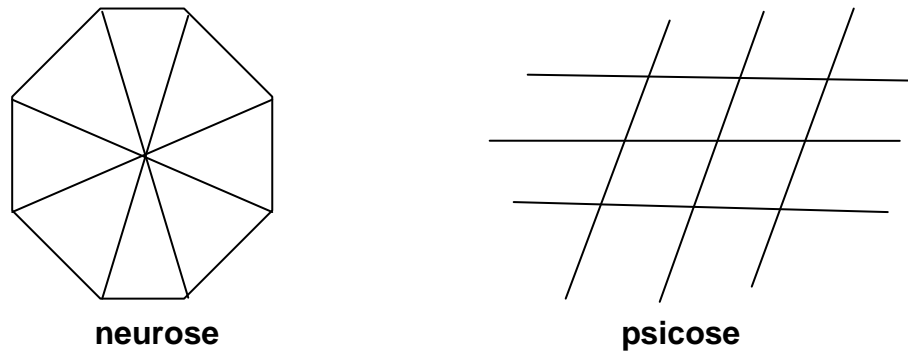
O neurótico é aquele que, no processo de formação do psiquismo, afirmou a simbolização primordial, dotando o aparelho psíquico de um ponto central que amarra e organiza as demais representações psíquicas (Gerbase, 1995). Esse modo de organização simbólica permite o pensamento dialético, a substituição/equivalência simbólica (metáfora), a

polissemia (uma mesma palavra pode ter vários sentidos) e a ambivalência no discurso (Pamplona, 2001).

O neurótico crê, mas não aposta plenamente em certezas, sabendo que não há garantias. Supõe que exista algo ou alguém maior do que ele, mas sempre apresenta dúvidas sobre os seus poderes e os dos outros (Pamplona, 2001). Como o neurótico não tem certezas, tenta todo tempo saber o que os outros desejam dele, organizando-se e agindo a partir do que constitui com resposta para a pergunta fundamental: “o que o outro quer de mim?”.

De modo diverso do neurótico, o psicótico rejeitou a simbolização primordial, não existindo a organização do psiquismo através de um ponto que amarre as demais representações simbólicas durante a formação do psiquismo. Isso marca seu discurso, a forma como lida com o corpo e com os impasses da vida, pois o aparato psíquico não consegue lhe oferecer os mesmos recursos da neurose.

Por isso, cada psicótico se organiza de modo singular, sempre a partir de suas próprias certezas, que se tornam muito mais rígidas ou erráticas – por se apoiarem no que se encontra pela vida e variando muito os seus pontos de amarração.



Figuras 1 e 2 - Ilustrações indicativas do tipo de amarração simbólica na neurose e psicose (Calligaris, 1989)

Na psicose, evidencia-se que a palavra é tomada literalmente, ou com usos muito particulares (neologismos), e certezas que não respondem a questionamentos pelo pensamento dialético (Gurgel, 1995).

A psicose não é uma categoria clínica deficitária em relação à neurose, mas uma forma peculiar de constituição do psiquismo que se apresenta de maneiras variadas (Calligaris, 1989; Alvarenga, 2000; Zenoni, 2000; Chorne, 2007; Tendlarz, 2007), podendo até, antes do desencadeamento de uma crise, ser muito parecida com a neurose (Lacan, 2002).

As alucinações e delírios são fenômenos que comumente marcam a psicose e evidenciam uma forma de organização do psiquismo que já estava presente, porém quase silenciosa. O fenômeno alucinatório, tanto na neurose quanto na psicose, é produzido quando faltam nexos simbólicos para suportar alguns momentos que produzem estados de desamparo. Exemplos desses momentos são: o sofrimento corporal, a supressão

sensorial, a eliminação das referências de tempo-espaço ou ataques aos ideais do sujeito (Alonso, 2004).

Na neurose, podem ser gerados diferentes fenômenos alucinatórios com personagens da história pessoal para criar um espaço protetor que permita suportar o horror desse desamparo (idem). Na psicose, os fenômenos alucinatórios, pelas características da formação do psiquismo, são percepções consideradas como reais pelo sujeito.

4 Casuística e Método

Esta pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP (protocolo 1046/06).

4.1 Critérios de inclusão

Pela raridade do fenômeno, foi estudada uma amostra de conveniência, com inclusão de todos os pacientes atendidos no Grupo de Pesquisa em Zumbido da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do ICHC-FMUSP que apresentaram fenômenos alucinatórios auditivos, com zumbido uni ou bilateral, no período de fevereiro de 2007 a fevereiro de 2008.

4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes impedidos, por qualquer motivo, de iniciar ou concluir as etapas previstas na pesquisa (como por doenças neurológicas, afasia, mudez, surdez não reabilitada pelo método oral, etc).

A amostra final foi composta por 10 pacientes (8 do sexo feminino), com idade variando entre 43 e 85 anos (média de 65,7 anos). Do ponto de vista orgânico, a avaliação médica e audiológica realizadas antes do estudo

demonstraram que todos apresentavam perda auditiva (condutiva, neurossensorial ou mista, de grau leve a profundo) e um apresentou epilepsia do lobo temporal mesial.

4.3 Procedimento

A pesquisa foi dividida em duas etapas, nas quais cada paciente foi submetido de 2 a 4 entrevistas.

1ª etapa:

- Caracterização de aspectos da personalidade através do Inventário Fatorial da Personalidade (IFP) – Anexo A;
- Avaliação da gravidade dos fenômenos depressivos através da Escala para Depressão de Hamilton (HAM-D) – Anexo B;
- Entrevista semi-dirigida gravada para caracterização dos fenômenos alucinatórios (auditivos ou não), por meio do seguinte roteiro:
 - tipo;
 - fatores de melhora e piora;
 - reações provocadas nos pacientes;
 - relação com aspectos relevantes da vida;
 - crenças sobre o surgimento e o conteúdo ;
 - suposta origem (subjetiva ou objetiva).

2ª etapa:

- Discurso livre dos pacientes em entrevistas psicanalíticas preliminares, buscando avaliar todos os objetivos deste estudo.

A primeira etapa foi efetivada por uma pesquisadora auxiliar, devidamente treinada. A segunda etapa, realizada pela pesquisadora principal, foi cega em relação à anterior.

4.4 Instrumentos**IFP – Inventário Fatorial da Personalidade – Anexo A**

Composto por 155 frases, sendo:

- 135 correspondentes às 15 variáveis da personalidade (9 frases por variável), medidas através de necessidades ou motivos psicológicos (assistência, dominância, ordem, denegação, intracepção, desempenho, exibição, heterossexualidade, afago, mudança, persistência, agressão, deferência, autonomia, afiliação);
- 20 frases divididas em: 12 referentes à escala de desejabilidade e 8 de validade (ou escala de mentira, que favorecem a avaliação da veracidade das respostas de todo o inventário).

Cada frase é avaliada por uma escala de 7 pontos, que variam de “1 = nada característico” a “7 = totalmente característico”. O inventário possui

normas brasileiras, distintas por gênero. Para cada paciente é estabelecido um perfil, identificando-se necessidades fortes e fracas (Pasquali, 1997).

Escala de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D)

Foi utilizada para avaliar a presença e gravidade de sintomas depressivos, de acordo com o Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton e pontuada de acordo com Blacker (2000).

Entrevista semi-dirigida

Foi baseada em roteiro, exposto no item 4.3, previamente estabelecido pelos pesquisadores para nortear a entrevista.

Entrevistas psicanalíticas preliminares

O método psicanalítico tem como regra fundamental a associação livre, na qual o discurso do paciente flui livremente a partir do que ele deseja dizer. Na relação estabelecida com o analista, os elementos do psiquismo se evidenciam pelo modo como o sujeito se refere à sua história, aos seus sofrimentos e à sua forma de lidar com eles (Alvarenga, 2000; Pamplona, 2001). As entrevistas psicanalíticas preliminares são aquelas realizadas antes do tratamento, quando se prioriza o estabelecimento do

diagnóstico da categoria clínica (neurose, psicose e perversão) e de um sintoma que possa ser tratado posteriormente.

4.5 Análise de dados

A análise qualitativa foi efetivada de acordo com os pressupostos teóricos que fundamentem cada instrumento utilizado:

- o IFP e a escala de Hamilton foram avaliados com base nas suas respectivas normas;
- as entrevistas semi-dirigidas, pela análise dos conteúdos referidos a cada um dos tópicos especificados no roteiro;
- as entrevistas psicanalíticas preliminares, pelos fundamentos teóricos referentes – psicanálise de orientação freudiana e lacaniana.

Em razão da amostra de conveniência pela raridade do fenômeno, a análise quantitativa foi realizada pela contagem simples dos eventos.

5 Resultados

Considerando-se todo o grupo de 10 sujeitos, destacaram-se pelo IFP:

- necessidades mais fortes: a desejabilidade social (indica o interesse em ser agradável aos outros) e a denegação (tendência a culpar-se, aceitar punição e desejar autodestruição);
- necessidades mais fracas: mudança (empenho muito pequeno em alterar os fatos) e dominância (desinteresse em influenciar e dominar os outros).

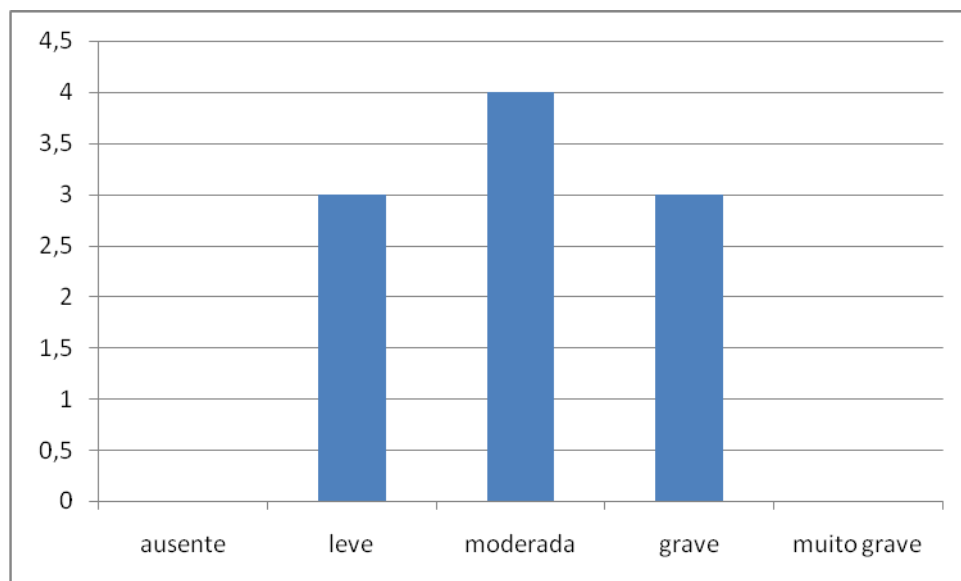


Gráfico 1 – Intensidade da depressão (pontuação de acordo com Blacker, 2000)

Sintoma depressivo referido com maior gravidade

- Hipocondria: 7 pacientes (Simone, Alberto, Dolores, Nobre, Cândida, Marta e Paulina)

Obs.: todos os nomes usados são fictícios

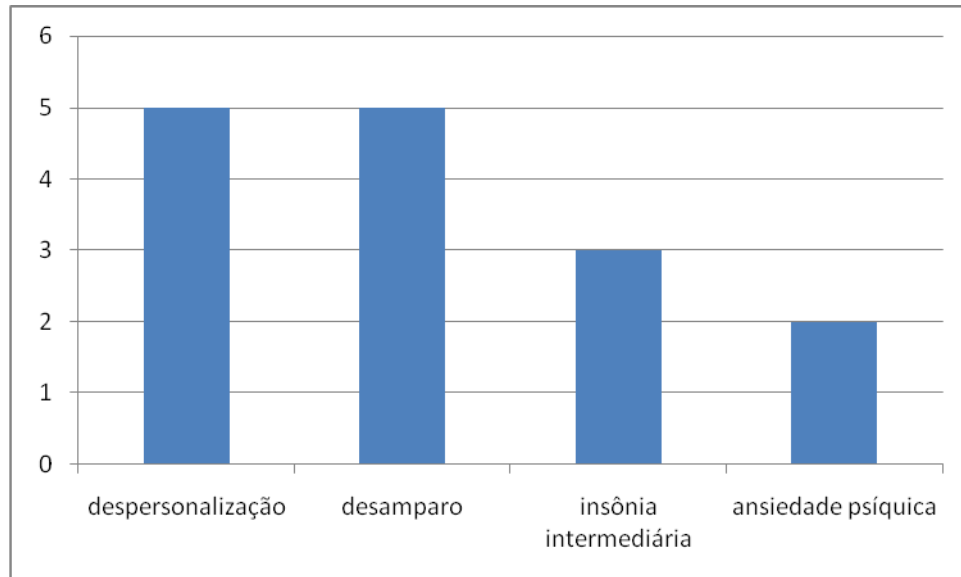


Gráfico 2 - Sintomas depressivos referidos com intensidade moderada

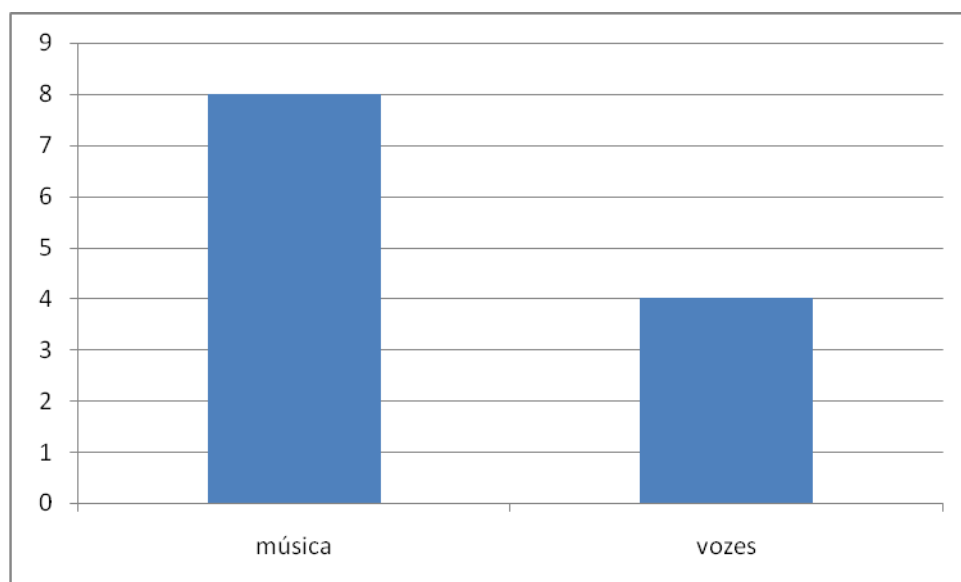


Gráfico 3 - Tipos dos fenômenos alucinatorios auditivos

Obs.: 2 pacientes referiram fenômenos tanto musicais quanto audioverbais

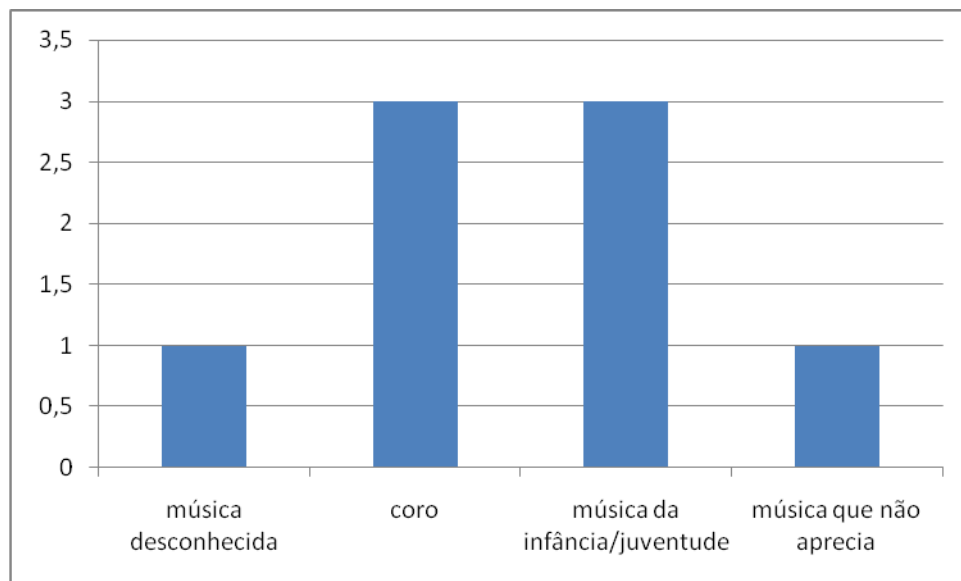


Gráfico 4 – Tipos de fenômenos alucinatórios musicais

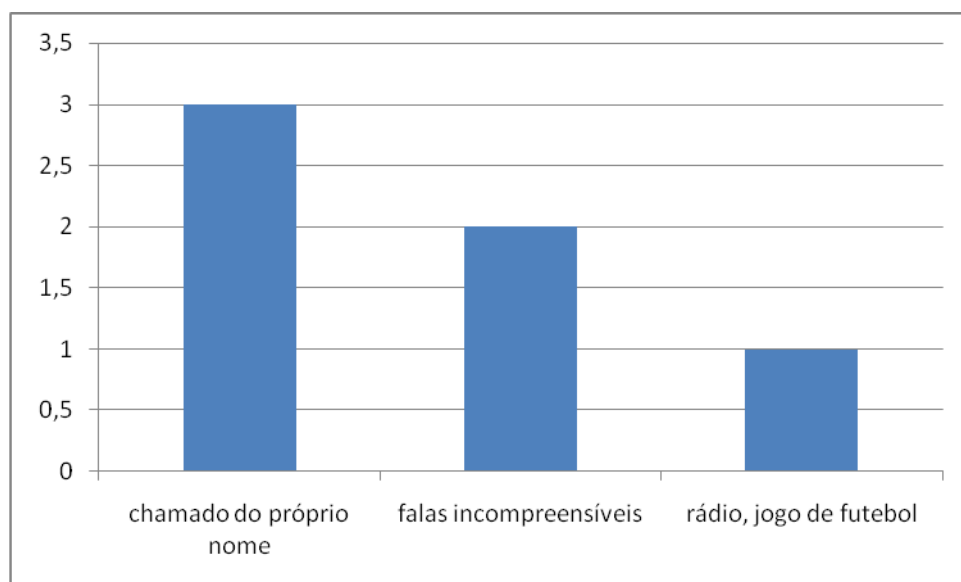


Gráfico 5 – Tipos de fenômenos audioverbais

Tabela 1 - Intensidade dos sintomas depressivos (HAM-D) e tipos de fenômenos alucinatórios auditivos (entrevistas semi-dirigidas)

	Depressão	Tipo de música	Tipo de voz
Alberto	Moderada	infância/juventude	---
Ana	Leve	Coro	Falas incompreensíveis
Cândida	Grave	infância/juventude	Chamado do próprio nome
Diana	Leve	Melodia desconhecida	---
Dolores	Moderada	Coro	---
Geralda	Moderada	---	Chamado do próprio nome
Nobre	Moderada	desagradável	---
Marta	Grave	---	Chamado do próprio nome
Paulina	Grave	infância/juventude	---
Simone	Leve	Coro	Falas incompreensíveis

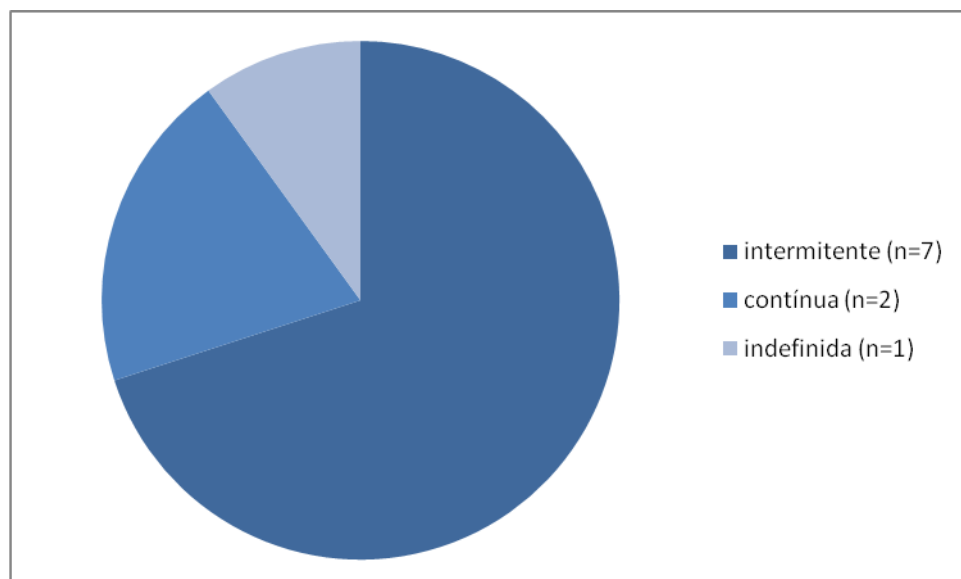


Gráfico 6 - Frequência dos fenômenos alucinatórios

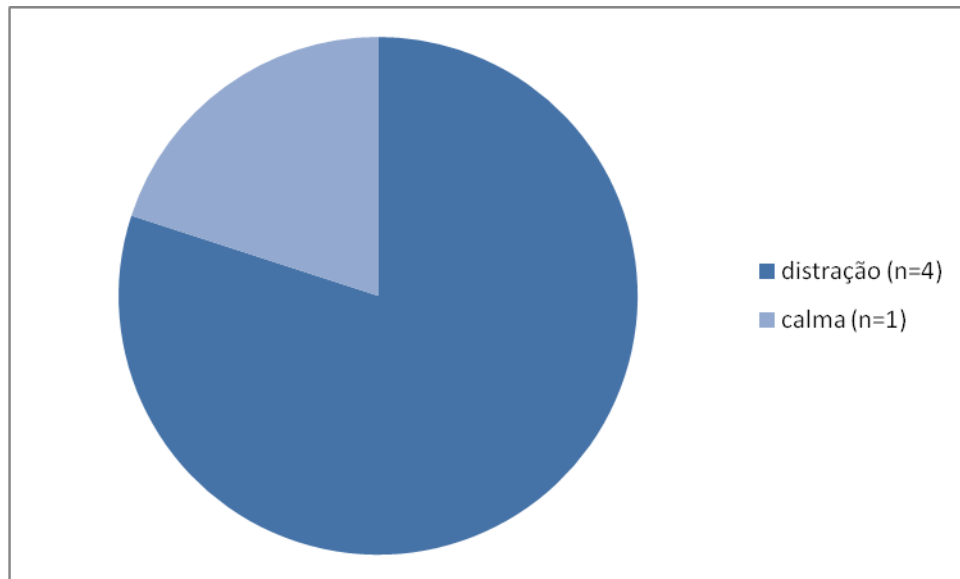


Gráfico 7 - Fatores de melhora dos fenômenos alucinatórios – 5 pacientes

- **Fatores de piora dos fenômenos alucinatórios – 4 pacientes**
 - **Lembrança da música:** 1 paciente
 - **Melhora da audição:** 1 paciente
 - **Agitação:** 1 paciente
 - **Ir dormir:** 1 paciente

- **Desaparecimento do fenômeno alucinatório:** 3 pacientes
 - **após dormir bem :** 2 pacientes
 - **sem relação atribuída:** 1 paciente

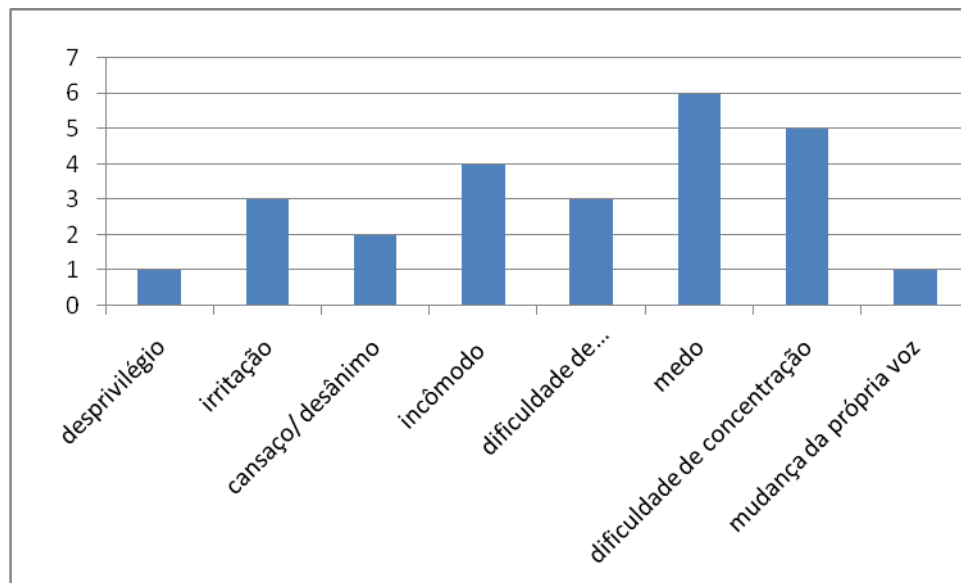


Gráfico 8 - Sentimentos provocados pelos fenômenos alucinatorios

Obs.: os pacientes que referiram “incômodo” se disseram acostumados a isso, no entanto, referiram sofrer com limitações da perda de audição e outras perdas, como decorrentes do envelhecimento.

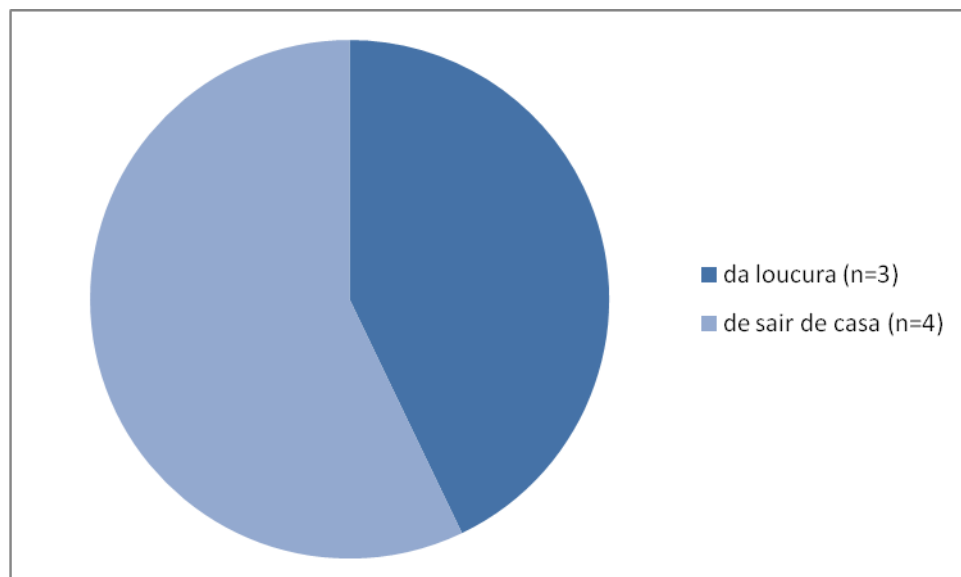


Gráfico 9 - Tipos de medos referidos

Obs.: uma paciente (Marta) referiu possuir ambos os medos.

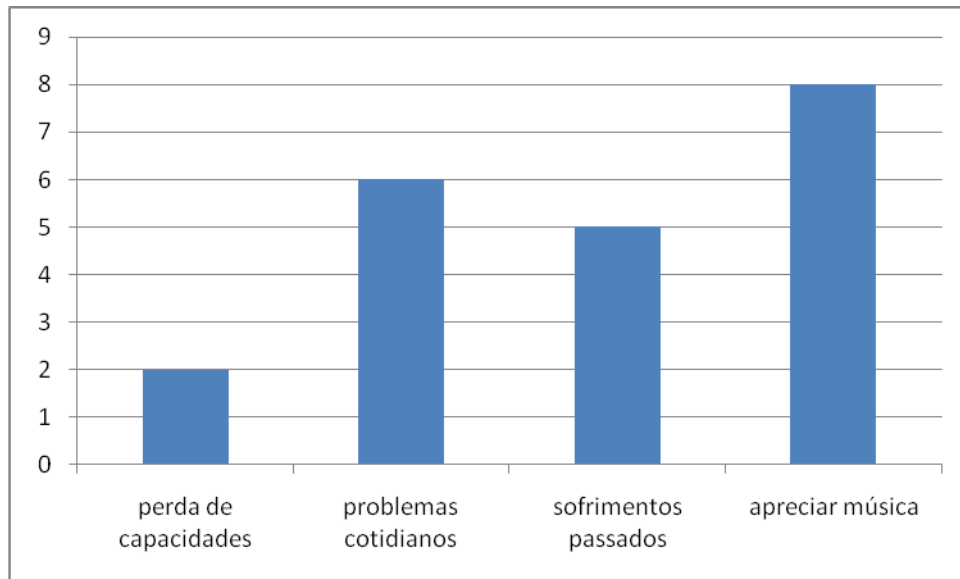


Gráfico 10 - Aspectos relacionados ao surgimento dos fenômenos

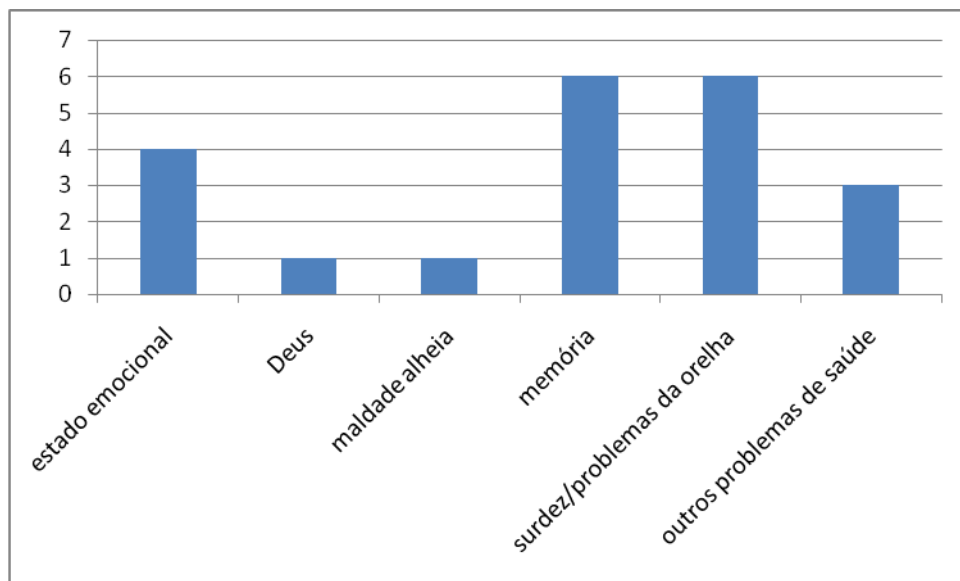


Gráfico 11 - Crenças sobre causa dos fenômenos alucinatorios

Suposta origem do fenômeno

- Subjetiva: todos
 - Confundiram-se algumas vezes, pela nitidez da percepção: 6 pacientes

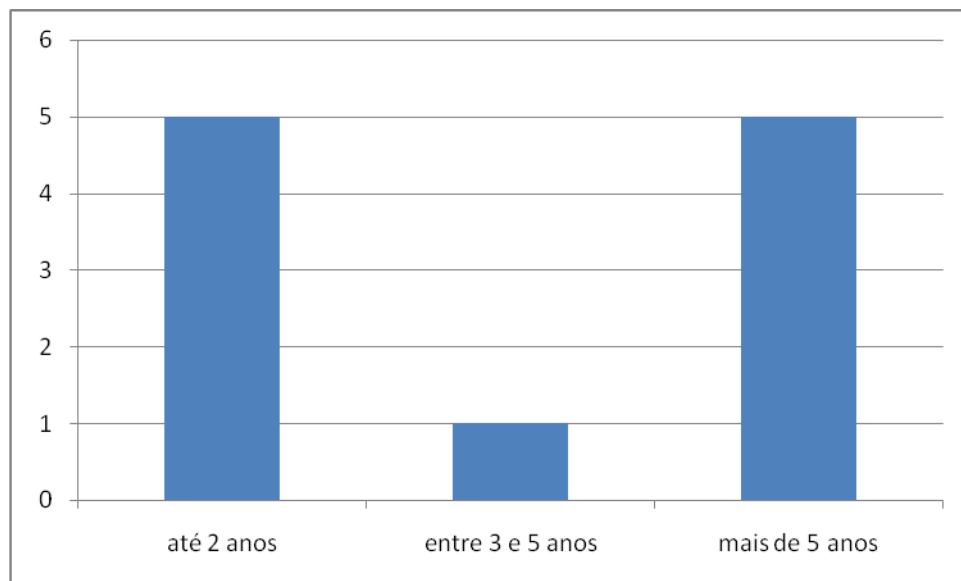


Gráfico 12 - Tempo de percepção

Obs.: uma paciente (Marta) referiu tempos diferentes para o surgimento do fenômeno audioverbal e do musical.

5.1 Resumo das entrevistas psicanalíticas preliminares

CASO 1 – “Se não me falhasse a memória...”

Alberto, 75 anos, 2 entrevistas psicanalíticas.

Alberto nasceu no interior e passou por dificuldades que atribui à sua origem étnica e às dificuldades financeiras enfrentadas pela família durante sua infância e juventude – período em que fez o que chama de “extravagâncias por diversão”, mas preferiu não detalhá-las.

Casou-se duas vezes. Na segunda, teve uma filha, que é mãe solteira – fato que comenta com tristeza. Apesar de se dizer feliz com o segundo casamento, deixa notar que se sente bastante só.

No princípio de sua maturidade, formou-se advogado e se dedicou a tratar de pessoas pobres e de seu grupo étnico. Atualmente, não consegue mais trabalhar porque se esquece de sessões marcadas em tribunais e de outros compromissos profissionais. Fala disso com profunda tristeza, referindo-se a si mesmo como “lixo” e entendendo que seus esquecimentos têm relação com a idade já avançada.

Compreende que seu zumbido teve início após cirurgia ortopédica e supõe ter havido algum erro médico. Não se esquece da fala do cirurgião em resposta à sua suspeita: “não vai achar que isso apareceu por causa da operação?!...”. Também não se esquece das situações nas quais foi desprivilegiado ou nas quais sua honestidade foi questionada, inclusive publicamente. Queixa-se de uma “dor curta, no alto da cabeça”, que surgiu logo após esse acontecimento em público, que lhe constrangeu fortemente.

Os fenômenos alucinatorios musicais deixaram de ser escutados após uma única dose de medicação para um exame. Nem se lembra mais das músicas, mas disse que eram do tempo de suas “extravagâncias” da juventude. “A música sumiu. Se eu quiser lembrar, não lembro. E o zumbido que eu quero esquecer, não posso!”.

Percebe que os outros não têm a mesma sensibilidade que ele às causas sociais, tratando pessoas como “lixo”. Tem noção de que se fixa a

essas lembranças ruins; quanto às lembranças boas, diz que “elas foram raras na vida”.

Apesar de ter várias queixas e impedimentos pelas falhas na memória, perguntou-se: “Será que mentalizei isso... será que gravei isso no CD, no ‘meu’ computador e fico repetindo isso como a música?”, ao perceber que tende fortemente a se apegar à repetição do que lhe foi causador de sofrimento na vida, sejam as lembranças de fatos, o zumbido ou as músicas.

Afirmou querer lidar de outra forma com suas lembranças, decidindo iniciar seu tratamento psicanalítico. No entanto, na primeira sessão, disse “não tenho mais nada para dizer para a senhora”. Não compareceu mais às entrevistas nem a várias consultas médicas para tratar de seu sofrimento referente ao zumbido.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Antes de seus importantes lapsos de memória, Alberto podia usar os conhecimentos do curso universitário para cuidar dos que diz serem tratados como “lixo”, aos quais se identifica pela etnia e pelas vivências de pobreza. Fatos como o constrangimento diante do médico ou da exposição pública são citados sem referência a aspectos afetivos; na seqüência, descreve as dores referidas ao corpo como se desconhecesse as relações entre esses fatos, os afetos e as dores – como exemplifica em sua narrativa sobre a cefaléia. Sente-se só diante dos valores do mundo atual, que são bastante diversos dos seus – faltam pessoas que ajam como ele e sejam sensíveis às

limitações alheias; a filha que é mãe solteira; o médico que não assume um erro em uma cirurgia. Possivelmente, as evidências de solidão e descrença em mudanças tenham colaborado para pequena adesão de Alberto aos tratamentos oferecidos.

Frente a tudo isso, adota um posicionamento depressivo. Sua memória o trai: esquece seus compromissos e os bons momentos da vida, mas lembra-se dos maus momentos e do zumbido. Evidencia que sua tristeza e falta de investimento na vida estão vinculados à tendência de repetir *ad eternum* o que lhe causa sofrimento – como a solidão no mundo e o zumbido.

As lembranças do passado, mesmo as ruins, o transportam para momentos em que era considerado na vida de outra forma, tinha uma função produtiva e respeitosa. Certamente, no tempo das “extravagâncias por diversão” feitas na juventude, Alberto não se sentia incapacitado como agora, “um lixo” – como ele próprio se designa. Os fenômenos musicais permitiram um retorno curioso a este tempo do rigor físico, apesar de todo o desagrado que lhe trouxeram. Os diversos sofrimentos apresentados por Alberto são representantes de conteúdos psíquicos inconscientes, o que evidencia sua neurose.

CASO 2 – “Não acredito nas bruxas, mas que elas existem, existem...”

Geralda, 43 anos, 4 entrevistas psicanalíticas

Inicialmente mencionou com precisão o surgimento de sua tontura, relacionando-a ao momento em que sua família teve que abandonar

bruscamente os bens que conquistaram com sacrifício para evitar morte por ação de vizinhos “bandidos”. Desde então, passou por grande restrição financeira - “feridas que a gente não esquece (...) não conseguimos nos reerguer!”. No entanto, os bens que a família tem conquistado atualmente prometem ser melhores que os que foram perdidos.

Também informou com precisão a data de um acidente automobilístico que lhe comprometeu as costas, deixando-a com dores importantes e dificuldade de locomoção. No entanto, não soube definir a data do surgimento do zumbido, que se parecia com barulho tremido, “asas de bichinhos”.

Escuta “chamados”, “vozes” que dizem apenas o seu nome. Distingue apenas uma voz que se assemelha à de uma vizinha. Por vezes, esse fenômeno é confundido com algo real. À noite escuta as vozes lhe chamando, acordando assustada. Escuta pessoas que a chamam no portão, chegando a abri-lo. Também ouve o barulho de portão se abrindo. Dorme bem apenas o “primeiro sono”. “Um dia, eu tinha ouvido abrir o portão... mas ninguém entrou!...”. “Às vezes, eu tenho medo de ficar louca (...) fecho o portão, aí me sinto mais segura!”, “Às vezes, tenho a impressão de ter alguém em casa. Sinto medo, mas não posso porque eu sei que não tem ninguém. (...) Me pergunto ‘o quê?’, ‘por quê?’, ‘quem?’”. Quando perguntada sobre o que se referia, respondeu: “quem faria isso? para quê?”. Referiu suas tentativas de acompanhar auditivamente os movimentos do marido, depois de ter aberto o portão, quando chegava bêbado em casa.

Questionada sobre o que pensava que fossem esses fenômenos auditivos, respondeu que “a inveja é pior que macumba. A gente não acredita, mas que existe, existe! (...) Eu acho que é a inveja que não deixou a gente chegar no topo (...) Hoje até que estou bem!”. Contou sobre um vizinho que questionou porque a família dela teria recebido a instalação de uma linha telefônica antes da família dele, que fez o pedido bem antes.

Sente “uma confusão na cabeça”, “um medo de enlouquecer... O coração acelera, penso que vou chegar ao ponto de rir, mas isso não acontece”. Não conta isso para ninguém, pois teme trazer problemas aos outros.

Não tem contato com os vizinhos, apenas com a que confunde a voz. Com ela, Geralda e as filhas trocam serviços de beleza – escova por manicure, por exemplo.

O marido interrompeu o alcoolismo há tempos e está mais próximo, mas fala como se nada tivesse se modificado. São evangélicos e têm 3 filhos adolescentes: a mais velha é a maior fonte de preocupações por tentativa de suicídio durante episódio depressivo e indícios de transtorno alimentar; a filha do meio é casada há poucos anos, tem um bebê de meses, mas refere a possibilidade de grave violência física entre eles; o caçula fez tratamento psicológico ao ver a violência entre seus pais.

Geralda tem epilepsia desde os 12 anos. Toma carbamazepina, com controle do quadro, e usa amitriptilina pelas queixas dolorosas. Disse ser “muito nervosa”, referiu situações de relativa agressão com o marido e arrependimento por ter batido nos filhos, especialmente na mais velha;

contudo, afirma que nunca os machucou. “Se eu tivesse machucado, não sei como estaria minha cabeça!”. Teme que a filha mais velha morra.

“Nervoso(a)” é uma palavra que usa para referir-se a si mesma e ao pai – que era “ruim, ruim, ruim” por diversas agressões que fez à mãe, a ela mesma e aos irmãos. Não consegue atribuir nenhum motivo para estas agressões, a não ser a própria maldade de seu pai.

Ela e o esposo se conheceram na infância em Minas Gerais, reencontraram-se por acaso em São Paulo e se uniram pela primeira gravidez do casal; a segunda gravidez ocorreu amamentando a filha recém-nascida, supondo que essa fosse uma forma de contracepção; e a terceira pela interrupção de pílula por orientação médica para tratar de diversos problemas reumatológicos que surgiram simultaneamente. Logo após o nascimento do terceiro filho, cessaram-se as crises dessas doenças, mas começaram diarréias, cujas crises permanecem diante de situações de preocupação com a filha mais velha. Referiu ter diagnóstico de colite e síndrome do intestino irritável.

Pensa que o que lhe faz mal são as lembranças. Não se esquece dos fatos ruins ocorridos por atitudes do pai ou de seu marido.

Acredita que o tratamento psicanalítico possa ajudá-la, já que fez bem ao filho. Fez tratamento anterior com psiquiatra “muito bonzinho”, mas abandonou sem motivos evidentes. Falta muito às entrevistas e consultas, o que justifica por questões financeiras. Acabou abandonando também este tratamento.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Geralda representa seus sofrimentos por uma via privilegiadamente corporal, relacionando as alterações corporais a fatos de sua vida sentimental – a tontura depois de problema com os bandidos, evidenciando a dificuldade dela e da família para se “reerguer”; as crises de diarreia com as preocupações com a filha. No entanto, seu corpo também lhe traz questões que não sabe responder: o zumbido; o temor de enlouquecer, que acompanha sensações corporais muito singulares (“o coração acelera, penso que vou chegar ao ponto de rir, mas isso não acontece”); e as vozes, que não atribui a algo seu, mas a outra pessoa não identificada e invejosa - “a gente não acredita, mas que existe, existe”. Deseja ter algo e melhorar, mas quando isso ocorre, não percebe e sofre, aguardando uma piora ou perda – como o seu pequeno reconhecimento e aproveitamento das mudanças do esposo e da família.

É nesse contexto que situa o fenômeno auditivo, que remonta à invasão de sua casa ou ao retorno do andar sorrateiro do marido bêbado. Embora afirme temer esses fatos, parece aguardar por eles. Sempre interpreta que alguém esteja em casa, o que se evidencia na repetição dessas percepções sonoras, das quais duvida, mas às quais atribui grande vivacidade, chegando a comprometer seu sono. Sempre se vê em situação de prejuízo, seja pelo que fez – ter batido nos filhos, identificando-se a seu pai “ruim, ruim, ruim” –, pelo que lhe foi feito – acidente automobilístico e presença dos “bandidos” – ou pelo que poderá acontecer – pelos fenômenos alucinatórios e seus temores.

Sabe que essas repetições constantes lhe causam grande sofrimento, mas abandona os tratamentos, mantendo sua descrença nas mudanças e impossibilitando-as. Geralda se mostra mais perturbada do que triste, perpetuando como pode essa condição de sofredora e prejudicada, o que atribui freqüentemente à ação de alguém – sustentando um modo de sofrimento neurótico.

CASO 3 – “Preferia que fosse à moda antiga”

Diana, 59 anos, 3 entrevistas psicanalíticas

Iniciou a entrevista pela perda de sua primeira filha – fato que ocorreu há 30 anos, durante o sexto mês de gestação. “Estava fazendo xixi e vi uma bola. Chamei meu marido, tentei botar para dentro (...) o pior é que a nenê estava viva”. Contudo, o médico lhe disse que estava morta. Entende que a mentira ocorreu para poupá-la de maiores sofrimentos, uma vez que a criança não sobreviveria.

Dias depois da perda dessa filha, teve uma grande dor de cabeça e foi internada. Refere que a perda auditiva tenha começado aí, embora tenha trabalhado em tecelagem desde a adolescência. Hoje, escuta com auxílio de próteses auditivas, mas não o suficiente para falar bem ao telefone.

No fim desse mesmo ano, engravidou e perdeu o bebê novamente; o que se repetiu, mais uma vez, sete anos depois.

Em 1988, começou a tomar algas “para perder a barriga, mas a barriga cresceu” (riu). A filha, quarta gestação, nasceu em agosto e a primeira pessoa que a segurou foi a cunhada. “Vai arrancar algum pedaço?”,

disse com ironia e raiva à sua cunhada, que nunca permitiu que Diana ou seus pais segurassem nenhum de seus três filhos quando bebês. Fala dessa restrição com a mesma tristeza que fala da morte do esposo e dos pais, todos por doenças que necessitaram de seus cuidados.

Desde pequena, Diana e seu irmão eram levados a muitos bailes pelos pais. Em um deles, que “não era bem falado”, conheceu seu esposo - que já era desquitado e tinha dois filhos. No início, ele pensou que Diana fosse “da noite”, uma mulher que lhe permitisse algumas liberdades sexuais.

O passado do esposo trouxe problemas entre Diana, sua mãe e sua cunhada. “Vejo ela direitinho falando, *em pezinha* na minha frente!”, refere-se à nitidez de sua lembrança do que elas diziam, de modo pejorativo, sobre o namoro. Das desavenças com a cunhada, enfatiza o fato dela não deixar que segurasse seus bebês - “estou com isso engasgado!”, apesar do longo tempo já passado.

Incomoda-se com o zumbido apenas quando está mais alto; toma rivotril para dormir. Já o fenômeno musical a incomoda constantemente, desde que surgiu há “1 ano e 1 mês”.

Sua sobrinha tem um bebê de “1 ano e 1 mês”. Quando foi pontuada a coincidência entre o tempo do fenômeno musical e o do nascimento, negou num primeiro momento, mas depois se espantou com o fato. Depois, referiu que a criança nasceu em janeiro e a música surgiu entre março e abril. Não conhece a música que ouve sempre, mas a considera como um “bolero” ou “valsa”.

Após dois meses do nascimento da sobrinha-neta, pediu à sobrinha para segurá-la, o que foi permitido. Foi o primeiro bebê descendente da cunhada que pôde segurar. A coincidência do surgimento de *sua* música se transfere para o momento em que segurou a bebê.

Tudo em sua vida está relacionado a músicas. A filha adolescente trabalha com dança. Ao falar do relacionamento dela com o futuro genro, disse que aceita, “mas preferia que fosse à moda antiga”.

Tem hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto. Com a morte do pai e do esposo, “não conseguia dormir com o barulho” (do coração), principalmente após a morte do marido. Chegou a tomar lexotan no início dos lutos, “depois passou” – a aceleração do coração.

Falou dos fatos que tocam seu corpo, como as mortes, mas não relaciona as alterações corporais à tristeza ou a qualquer outro afeto.

Ao final da primeira entrevista, disse que precisava falar sobre “um arrepio”, que começou logo após a morte do esposo, e vem do “dedão do pé, sobe, estraga o estômago, esquenta (perto do peito) e sai”, gesticulando enquanto fala. “Não sei o que é isso”. Procurou auxílio espiritual, mas não disseram nada conclusivo, porém indicaram que freqüentasse centro de “mesa branca”.

Trabalha de modo compulsivo na empresa da filha e fazendo casaquinhos de nenê em grande escala para doação a pessoas carentes – tarefa que começou após a perda de sua primeira gestação.

Contrapõe seu ritmo acelerado à sua música, “bem devagarzinha”, que está sempre presente, mas modula com o surgimento de algum som no

ambiente – como uma campainha –, ou de acordo com alguma outra música na qual ela pense.

Nas duas entrevistas subseqüentes, mencionou a diminuição do volume da música e do “arrepio”, que passou a surgir da virilha. Decidiu empreender o tratamento psicanalítico por estar se sentindo bem ao “desabafar”.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Sem se perceber, Diana usa seu corpo para expressar seus afetos, seja pelo “arrepio”, pela dor de cabeça, pelo barulho do coração ou pelo fazer compulsivo de casaquinhos para bebês carentes. Todos estes fenômenos corporais ocorrem após a morte de pessoas queridas.

Também sem perceber, revela uma ligação entre o nascimento da sobrinha neta e o surgimento de sua música, a “valsa” ou o “bolero”, que lhe invade a mente. Pela coincidência dos fatos, Diana deixou a pista de uma relação entre a música e a quebra de uma regra antiga: ter pedido e conseguido segurar um bebê vindo da cunhada. A sua música se mostra como uma representação dessa quebra.

Falou disso como uma transgressão, mas não seria a sua primeira, uma vez que se casou com um homem proibido pela mãe e pela cunhada, rompendo com uma “moda antiga”.

Também *não segurou* as três primeiras filhas que gerou com o esposo, perdendo todas durante a gestação. *Segurou* apenas a quarta, cuja

barriga fora sustentada quando Diana pensava em *perdê-la* num regime, sem saber que estava grávida.

Com esta filha, preferia que as coisas fossem à “moda antiga”, mas se cala.

Não se esquece do que viveu diante dessas duas mulheres importantes, a mãe e a cunhada. Lembra-se disso de modo muito vivo e repetitivo, mantendo intenso seu sofrimento.

Apesar de expressar seus afetos privilegiadamente através de seu corpo; quando falou de si a alguém disposto a lhe escutar, apresentou rapidamente efeitos nas queixas corporais. Assim, decidiu apostar na palavra para se tratar.

CASO 4 – A bela vista

Simone, 76 anos, 2 entrevistas psicanalíticas.

Desde a infância, Simone tem surdez na orelha esquerda, mas não sabe o motivo. Teve surdez súbita aos 39 anos, que foi quase toda remitida por uso de corticóide. Usa-o constantemente e tem alterações corporais por isso. Tem outros problemas oftalmológicos, reumatológicos e ortopédicos.

Queixou-se dos cuidados e amor materno, chamando por “mãe” a avó paterna. É descendente de europeus, tanto pelo lado materno quanto paterno. As músicas que ouvia, inicialmente, referiam-se a uma de suas origens.

Nasceu num bairro típico de imigrantes em São Paulo. Vários familiares dedicaram-se à costura; ela trabalhou com “alta costura” – como

frisa – desde muito cedo, afirmando perceber agora o *glamour* fantasioso envolvido nesse ambiente de trabalho.

Casou-se bem jovem com homem que supunha ter muito mais qualidades do que possui. Encantou-se pelos indicativos de suas posses e atributos, percebendo o engano logo após o casamento – “Não sei como entrei nisso!”.

Ficou “dez anos sem sair de casa” para cuidar dos filhos e trabalhar, auxiliando financeiramente, já que o marido perdeu bens e oportunidades de forma que desconhece, assim como desconhece e desconfia de várias atitudes e capacidades dele. Por valorizar demasiadamente as aparências, uma de suas filhas diz que “sua vida foi uma mentira”, o que fala com pesar.

Sente-se atualmente muito nervosa, agressiva, pela forma como é tratada pelo esposo e pelo fato de depender dele, em razão de suas limitações físicas, sem poder confiar nele.

O casal tem 3 filhos. Embora se queixe de sua mãe, Simone compara-se a ela no rigor com que tratou os filhos, em especial o mais velho. Contudo, acha que isso colaborou no caráter e sucesso dele, que é bem diferente do caráter do pai.

Pensou em se separar, mas sua caçula engravidou, acabando com seus planos. Atualmente, preocupa-se muito com a neta, fruto dessa gravidez inesperada da caçula, e com a forma pouco carinhosa como esta neta trata suas duas filhas.

Seus fenômenos alucinatórios musicais começaram há 10 anos, com mudanças farmacológicas feitas por um médico – em quem também não

confiava –, durante um tratamento estético. Foi tratar-se com ele depois de necessitar interromper o tratamento com um médico que admirava e confiava muito.

Além das músicas típicas, seus fenômenos alucinatórios trazem arranjos musicais com várias vozes – como foi com “Ouça”, uma das primeiras músicas da cantora “Maysa Matarazzo”, como faz questão de dizer para reafirmar o passado rico da cantora. Enaltece também o sobrenome de origem rica da família do esposo.

Percebe que, assim como Maysa, tem tendências depressivas, enfatizando o lado dramático da vida, traço que identifica com as mulheres de sua família.

Refere também escutar a voz de uma “mulher chata”, sendo essa uma das formas como se define, assim como “enjoada”, apoiando-se no modo como seu pai se referia a ela. No entanto, não entende o que é dito por essa voz.

Interessa-se pelo conhecimento. Lê, comenta sobre fatos do cotidiano, prestando atenção muito maior aos detalhes de sofrimento, às histórias dos que não foram tão bem amados ou cuidados.

Numa entrevista, com a mudança na medicação, referiu uma troca de música, passando a ouvir “Se você pensa que cachaça é água”. Em outras ocasiões, houve mudanças no fenômeno alucinatório a partir do que se falava na sessão.

Simone decidiu realizar tratamento psicanalítico, que prosseguiu até o agravamento de problemas de saúde que impediram sua vinda.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Diferentemente dos outros, Simone apresenta fenômenos alucinatórios musicais e vocais. Contudo, a voz é como se fosse uma melodia, não entendendo o conteúdo, ficando com a prosódia da “mulher chata”.

Era por “chata” e “enjoada” que seu pai se referia a ela, mostrando seu excesso de interesse pelo belo desde cedo. Isso lhe permitiu os ganhos financeiros com a “alta costura” e as complicações por ter se enganado com brilhos falsos, principalmente do esposo.

Esse interesse pelo belo incentivou seus cuidados consigo mesma. Também se cuida muito por não crer nos cuidados que recebe do outro – mãe, esposo e médico. “Chata” é a forma como ela própria se refere ao seu interesse pelo correto.

As músicas apresentam facetas de sua vida amorosa, como em “Ouça” e “Se você pensa que cachaça é água”. Esta é uma marchinha que desdenha o amor pelo vício; e aquela, de modo oposto, canta as dores de um amor não correspondido.

Essas músicas mostram uma particularidade sua: não foi amada como gostaria. Por outro lado, as cantigas européias trazem um retorno, quase uma homenagem à avó, que pôde eleger como mãe e que pareceu verdadeiramente preocupar-se com ela.

Atualmente, irrita-se com a falta de liberdade pela limitação física e angustia-se com isso e com os cuidados que recebe. A liberdade que desejou ao romper o casamento fora impedida por ter se tornado avó.

Simone percebe que o sofrimento – do amor, da depressão e da tragédia – é algo que a une às outras mulheres da família. Foi na tentativa de se libertar desse *bem* familiar que decidiu realizar tratamento psicanalítico.

Apesar de algumas mudanças nos fenômenos alucinatórios terem ocorrido por mudanças medicamentosas, isso não impediu a evidência dos aspectos psíquicos implicados nessas alterações.

CASO 5 – “Sofro demais, só pra te ter, meu bem...”

Dolores, 84 anos, 2 entrevistas psicanalíticas.

Dolores disse estar muito feliz por ter conseguido ser atendida por “esta casa, que é tão boa!” – o “HC”. “Antes eu achava que era só para gente muito pobrezinha, que não era para mim. Às vezes, acho que eu não mereço estar aqui!”.

“Amo muito (...) eu não devia ter nascido nessa época”, referindo-se aos vários sofrimentos que isso traz ao ver a miséria e desgraça dos outros ao seu redor.

Diz estar “desesperada” pelo alcoolismo do filho e por ter que “cuidar dele”, sem poder deixá-lo, mesmo com as limitações provenientes de sua idade.

“Ele é um publicitário muito bom”, já teve cargos elevados. Mas hoje está sem colocação, faz apenas “bicos”. Disse que “o trabalho dele não tem hora”, ficando perturbada pelo fato do filho não ter horários para chegar em

casa. Mas pondera: “eu entendo que ele precisa ter sua liberdade, sua privacidade, é um homem!”.

O coro de seus fenômenos alucinatórios canta uma melodia – ora homens, ora mulheres, ora não sabe definir –, crendo que tenha vindo para aliviá-la: “como Deus é bom!”. Contou sobre o neto, filho do filho, de quem tratou por 19 anos, após a separação de seus pais. “Ele é um revoltado pelo alcoolismo do pai”.

Há 6 anos, teve herpes nas costas, abdômen e parte do seio. Percebe que foi depois disso que teve início sua perda auditiva.

Há dois anos, sofreu uma queda e não saiu mais – “fiquei em casa, juntou com meu problema emocional”.

Disse querer se isolar, ficar no seu “cantinho”. Percebe que algumas pessoas se chateiam ou se escandalizam com essa sua vontade.

Comentou que o marido havia se convertido ao espiritismo “em 2 horas”, após uma palestra com um amigo, na qual teria descoberto a resposta para o problema do filho: “tínhamos (o casal) sido inimigos dele (o filho) em outra vida” e por isso teriam que “salvá-lo pelo amor, nesta vida atual”. Na entrevista falou, mais de uma vez sem perceber, sobre uma “compensação” amorosa que acreditava poder tratar e curar pessoas.

O filho se queixa que ela fica “de braços cruzados”. Contou que descobriu que o herpes é “uma doença do movimento”, quando se mexia “doía por dentro”, a parte dos nervos. Sente-se inútil “não trabalhei, não ajudei meu marido com dinheiro”.

Referiu que percebe não ter “muita inteligência” pelo modo como lida com o sofrimento do filho e do neto. Vê que tem “prazer só em sofrer”.

Sabe que pessoas idosas e doentes têm que ter cuidados. A filha, 62 anos, tem lhe chamado sempre para morar com ela, mas fala que o genro é “muito enérgico”; e também vê o quanto a filha se empenha para cuidar dos seus próprios filhos e netos.

Dolores quer que o filho e neto tenham autonomia para que ela possa ficar em seu “cantinho” ou vir a morrer – o que, ela pensa, seria um “alívio”. Disse que queria ter forças para fazer seu trabalho de ajuda, ter ânimo.

Decidiu voltar quinzenalmente para se realizar seu tratamento psicanalítico, por suas dificuldades, temendo também atrapalhar a filha.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Dolores se percebe presa a uma situação amorosa, feita de excessos que lhe trazem prejuízos, mas diante da qual se vê impossibilitada de agir ou de sair. Embora não tenha se convertido ao espiritismo, tomou também para si – de modo menos convicto do que o esposo – a compreensão de que é preciso curar o alcoolismo do filho pelo amor. Contudo, este amor se converte num tirar de si o que não tem para sustentá-lo sem limites.

Deprecia-se pelo que não fez para auxiliar o esposo; pelos “braços cruzados” referidos pelo filho; pelo trabalho que dá à filha, que já tem suas próprias preocupações. Assim, refugia-se em seu “cantinho”, no qual perpetua toda essa auto-depreciação. “Sofrer é um prazer”, como ela

percebe muito bem. Apazigua-se apenas com o coro que “ouve” em seus fenômenos alucinatórios, com o “alívio” ilusório trazido por eles.

Diz que gostaria de fazer algo diverso, de se “movimentar”, mas acredita que o movimento lhe faça mal, “doía por dentro”, como se passou com o herpes. Falta-lhe ânimo. Desse modo, também não é possível tolerar o genro “muito enérgico”, que possivelmente gostaria de demovê-la de seu “cantinho”.

Sabe que se manter nessas soluções sustentadas na “compensação” – da falta de amor de antes pelo amor de agora, da conturbação cotidiana pelo coral que “escuta” e alivia – não é um modo “muito inteligente” de lidar com seus sofrimentos. Contudo, apostou na possibilidade do efeito de suas próprias palavras num tratamento psicanalítico, o que parece ser um movimento para uma possível mudança e não mais apenas uma “compensação” ou “alívio”.

CASO 6 – Em nome do pai...

Nobre, 63 anos, 4 entrevistas psicanalíticas.

Na primeira entrevista, Nobre não fez qualquer menção ao que escuta, seja o zumbido ou qualquer outro tipo de percepção sonora. Referiu-se a seu grupo étnico, ao qual atribui atitudes alheias e seu sofrimento, como se sua etnia lhe desse um lugar definido na vida. Seu relato é pontuado por coloridos, raças e etnias, que deram sentido a seus atos, ao modo como estabeleceu uma ordem no mundo.

Teve que tomar atitudes legais para ser respeitado, citando situações de desacato, algumas durante o exercício de seu trabalho, que era ligado à manutenção da lei. Chegou a fazer uso de seu cargo na tentativa de impor respeito. Agiu com obstinação até obter o reconhecimento que buscava.

“Nobre”, seu segundo nome, foi escolhido por seu pai, o que referiu com grande satisfação, prefere ser chamado assim.

Faz questão de dizer que é “humilde”, “simples”, embora os outros o tratem por “orgulhoso”. Gosta de “tudo certo”, queixa-se de pessoas que falam errado – como, por exemplo, quem fala “ ‘intindi’ e não ‘entendi’, isso não existe!”. Concluiu dois cursos superiores para poder aumentar sua renda e, principalmente, ser reconhecido por seu saber. Iniciou o curso de Direito, mas não concluiu. Mostra orgulho ao informar que passou em vestibulares, todas as vezes que prestou.

É um dos 6 homens de 14 filhos, alguns já estão falecidos. Nasceu em Minas. É casado e tem 2 filhos, que ainda são bem jovens. Seu pai era bem mais claro que sua mãe, uma parte da sua família tem características brancas.

Refere-se, por vezes – mas sempre emocionado –, à integridade do pai, “um homem muito bom”; quanto à mãe, destaca sua crueldade e excessos ao bater nos filhos sem necessidade. Fala também de um irmão mais velho que abusava de seus poderes sobre os menores, sem qualquer restrição da parte materna.

Os pais se separaram quando Nobre tinha 5-6 anos e foi o único dos filhos que quis morar com o pai. Após a morte dele, voltou a morar com a mãe, aos 14 anos.

Referindo-se a si mesmo e à mãe, diz que a “inveja impediu de subir na vida”, mas não explicou como.

Conta sobre seus próprios dotes intelectuais e ótima memória – recorda-se sobre fatos ocorridos aos 2 anos. Suas habilidades foram comprometidas por um episódio que ocorreu aos 19 anos. Em um bar, tomou café quente, seguido de suco gelado, contrariando recomendação da mãe. Imediatamente, houve um mal-estar que lhe “comprometeu a cabeça” e nunca mais fora o mesmo, como ele percebe. “Isso que me impediu de subir na vida!”. Chora ao falar disso, de seu pai e das dificuldades que passou.

Sofreu, a partir disso, por 2 anos. Teve dificuldades para dormir, alteração de memória, não tendo conseguido mais trabalhar. Fora indicado para procurar um estabelecimento de saúde pública que atendia pacientes com problemas mentais, mas ressalva: “Acho que eu não era louco”, ri. No entanto, fez uso de medicação, da qual não lembra o nome, e melhorou.

Disse com tranquilidade que na adolescência, uma voz havia lhe informado que quem ficaria com uma vaga de emprego era um rapaz “branco com calça de linho cinza”, o que ocorreu sem surpreendê-lo. Contou sobre outros eventos dos quais conheceu a resolução antecipadamente com absoluta precisão, por percepções que lhe invadem o pensamento sem lhe causar sofrimento ou mal-estar, tanto desperto quanto em sonho – momento

em que recebeu os números exatos que foram premiados em um concurso lotérico, no qual não jogou.

Ao ser perguntado sobre o que supunha disso, conta que seja algo vindo de Deus, explicando sua teoria sobre as diferenças entre as pessoas boas e más.

Quanto aos outros sons que ouve, diz serem músicas que vêm à mente, de repente, das quais gosta ou não. Não faz qualquer relação afetiva entre elas e seu estado emocional, a não ser o incômodo e medo por perceber que, juntamente com isso, tem enjôo e perde momentaneamente a consciência.

As músicas lhe invadem a cabeça, perturbam os pensamentos e atrapalham as conversas, assim como o zumbido, que atrapalha sua concentração e sono. Contudo, afirma que se dedica, antes de dormir, a relembrar intensamente os sofrimentos, inclusive o zumbido, ao qual também presta atenção especial.

Tem epilepsia mesial temporal, mas fala como se desconhecesse seu diagnóstico.

Fala com bastantes detalhes, mas faz digressões longas e volta ao assunto de antes, mostrando que sabe a pergunta feita, apesar dos comentários desviados. Quer colaborar para responder o que for necessário – “mas a senhora queria saber sobre *esse tal assunto*, não é?”.

Sobre as tristezas que guarda pelas lembranças, diz: “eu fico armazenando, tento sair fora, mas não consigo!”. Diz que seu pai é que era “inteligente porque não perdia tempo com isso”. Sou “vítima dos outros”,

marcando o quanto não é reconhecido, seja pelos familiares – relaciona indiretamente o modo como é tratado e as diferenças físicas entre ele e os parentes –, pelos ex-colegas de trabalho ou por outros. A questão étnica sempre parece ser importante.

Casou-se já maduro, mais pelo interesse e qualidades da moça do que por seu próprio desejo.

Desejou iniciar o tratamento psicanalítico para lidar de outra forma com as lembranças que sustentam fortemente seus sofrimentos.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Nobre apega-se aos legados do pai para se orientar – o nome; os ensinamentos; a busca pelo saber; a correção e a bondade. O pai foi posto no lugar de um ideal a ser alcançado, era “inteligente” por não se dedicar a reviver os sofrimentos passados. No entanto, não consegue se livrar das lembranças ruins que armazenou.

Apesar de se lembrar de seus feitos e qualidades, dedica-se a lembrar convictamente da condição de “vítima” e de todos os antigos sofrimentos. O zumbido é incluído entre os sofrimentos que não podem ser esquecidos, inclusive perdendo o sono.

As características físicas – “européias” – do pai também são algo impossível de ser alcançado, identificando-se na aparência à mãe. Como não tem o que acredita que lhe tiraria da condição de perseguido, antecipa-se ao outro, sempre se defendendo – existindo ataque ou não.

As músicas lhe assustam por fazer perder o controle de si e não evidenciaram relação com seu psiquismo, seja no conteúdo ou na função, além do impacto emocional. Os fenômenos pareceram vinculados à epilepsia, cujas crises são identificadas pelas músicas e enjôos. Por outro lado, as vozes, referidas ao passado, não apenas não lhe espantam como permitem alcançar a sensação de possuir algo que tanto almeja: capacidade de ter um saber a mais.

CASO 7 – “Depois, fica a mágoa”

Paulina, 78 anos, 3 entrevistas psicanalíticas.

Paulina refere sofrer de otosclerose, ouvindo zumbido há 23 anos e músicas há 30 anos. “Antes era uma música só, depois vieram as outras”, mas não as caracterizou com detalhes, dizendo apenas que são “do meu tempo, da juventude”. Recebeu orientação para anotar as músicas, mas sempre esquece de fazer isso.

É a mais velha dentre seis filhos de pais italianos. “Italiano não é muito carinhoso com os filhos”, dizia a mãe quando Paulina ainda era solteira.

Quando conheceu o marido - também filho de italianos -, disse-lhe que era muito “orgulhoso”, mostrando uma atitude diferente da moça recatada de sempre. Depois de casarem, sentiu-se mal por ele não ser tão próximo a ela e aos filhos – “ele não tinha paciência com as crianças”.

Inicialmente, moraram na casa da sogra que, junto com a cunhada, dizia que Paulina não era “caprichosa”. Neste período começou o seu 1º quadro depressivo.

Foi nos anos 86/87 que teve sua 2ª crise depressiva e a primeira grave, atribuída ao uso de Vertix, embora também tivesse mencionado a mudança para um apartamento.

Em 2000, passou por novo período depressivo importante, com aumento do zumbido e das músicas, que então passaram a incomodá-la. Em 1999, sua mãe precisou ser cuidada por uma irmã de Paulina, que se queixava disso, mas não na frente da mãe – como frisou. Posteriormente, a mãe fora posta em uma casa de repouso até morrer. Mesmo dizendo que o lugar era bom, sentia muita pena. Antes desta crise, ia quinzenalmente cuidar da mãe, dispensava a empregada, dava-lhe banho e a alimentava, o que interrompeu “pela minha doença...”

Teve 5 filhos, sendo o caçula seu maior companheiro. No entanto, diz que ele é “muito bravo” e teme pelo modo “muito cruel” com que tratou a 1ª esposa, na separação. Atualmente, ele namora outra moça que conheceu logo após se separar. Paulina não quer conhecê-la, nem fazer novos amigos – “depois fica a mágoa”, caso haja outra separação.

Espanta-se com as diversas formas de vida de seus filhos e netos, especialmente com os relacionamentos amorosos. Preocupa-se e se incomoda por não conduzirem a vida como ela gostaria. “No meu tempo era diferente. Não se morava junto antes de casar”.

Passa grande parte do dia em casa. Queixa-se do silêncio entre ela e o esposo, embora agora ele esteja melhor do que antes, “mais bonzinho”. Faz crochê para as irmãs de caridade de colégio próximo à sua casa.

Teve uma síncope há pouco tempo por anemia derivada de úlcera, “pequena, mas profunda”.

Evidenciou que no último período depressivo, percebeu como poderia ser tratada na velhice, através do que viu entre a mãe e a irmã. Teme pela dependência, no entanto, diz não ter ânimo para sair, fazer coisas novas, nem mesmo cozinhar.

Queixa-se que o “barulho e a música” trazem o seu desânimo, mas quando se permite sair, “nem presto atenção”, distraíndo-se com outros barulhos.

Refere que “não é bom ser dona-de-casa”. Queria trabalhar, estudar, porém seus pais “não deixaram (...) mulher não podia estudar”. Apesar de tudo, mantém o desejo pela leitura, que está comprometida por dificuldades visuais.

Percebe que se mantém muito nas mágoas e lembranças de maus tratos sofridos por ela e pelos outros.

Decidiu iniciar tratamento psicanalítico na tentativa de diminuir seu sofrimento.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Paulina fala sobre seus fenômenos alucinatórios musicais e do zumbido como muito semelhantes – ambos lhe desanimam, pioraram com o

surgimento da 2ª grande crise depressiva e não são percebidos quando se distrai com outros sons.

Não caracterizou detalhadamente as músicas que “escuta”, apenas se referiu “como músicas do meu tempo, da juventude”.

Embora seu tempo também seja o presente, não se sente bem adaptada, estranha as atitudes atuais, principalmente as liberdades amorosas. Revive o passado nas músicas de seus fenômenos alucinatórios e nas lembranças de falta de carinho e cuidado – como se referiu à mãe, à sogra, à cunhada e ao esposo.

Do encontro com o descuido/desagrado do outro, surgem as depressões. A 2ª grande crise foi vinculada ao perceber o modo como a mãe incomodava – sem que ela própria soubesse – pelos cuidados que necessitava. Paulina se identificou à mãe por também estar envelhecendo.

Sem perceber, vai de encontro ao que teme: não quer depender dos outros, mas na depressão não consegue se cuidar, necessitando dos tratamentos alheios, como a mãe; impressionou-se com a fala materna sobre os italianos não cuidarem dos filhos, mas experimentou isso ao escolher para esposo um descendente de italianos que julgava “orgulhoso”.

Paulina apresenta uma vantagem valiosa: os sons que lhe perturbam não são sequer percebidos quando ela se deixa viver no presente – assim, seu desafio é abrir mão da eterna re-experiência do passado e de seus males.

CASO 8 – “Ouço a voz dele me chamando”

Cândida, 43 anos, 3 entrevistas psicanalíticas

Cândida referiu que seu zumbido é como “grilo” e “cachoeira” e que seus “esquecimentos” não lhe permitem lembrar das músicas – “passam rápido, fico atordoada e não consigo pegar o relógio para marcar”. É analfabeta e não consegue escrever o que escuta.

Escuta vozes chamando seu nome. “Aviso meu marido e ele diz que não tem ninguém... continuo ouvindo, mas descanso...”. Diz que se sente com “raiva (...) vontade de matar um”, mas melhora com a medicação (não soube dizer qual). Quem controla seus remédios é o filho mais velho. Falou sobre a raiva que sente de seu marido pela forma como ele a trata normalmente; apesar disso, reconhece que ele é mais cuidadoso com seus problemas do que ela seria com os dele.

Às vezes, confundiu o que é dito. Deixou o trabalho de arrumadeira há algum tempo pelas confusões e esquecimentos. Evidencia tristeza, que refere à certeza de envolvimento de familiares com drogas.

Disse estar “melhor (...) conseguindo manter o controle do nervoso”, mas depois deixa transparecer que não houve nem melhora, nem piora – “o ‘zumbinho’ (zumbido) continua a mesma coisa!”. Tem perda auditiva há muitos anos, mas usa próteses irregularmente, pois muitas vezes, um dos aparelhos precisa de conserto.

Sofre quando se sente mal cuidada pelos outros, inclusive pelos médicos. Cândida sentia uma “ardência” e “nunca fui examinada pela doutora”. Decidiu, por indicação de vizinha, procurar um médico particular

que percebeu todo seu sofrimento: sua “tristeza”, “cansaço nas pernas” e o “desânimo”. Melhorou de todas as queixas que foram tratadas por ele.

Desde os dezessete anos, ficou com o esposo à força, logo que veio para São Paulo. Estava se preparando para casar com o namorado de cinco anos de relacionamento, em sua cidade natal, no Nordeste. A união ocorreu através de um golpe. “Tudo arranjado com meu irmão”, que morreu “dormindo“, há 5 anos.

”Precisaram abrir o caixão por vinte minutos porque, se não, não iam enterrar. Não ia deixar. O médico autorizou... falei tudo para ele, que ele estragou minha vida... Não podia dizer isso... dizer para ele morto?! (...) acho que foi isso que fez a minha perturbação... ouço a voz dele me chamando!”.

Referiu que o surgimento dessas vozes ocorreu algum tempo após a morte de irmãos. Um era seu “irmão e pai, tudo junto”, foi quem fez o arranjo com o marido para que ela ficasse com ele, contra sua vontade. “Ele foi (morreu) e me deixou” – na mesma situação em que a colocou. O outro irmão morreu no interior do nordeste e ela não pôde se despedir pela distância, “mas esse não fez nada, não”.

Às vezes, quando acordava em casa, não sabia quem era – o que incluía o dia da semana, o local (“é estranho, estou num lugar tão conhecido e não lembro!”). Refere essa despersonalização como uma resposta emocional às suas suspeitas de uso de drogas na família.

Tem quatro filhos: três rapazes e a caçula, de 14 anos.

Sentiu-se melhor com o uso da medicação dada pelo psiquiatra – “estou mais calma” – e teve importantes mudanças na percepção das

músicas e vozes. As primeiras cederam com haloperidol e as outras com fluoxetina.

Ainda falando sobre seus esquecimentos, referiu que, quando reza o terço, não começa a “Ave Maria. Tenho medo de falar o que alguém já tinha falado. Fico quietinha. Alguém tem que falar por mim”.

Um irmão tentou retirá-la da casa do companheiro, assim que percebeu a ausência dela, quando foi forçada a ficar na casa desse homem. Cândida não quis porque “não era mais virgem”. Apenas muito tempo depois, soube que o que havia ocorrido entre eles não havia tirado sua virgindade até o momento em que o irmão tentou resgatá-la. Queixa-se que não teve “apoio” da família. Por isso, quis ter filhos, para que pudessem lhe apoiar.

Contudo, esse mesmo irmão que tentou tirá-la do companheiro, deu-lhe dinheiro para voltar para casa no nordeste, depois de se separar. Não guardou o dinheiro, gastando com coisas para a casa.

Cândida diz que não tem “voz ativa”. Decidiu realizar por isso o tratamento psicanalítico.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Cândida pouco pode dizer sobre seus fenômenos musicais, pois não se lembra deles, a não ser que duravam pouco e a perturbavam.

Tem se mostrado perturbada por várias outras coisas há muitos anos: pela traição do irmão, que a impediu de se casar com quem queria; pela

forma como é tratada pelo marido e pelos serviços de saúde; e pelo suposto uso drogas em sua família.

Na iminência de que alguém esteja se entorpecendo, é ela que perde os sentidos e não sabe onde está. Teme perder o apoio conseguido com os filhos.

Não fala por si, não tem “voz ativa”, é seu corpo que se adianta em relação à sua fala – tem “ardência” para não ter “relação” com o marido; não fala em sua vez no terço, cala-se. No entanto, quando mostra sua voz ativa, por meio da raiva – como no enterro do irmão –, essa voz reverbera em sua mente, retornando como um chamado vindo do outro perseguidor – “acho que foi isso que fez a minha perturbação... ouço a voz dele me chamando!”.

Sua perturbação e tristeza, que se mantêm há anos, funcionam como impedimentos para uma ação que mude seu sofrimento.

Queixa-se do que fizeram e do que não fizeram por ela, mas não usou as chances que recebeu de um irmão. Se aceitasse a ajuda dele, teria que se responsabilizar sozinha por seu destino, não mais se respaldando no que foi feito pelo outro.

Contudo, iniciou a possibilidade de mudança para se responsabilizar pela fala, em nome próprio, no tratamento psicanalítico.

CASO 9 – “Mesmo que dói, precisa enfrentar”

Marta, 49 anos, 4 entrevistas psicanalíticas

Nas primeiras duas entrevistas, Marta praticamente não falou. Ficou quieta ou chorou, dizendo estar profundamente incomodada por ser

solicitada a falar de si. Fazia gestos que aparentavam estar sofrendo com o que ouvia, parecendo alucinar. Não era possível saber, já que se negava a responder.

Assim, chamou-se a filha caçula que a acompanhava. A moça informou que a mãe estava assim há quatro anos, em profunda depressão. Não conseguia se banhar, alimentar-se, dependendo completamente dos outros. Neste momento, estava até melhor, já que conseguia caminhar um pouco. A filha disse ainda que, depois de ter falado à outra psicóloga, a mãe havia temido muito pelas conseqüências do que disse.

Na segunda entrevista, veio acompanhada da filha do meio e falou um pouco sobre a saída da filha mais velha da igreja por ter desacatado o pai, namorando escondido. Pouco contou sobre si e logo mostrou o profundo sofrimento e incômodo, solicitando a interrupção da entrevista por temer pela família e pelas pessoas de seu trabalho.

Na terceira entrevista, ficou só e disse que temia pelo dizia porque as vozes ordenavam silêncio e, se dissesse algo, veria todos de sua família morrerem em castigo por sua transgressão. Não responde ao que é perguntado. Referiu-se a situações que não puderam ser bem entendidas, usando palavras ou expressões como “Deus requer” para indicar a igreja freqüentada pela família.

Dizia temer ter envenenado alguém na escola onde trabalhava e da qual estava afastada havia quatro anos. Seu sofrimento atual se devia a uma cunhada que escutava tudo que ela fazia, e por coisas que elas teriam feito na “juventude”.

As filhas sempre mostravam grande cuidado e preocupação por ela, por sua “doença”.

Desde a primeira entrevista, foi fortemente orientada a procurar novamente o serviço de psiquiatria que já a acompanhava. Sempre dizia que algo havia acontecido para impedir essa procura. Assim, a medicação nunca podia ser revista nem alterada.

Faltou às nossas entrevistas e, quando foi suposto que desistira, uma irmã e uma filha insistiram em novo agendamento, pois estavam muito preocupadas pelo fato de Marta ter saído de casa e se perdido.

Na quarta entrevista, não apresentou discurso auto-depreciativo nem aspectos supostamente delirantes. Não chorou, disse estar melhor porque conseguiu banhar-se sozinha. Foi ao psiquiatra, que manteve a medicação (cloridrato de nortriptilina 25 mg 6x/dia). Disse ouvir várias vozes, mas não as descreveu com precisão. Referiu-se à “perturbação”, ao “susto” que sente quando alguém faz barulho e ao fato de “qualquer barulhinho” lhe incomodar profundamente – “parece que tenho um eco na cabeça”. Não soube referir ao certo se tem perda auditiva, pois fez exames, mas não voltou para saber o resultado.

Não falou do medo de que algo ocorra às filhas, disse que o deus de sua igreja é “ciumento”, mas estava freqüentando o “Alan Kardec”, o que lhe permitia comer melhor.

Ao pedido de entrada da filha, esta atribuiu a melhora da mãe ao kardecismo. “Eu vi no começo do ano, em fevereiro, minha mãe igual a fevereiro de 2004. Ela regrediu”. Solicitou-se que contasse como foi o início

do problema. Neste momento, a própria Marta disse que teve a mesma tristeza do tempo de solteira, “do nada” e que durou “muito tempo”, mas não soube referir quanto.

Em dezembro de 2003, evidenciou-se um problema complicado entre suas filhas e outro familiar, que já teria tomado atitudes tão ruins antes. Fala sobre isso sem muito acreditar.

Marta disse que não entendia esses últimos fatos, não combinavam com outros acontecimentos familiares. “Eu não podia nem acreditar nela, nem acreditar nele. Eu ficava no meio do tiroteio”.

Assim, entrou num grave período depressivo e foi morar na casa de sua mãe, que é bem distante. A filha mais velha se queixou da omissão de Marta diante das ocorrências.

Houve a necessidade de intervenção do Conselho Tutelar, acionado por carta escrita por essa filha. Marta disse, sem convicção, que participou da escrita com as três filhas, o que fora negado pela que a acompanhava. Marta ouviu tudo sem chorar – “a gente precisa ouvir mesmo que dói, precisa enfrentar”. “Um dia, eu estava em casa e escutei: ‘ela ou eu’. Procurei (...), mas não achei ninguém”.

Marta não voltou mais.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

Marta pouco falou, mas se deixou falar pelas filhas nas entrevistas. A primeira dúvida era se seria uma psicose, uma melancolia - pela auto-depreciação e por temer grandes tragédias por alguma transgressão às

ordens “deles”. Porém, na última entrevista, retorna com a filha que lhe causou todas as preocupações, mas aparentou estar mais disposta a falar e a ouvir o que ela teria a dizer. Também pareceu disposta a falar para outra pessoa sobre o seu drama – “eu não podia nem acreditar nela, nem acreditar nele. Eu ficava no meio do tiroteio” – e o da filha, que se viu desamparada pela mãe.

Diante de uma terceira pessoa que escutasse a ambas, saiu da absoluta impossibilidade de falar e de ouvir – que se manifestava por vozes que lhe invadiam a mente. Contou sua verdadeira impossibilidade, ocupando uma nova posição na história – não era mais a vítima “deles”, mas uma participante da tragédia domiciliar. Assim pôde, ao menos momentaneamente, enfrentar a dor e o horror vivido em família – “a gente precisa ouvir mesmo que dói, precisa enfrentar”. Horror tão grande que parece inacreditável.

Essas palavras informavam o que havia ocorrido e retornavam em sua mente, deixando todo e qualquer barulho insuportável.

Não era à toa que tenha escutado de si mesma – “ela ou eu” –, assim como também não era à toa que “qualquer barulhinho” lhe pesasse tanto. Desde o ocorrido, tudo ficou excessivo. Tornou-se necessário um refúgio, uma pausa prolongada, que não permitisse enfrentar o ocorrido, uma depressão longa de quatro anos, cuja culpa se expressava pelo temor de envenenar o outro. Contudo, o que pareceu envenenar foi a ausência de suas palavras e atos, abandonando as filhas ao agressor.

Essa mudança de Marta permitiu reconsiderar a hipótese diagnóstica, descartando, naquele momento, a psicose.

Já que não voltou para pegar resultados de exames e procurava serviço psiquiátrico de modo muito curioso, não foi possível considerar que Marta sofresse com um zumbido ou fenômenos alucinatórios, mas sabe-se que ambos revelavam um sofrimento psíquico muito intenso. Mesmo que Marta tenha voltado a se recusar a falar e a escutar os outros, não será mais a mesma coisa depois de ter se encontrado com as palavras da filha que apontaram uma verdade oculta e de ter assumido, ao menos parcialmente, sua responsabilidade.

CASO 10 – O nome da profetiza

Ana, 85 anos, 1 entrevista psicanalítica.

Ana apresentou-se como “uma pessoa bastante calma. Tenho bastante paciência”, mas quando se perguntou se precisou usá-la muito, respondeu negativamente, rindo. Disse ter uma vida “dentro do normal”, “dentro do esperado” e que não teria mais o que dizer na entrevista.

Queixou-se de sua surdez, que começou há 20 anos, quando uma neta tinha dois anos.

Teve um casal de filhos. Ele lhe deu três netos; ela, dois. “Todos têm seus companheiros e ninguém pode ficar comigo”. Não falou em tom de queixa, mas de resignação. Repetiu esse comentário durante a entrevista.

Desde a morte do marido, há seis anos, tem morado só. “É bom... mas prefiro quando tem mais gente!”. Quando ficou viúva, teve a companhia

de duas mulheres, que são “como irmãs”, uma delas é falecida. Ambas largaram seus compromissos para ficarem com ela. Também teve a companhia do filho por alguns dias, que logo voltou para a casa dele, dizendo que a mãe teria que se “acostumar” com a solidão. Contudo, comentou que a filha “sempre inventa alguma coisa para vir aqui (...), mas na hora de dormir, vou e faço tudo direitinho” – sozinha.

Sofreu muito com a morte do esposo que foi “um homem que teve uma vida muito boa com ela e os filhos”. Referiu-se à sua origem e à do marido, aos locais de nascimento, às nações das quais descendem.

Falou do zumbido, que surgiu há anos, depois de sua surdez. Disse que ouve o hino nacional e hinos religiosos. “Eu me criei na igreja”. Ouve as músicas há pouco mais de um ano.

Freqüentava a igreja por vezes na semana. Agora, pelo problema reumatológico e “tontura”, vai apenas aos domingos – o que também acontece há mais ou menos um ano.

Teve crise de depressão em 1973-74, sem causa aparente e chorava o dia todo. Ao final da entrevista, a filha disse ter sido pela menopausa – evento referido como puramente biológico que explicaria a depressão e não mereceria atenção.

Há três anos, teve nova crise que identificou à dor de estômago. Aí a filha comentou que faz uso de antidepressivo desde que perdeu o esposo e teve nova depressão. Também faz uso da mesma medicação por indicação do reumatologista – para tratar da dor, de acordo com a filha.

Ana disse que a medicação lhe ajuda por diminuir a sensação ruim “de não estar bem em lugar nenhum”.

Referiu que seu nome é bíblico, “era uma profetiza”. Falou também sobre Débora, outra profetiza, que “com seu canto, reuniu seu povo”.

Quando foi convidada para nova entrevista, perguntou: “tem que voltar?”. Deixou subentendido que estava cansada e que seu interesse era um aparelho que diminuísse sua surdez.

Evidenciou-se a importância de nova entrevista para escutar mais sobre Ana, bem como realizar intervenções com ela e sua filha. No entanto, apesar de diversas tentativas, essa entrevista nunca ocorreu.

Aspectos psíquicos apreendidos do caso

No discurso familiar, sofrimento psíquico de Ana é pouco considerado, sendo resumido às questões orgânicas. O fato de ter deprimido no momento da menopausa explica completamente a situação, encerrando o assunto, assim como ocorreu com a vinculação da depressão à dor de estômago. Falou muito rapidamente sobre o fato de ter passado a tomar antidepressivos após a viuvez.

Diante da solidão, disse que “é bom... mas prefiro quando tem mais gente!”. Teve que se “acostumar”, como indicado pelo filho, justificando a ausência de seus familiares pelo fato deles terem seus “companheiros” e não poderem estar com ela, uma vez que o dela já teria morrido.

Assim, sobrou-lhe o remédio para tirar a sensação de “não estar bem em lugar nenhum”.

Paulatinamente foi perdendo suas referências, que fez questão de enfatizar na entrevista. O tempo em que passou a ouvir os hinos da igreja, na qual se criou – como ela mesma frisa – é o mesmo que referiu à diminuição de suas idas aos cultos e atividades, apontando uma relação entre os fatos.

Os fenômenos musicais, os hinos de igreja e de nações, pareceram ser sua versão do que fez Débora, a outra profetiza da Bíblia. Se Débora “com seu canto, reuniu seu povo”, Ana se re-uniu ao seu povo através de seus cantos.

As entrevistas psicanalíticas permitiram identificar a neurose em 100% dos casos. Não houve indícios de psicose, mesmo nos pacientes que referiram fenômenos alucinatórios auditivos com característica audioverbal. As necessidades fortes reveladas pelo IFP também apontam características da neurose, como o desejo de agradar e a tendência a se culpar pelos fatos.

5.2 Aspectos psíquicos relacionados aos fenômenos alucinatórios auditivos

Através das entrevistas psicanalíticas preliminares, evidenciaram-se funções dos fenômenos alucinatórios (músicas ou vozes) para cada um dos pacientes. De modo geral, os fenômenos funcionaram como metáfora de características dos pacientes ou de suas vidas, ou permitiram uma espécie de retomada delas. O conteúdo foi uma via privilegiada para isso.

- Marcação da quebra de regras familiares para Diana, retomada de questões referentes à maternidade, à feminilidade;

-
- Relação entre os fenômenos musicais e vida amorosa, bem como a evidência de um traço da percepção de si mesma (a “mulher chata”) para Simone;
 - Restabelecimento de vínculos com partes perdidas na vida como:
 - as capacidades da juventude para Alberto e
 - a diminuição do distanciamento dos laços sociais para Ana;
 - Realização do desejo de alívio para Dolores;
 - Realização de algo temido:
 - como a invasão da casa, para Geralda;
 - a mostra do insuportável para Marta;
 - um chamado acusatório e punitivo após o uso da “voz ativa”, para Cândida (fenômeno vocal);
 - Alcance de um saber a mais para Nobre (fenômeno vocal);
 - Manutenção de um estado de sofrimento para todos.

Houve referência a transformações dos fenômenos alucinatórios por:

 - alterações na medicação (Simone);
 - ação voluntária (Diana);
 - abordagem de aspectos psíquicos nas entrevistas (Simone e Diana).

Destaca-se que, para Nobre, o fenômeno alucinatório musical esteve bem relacionado à epilepsia, sem vínculo com aspectos subjetivos. Assim, apesar de ser amedrontador, não evidenciou função no psiquismo.

5.3 Sintomas depressivos

Através do HAM-D, todos os pacientes evidenciaram sintomas depressivos de diferentes graus (Gráfico 1). As entrevistas psicanalíticas preliminares evidenciaram que, em todos os casos, esses sintomas foram favorecidos pela forte tendência de repetição dos sofrimentos passados, o que também se relacionou à necessidade fraca de mudanças e de dominância, bem como à necessidade forte de causar-se sofrimento, apontadas pelo IFP.

As entrevistas psicanalíticas indicaram que esses sintomas depressivos são respostas indicativas de dificuldades dos pacientes em lidar com perdas de traços que sustentavam suas identidades ou com situações de grande sofrimento:

- envelhecimento (Paulina, Simone, Alberto, Dolores);
- medo de novas perdas (Geralda, Cândida, Marta);
- enfrentamento de uma situação insuportável (Marta);
- sofrimentos diante de sinais de desagrado/desconsideração dos outros (Ana, Nobre, Diana, Marta, Alberto).

Os fenômenos audioverbais de Cândida e Marta mostraram-se bastante vinculados à depressão grave e ao medo de isolamento, desamparo. Cândida fez menção, inclusive, à melhora considerável de seus fenômenos alucinatorios com medicação antidepressiva.

5.4 Aspectos psíquicos relacionados ao zumbido, fenômenos alucinatórios auditivos e depressão

De acordo com as entrevistas psicanalíticas, tanto o zumbido quanto os fenômenos alucinatórios auditivos e a depressão mostraram-se vinculados pela forte tendência dos pacientes manterem o sofrimento, mesmo os muito antigos. O que é considerado como causador de sofrimento tende a ser rememorando constantemente, o que é compatível com a necessidade forte de punir-se e de pouco mudar, referidas pelo IFP.

6 Discussão

Comumente, os fenômenos audioverbais são mais freqüentes que os musicais (Dalgarrondo, 2000), o oposto do que ocorreu em nossa amostra. Contudo, no que se referiu aos fenômenos musicais, nossa amostra corroborou a literatura, havendo predominância de mulheres com perda auditiva e isolamento social (Fukunishi et al., 1998; Prommer, 2005; Williams et al., 2008).

As entrevistas psicanalíticas preliminares permitiram considerar que, apesar dos pacientes apresentarem a perda de audição como condição favorável ao surgimento dos fenômenos alucinatórios (Hammeke et al., 1983; Gordon, 1994; e Griffiths, 2000), estes se mostraram vinculados a fatos que não puderam ser adequadamente simbolizados, por atacarem os ideais ou a identidade dos pacientes. Assim, os fenômenos funcionaram como uma proteção diante do desamparo (Freud, 1920/2003; Alonso, 2004), servindo como metáfora de traços de cada um ou a retomada de algo perdido.

Além destes fenômenos alucinatórios, outras manifestações corporais – como o “arrepio” de Diana, a cefaléia de Alberto e a “ardência” de Cândida – apresentaram-se como sintomas psíquicos, constituindo-se como uma substituição, uma metáfora de afetos traduzidos em sensações do corpo. Tanto a função dos fenômenos alucinatórios quanto essas outras manifestações corporais são decorrências da categoria clínica (Leguil, 1986;

Gurgel, 1995; Monseny, 2001; Pamplona, 2001; Quinet, 2001), isto é, da neurose nestes casos.

Os fenômenos alucinatorios são marcados pela memória, lembranças privilegiadas por identificarem os pacientes ou revelarem seu sofrimento – característica neurótica, como outras apontadas tanto pelas entrevistas psicanalíticas preliminares como pelo IFP: o desejo de agradar os outros, a tendência a se punir, a evitar mudanças, manutenção do domínio alheio. Assim, os traços de memória se mostraram ligados a aspectos afetivos e não efeito da liberação aleatória de circuitos neuronais.

A possibilidade de ser escutado/considerado e se fazer escutar/considerar pelo outro é um ponto-chave na organização do psiquismo, sendo buscada por toda a vida (Laznik, 2004; Ferreira, 2005). O isolamento decorrente da perda auditiva ou da desconsideração pelo outro causa imenso sofrimento psíquico e desinteresse pela vida, comprometendo as relações de linguagem e a percepção do mundo (Mannoni, 1995). Confiar no apoio de outras pessoas serve como um importante mediador para a superação das limitações físicas ou afetivas (Taylor e Lynch, 2004).

Para Lacan (2002), o fenômeno alucinatorio depende da relação do sujeito com o simbólico, sendo um fenômeno de linguagem e não da percepção. A forma como algo é percebido também responde aos modos de organização do simbólico. Assim, a realidade é bastante permeada por aspectos psíquicos, não sendo possível uma correspondência unívoca e objetiva entre a realidade e a percepção.

A exaltação do sofrimento do passado, do incômodo com o zumbido ou com os fenômenos alucinatórios pode ser uma forma de se buscar escutar/considerar pelo outro, o que deve ser avaliado na relação que alguns pacientes estabelecem com os profissionais que deles tratam, sejam médicos ou não.

Assim, é possível supor que o fenômeno audioverbal do chamado do próprio nome seja uma forma muito particular de manter em funcionamento o ato de se fazer escutar/considerar diante de situações de temor, isolamento e desamparo, como evidenciado por Cândida.

Considerando-se que a capacidade de aceitar as mudanças decorrentes da vida é um índice de saúde mental (Qualls, 2002), nossos pacientes evidenciaram uma particular dificuldade em lidar com estas mudanças, referindo um sentimento nostálgico em relação às próprias vidas, bem como às formas de organização social e cultural.

Isso se mostrou de modo particular nos sujeitos idosos da amostra, que não se reconhecem nas condições atuais da cultura e da sociedade ou nas suas próprias condições de vida por mudanças ocorridas - “de não estar bem em lugar nenhum”, como disse Ana.

Dessa forma, a depressão ou os sintomas depressivos se apresentaram como resposta às perdas diversas da identidade, não se reconhecendo nas condições atuais, escolhendo o desinvestimento afetivo no presente e a renovação das memórias do passado, mesmo as de

sofrimento, uma vez que lá, apesar de tudo, havia um lugar a ser dado a estes sujeitos além da incapacidade ou do desamparo.

As entrevistas psicanalíticas preliminares permitiram ressaltar o aspecto repetitivo dos fenômenos alucinatórios referido por Hugo et al. (2000), Ali (2001), Hermesh et al. (2004) e Williams (2008) e o zumbido pareceu ser conseqüência da privação sensorial em muitos desses casos da amostra. Porém, a relevância dada a ele e ao fenômeno alucinatório, dois eventos repetitivos, mostrou-se vinculada à forte tendência a repetir o que causa sofrimento ou marca uma condição sofredora desses pacientes. Novamente o sofrimento se torna enaltecido, porém agora mostra-se a satisfação paradoxal e enigmática advinda da repetição do que é desagradável.

Esta satisfação é o ponto mais desafiador do tratamento psicanalítico e, possivelmente, do tratamento médico dos pacientes com incômodo importante pelo zumbido e pelos fenômenos alucinatórios. 50% da amostra referiu melhora do sintoma alucinatório quando se acalma ou se distrai, no entanto, esta foi uma alternativa pouco investida pelos pacientes.

Os fenômenos alucinatórios audioverbais tenderam a se manifestar principalmente nos pacientes com depressão grave, concordando com os achados de Dalgallarondo (2000) e Lee et al. (2004), e melhoraram com medicação antidepressiva, no caso de Cândida (Berrios, 1991; Hermesh et al., 2004).

A depressão no idoso apresenta a particularidade do privilégio do sofrimento corporal em detrimento do sofrimento afetivo, psíquico. Dentre os sintomas somáticos destacados no HAM-D, estão a hipocondria (referida com intensidade grave) e a ansiedade psíquica (referida com intensidade moderada), o que corrobora a literatura referente a pacientes com zumbido (Marciano et al., 2003; Langguth et al., 2007) e idosos. Também se destacaram, como fenômenos com intensidade moderada, o desamparo e a despersonalização, que parecem ter relação com as condições de vida dos pacientes e a vivência dos fenômenos alucinatórios.

Folmer (2002) e Lee et al. (2004) realçaram a importância do tratamento dos aspectos que causam danos emocionais aos pacientes com zumbido. Assim, também parece ser importante diminuir os danos emocionais nos pacientes com zumbido e fenômenos alucinatórios auditivos, principalmente os que sustentam os aspectos depressivos – destacando-se as condições atuais de vida e a tendência a repetição do que causa ou evidencia uma condição de sofrimento.

Apenas através das entrevistas psicanalíticas preliminares foi possível abordar os aspectos pertinentes às questões psíquicas relativas à função subjetiva vinculada aos fenômenos alucinatórios, elucidando-os.

7 Conclusões

A fala dos pacientes, nas entrevistas psicanalíticas preliminares, permitiu observar que existem aspectos psíquicos implicados nas funções/conteúdos dos fenômenos alucinatórios dos pacientes com zumbido.

Esses fenômenos se mostraram como resposta a situações, nas quais os sujeitos, geralmente idosos, perderam importantes referências de si mesmos na vida. Apesar do incômodo referido aos fenômenos alucinatórios, estes serviram para resgatar essas referências perdidas ou evidenciar características dos pacientes – mostrando-se aí uma relevante função dos fenômenos no psiquismo.

Evidenciou-se uma relação importante entre o zumbido, os fenômenos alucinatórios e a depressão que se sustenta, de modo particular, no fato de que são eventos repetitivos e que essa característica de repetição do que causa sofrimento se relaciona à neurose e se encontra calcada em aspectos psíquicos que são de difícil tratamento por oferecerem um tipo de satisfação paradoxal bastante importante aos sujeitos.

Os achados deste estudo permitem acreditar que o acolhimento maior aos aspectos psicossociais evidenciados na solidão e no desinteresse pela vida, bastante vinculados aos modos de consideração do envelhecimento no mundo contemporâneo, trariam efeitos benéficos para o

tratamento dos fenômenos alucinatórios auditivos e/ou ao incômodo a eles referido.

Acredita-se também que o uso de instrumentos que indiquem a presença de depressão ou da satisfação paradoxal nos atos repetitivos, na consulta médica, possa oferecer importantes indicativos dos pacientes que mereçam uma avaliação psicológica ou escuta psicanalítica mais detida.

8 Anexos

ANEXO A

IFP- Fatores e sua interpretação

Assistência Escores altos nesse fator mostram um sujeito com grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, pelos quais o sujeito deseja dar simpatia gratificar as necessidades de um sujeito indefeso, defendendo-o no perigo, dar-lhe suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios.

Intracepção O sujeito com altos escores nesse fator é intraceptivo, isto é, ele se deixa conduzir por sentimentos e inclinações difusas; é dominado pela procura da felicidade, pela fantasia e imaginação. Num estágio mais elevado, tal sujeito procura conceitualizar os fatos de sua vida interior e fazer julgamentos às vezes sem dar muita atenção aos fatos concretos. Assim, ele julga os outros por suas reais ou supostas intenções, não tanto pelos atos em si, tomando de imediato uma atitude de afeto ou rejeição.

Afago Busca apoio e proteção caracteriza sujeitos com escore alto nesse fator. O sujeito espera ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga; deseja ser afagado, protegido, amado, orientado, perdoado e consolado. Precisa constantemente de alguém que o entenda e proteja. Sofre de sentimentos e ansiedade de abandono, insegurança e desespero.

Deferência Respeito, admiração e reverência caracterizam as pessoas com altos escores nesse fator, que expressa o desejo de admirar e dar suporte a um superior; gostam de elogiar e honrar os superiores, bem como de imitá-los e obedecê-los.

Afiliação Dar e receber afeto de amigos é o desejo de pessoas com escore alto nesse fator. Elas se caracterizam por confiança, boa vontade e amor. Gostam de se apegar e ser leais aos amigos.

Dominância Escores altos expressam sentimentos de autoconfiança e o desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento deles através de sugestão, sedução, persuasão e comando.

Denegação Escore alto representa um indivíduo que se entrega à resignação, abulia. Trata-se do desejo ou tendência de se submeter passivamente à força externa; aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso; confessar erros e desejo de autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça.

Desempenho Ambição e desempenho caracterizam as pessoas com escores altos nesse fator, que expressa o desejo de realizar algo difícil, como dominar, manipular e organizar e organizar os objetos, pessoas e idéias. Indivíduos com altos escores nesse fator gostam de fazer coisas independentemente e com maior rapidez possível, sobressair, vencer os obstáculos e manter altos padrões de realização.

Exibição A vaidade caracteriza os sujeitos com escore alto nesse fator, que expressa o desejo de impressionar, ser ouvido e visto. Tal sujeito gosta de fascinar as pessoas, exercer fascínio e mesmo chocá-las; gosta de dramatizar as coisas para impressionar e entreter.

Agressão A raiva, a irritação e o ódio caracterizam as pessoas com escore alto nesse fator, que expressa o desejo de superar com vigor a oposição. Tais pessoas gostam de lutar, brigar, atacar e injuriar os outros; gostam de fazer oposição, censurar e ridicularizar os outros.

Ordem Esse fator representa a tendência de pôr todas as coisas em ordem, manter limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

Persistência O sujeitos com altos escores nesse fator tem a tendência de levar a cabo qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer. Ele vive obcecado por ver o resultado final de um trabalho,

esquecendo o tempo e o repouso necessário, resultando, não raro, em queixas de pouco tempo, de cansaço e preocupações.

Mudança Desligar-se de tudo o que é rotineiro e fixo é o desejo de uma pessoa com escore alto nesse fator. Ela gosta de novidade, aventura, não ter nenhuma ligação permanente em lugares, objetos ou pessoas. Gosta de coisas novas, novidades, mudar de hábitos, lugares, comidas e coisas, em geral novas e diferentes.

Autonomia Sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição é a tendência dos sujeitos com escores altos nesse fator. Eles não gostam de executar tarefas impostas pela autoridade, pois gostam de agir independentemente e livres, seguindo seus impulsos desafiam qualquer convenção.

Heterossexualidade Esse fator fala claramente do desejo de manter relações, desde românticas até sexuais, com indivíduos do sexo oposto. O sujeito com alto índice nesse fator é fascinado por sexo e assuntos afins.

Desejabilidade social Escores muito altos (acima de 70) indicam que o sujeito tentou demais se apresentar de uma maneira que os outros gostariam que ele fosse visto. Se for esse o caso, a interpretação do restante do perfil de necessidades do sujeito deve ser feita com cautela, pois o sujeito pode ter utilizado a mesma técnica, isto é, responder segundo as expectativas dos outros e não segundo suas próprias necessidades, quando respondia aos itens de outras necessidades do inventário.

ANEXO B

Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale (Sigh-D)

Entrevistador:

A primeira questão para cada item deve ser feita exatamente como está escrita. Frequentemente essa pergunta irá extrair informações sobre a gravidade e a frequência de um sintoma, suficientes para se avaliar o item com segurança. Questões adicionais são fornecidas, todavia, caso seja necessário maior exploração ou clarificação de um sintoma. As questões especificadas devem ser usadas até haver informação suficiente para se avaliar o item com segurança. Em alguns casos, você pode ter de adicionar suas próprias perguntas para obter as informações necessárias.

Notas:

Período de tempo:

Embora as perguntas indiquem que as avaliações devem se basear nas condições do paciente na última semana, alguns investigadores podem desejar, como uma medida de mudança, basear suas avaliações nos últimos dois ou três dias; desse modo, as perguntas devem ser precedidas por "Nos últimos dois dias...".

Item perda de peso:

Recomenda-se que este item seja avaliado positivamente sempre que o paciente tenha perdido peso em relação ao seu peso habitual (i.e., antes do episódio depressivo atual), a não ser que ele tenha começado a readquirir o peso perdido. No entanto, uma vez que o paciente comece a ganhar peso, mesmo que ainda esteja abaixo de seu peso habitual, ele não deve ser avaliado positivamente nesse item.

Referente ao funcionamento habitual:

Muitas das perguntas da entrevista referem-se ao funcionamento habitual do paciente. Em alguns casos quando, por exemplo, o paciente apresenta distímia ou transtorno afetivo sazonal, o referencial deve ser a última vez em que esteve bem (ou seja, nem deprimido, nem eufórico) por pelo menos algumas semanas.

Guia da entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão de Hamilton

Nome do paciente: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal

Se pontuou de 1 a 4, pergunte: ***Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?***

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas? SE SIM: quais foram esses pensamentos? Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

- 0- ausente
 - 1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas
 - 2- idéias de culpa ou rumações de erros ou ações pecaminosas (más) no passado
 - 3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa
 - 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras
-

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar?

SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio:

- 0- ausente
 - 1- acha que não vale a pena viver
 - 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si
 - 3- idéias ou atitudes suicidas
 - 4- tentativas de suicídio
-

4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia inicial:

- 0- sem dificuldades para iniciar o sono
 - 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
 - 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites
-

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite?
SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao

banheiro?) Quando volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia intermediária:

0- sem dificuldade

1- queixa de agitação e perturbação durante a noite

2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

Insônia tardia:

0- sem dificuldade

1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir

2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente? (no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

Trabalho e atividades:

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)

3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

- 0 pensamentos e fala normais
- 1 lentificação discreta à entrevista
- 2 lentificação óbvia durante à entrevista
- 3 entrevista difícil
- 4 estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Agitação:

- 0 nenhuma
- 1 inquietação
- 2 mexe as mãos, cabelos etc.
- 3 movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
- 4 retorçe as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como com o quê, por exemplo?

Ansiedade psíquica:

- 0 sem dificuldade
 - 1 tensão e irritabilidade subjetivas
 - 2 preocupa-se com trivialidades
 - 3 atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
 - 4 paciente expressa medo sem ser perguntado
-

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos? *Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta.*

O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve?

Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarréias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaléias

Respiratórios: hiperventilação, suspiros

Ter de urinar freqüentemente

Sudorese

0 ausente

1 duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?) Você tem tido que se força a comer? As outras pessoas têm insistir para você comer?

Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0 nenhum

1 perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana? Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas somáticos gerais:

0 nenhum

1 peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fatigabilidade

2 qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

0 ausentes

1 leves ou infreqüentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2 óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual) Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que freqüência isso tem ocorrido?

Hipocondria:

0 ausente

1 auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 preocupação com a saúde

3 queixas freqüentes, pedidos de ajuda etc.

4 delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto? SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

- 0 sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual
- 1 perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo
- 2 perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

Crítica (Conseqüência da doença):

- 0 reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento
- 1 reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.
- 2 nega estar doente

Escore total HAM-D – 17 itens

18. Nesta última semana você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia – manhã ou noite? SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sente (de MANHÃ OU de NOITE)? SE INDECISO: Um pouco pior ou muito pior?

Varição Diurna:

- A. Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite.
- SE NÃO HOUVER variação diurna, marque nenhuma:
Sem variação ou não deprimido no momento

pior pela manhã
pior a tarde/à noite

B. Quando presente, anote a gravidade da variação:

0 nenhuma
1 leve
2 grave

Nota: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18 B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. Na última semana você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato com as outras pessoas de uma maneira estranha? Alguma sensação de flutuação? SE SIM: Quão ruim isso tem sido? Quantas vezes isso aconteceu nesta última semana?

Despersonalização e Desrealização (como sensação de irrealidade e idéias nihilistas)

0- ausentes
1 leves
2 moderadas
3 graves
4 incapacitantes

20. Na última semana você sentiu que alguém tentou o prejudicar ou machucar? SE NÃO: e sobre alguém falando de você pelas costas? SE SIM: fale mais sobre isso

Sintomas Paranóides:

0 nenhum
1 desconfiado
2 idéias de referência
3 delírios de referência e perseguição

21. Na última semana, você teve fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve de fazer e refazer várias vezes, como checar se as portas estavam fechadas? SE SIM: você pode me dar um exemplo? Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando à sua cabeça sempre sem parar? SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Sintomas Obsessivos e Compulsivos:

- 0 nenhum
 - 1 leves
 - 2 graves
-

Score total HAM-D – 21 itens

22. Retornando ao seu padrão de sono, você tem ido se deitar e adormecido mais cedo que o habitual? Pelo menos uma hora mais cedo? Em quantas noites nesta semana isso aconteceu?

Hipersônia – Adormecer Precoce:

- 0 não
 - 1 leve, infreqüente – menos do que uma hora
 - 2 óbvia, definida – mais que 60 minutos mais cedo, todas as noites
-

23. Você tem dormido em excesso, ficando na cama além de sua hora habitual de levantar? Por quantas horas? Quantas vezes isso aconteceu na última semana?

Hipersônia – dormir mais que o habitual:

- 0 não
 - 1 leve, infreqüente – menos do que uma hora
 - 2 óbvia/ definida – dorme em excesso por mais do que uma hora, na maioria dos dias
-

24. Você tem dormido durante o dia? Seu cochilo dura mais do que 30 minutos? Em quantos dias desta semana você dormiu durante o dia?

Hipersônia – Cochilos:

0 ausentes

1 leve, infreqüente – cochilos duram menos do que 30 minutos, ou relata sonolência diurna excessiva

2 óbvia/ definida – sonecas duram mais do que 30 minutos na maioria dos dias

25. Retornando ao seu apetite, você tem notado que tem desejado comer mais do que o habitual nesta última semana? Você teve fissura por comida? Você tem aumentado significativamente a quantidade do que come?

Aumento de Apetite (Mudança no apetite caracterizada por aumento na quantidade de comida ingerida, ou fissura excessiva):

0 ausente

1 mínimo – aumento leve de apetite; fissura por comida

2 definido – aumento acentuado de ingestão de comida, ou fissura

26. Você ganhou peso durante a última semana? Você ganhou 1 kg ou mais nesta semana? 2,5 kg nas duas últimas semanas?

Ganho de peso:

0 ausente

1 duvidoso/mínimo – menos do que 0,5 kg

2 óbvio – ganho de peso de 0,5 kg ou mais

27. Observações e relato: Você tem dificuldade de começar tarefas ou de fazer coisas que você fazia habitualmente no curso do dia? E fazer esta entrevista?

Retardo Psíquico: (Lentificação na fala e no processo de pensamento: descreve inibição da vontade ou sensação de que os processos de pensamento estão paralisados. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de um real retardo motor.)

0 ausente

1 leve; discreto retardo na fala e no processo de pensamento

-
- 2 moderado – demora para responder às questões, descreve inibição de volição
 - 3 grave – retardo na fala e no processo de pensamento suficiente para prolongar significativamente a entrevista
 - 4 extremo (1/2)/ excessivo; quase em mutismo, minimamente responsivo
-

28. Retardo de movimento e de expressão afetiva. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de retardo de pensamento ou de fala.

Retardo Motor:

- 0 ausente
 - 1 leve – discreto achatamento do afeto, expressão fixa
 - 2 moderado – voz monótona e diminuição de movimentos espontâneos
 - 3 grave – óbvio retardo de movimento, marcha; afeto embotado
 - 4 extremo – em estupor; retardo motor acentuado observado na marcha e na postura
-

29. Na última semana você se sentiu desamparado para fazer coisas que você faz habitualmente, incapaz de completar suas tarefas, incluindo vestir-se, comer, arrumar-se? Você precisou de ajuda para alguma dessas coisas?

Desamparo:

- 0 ausente
 - 1 sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista
 - 2 paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo
 - 3 necessita de insistência, orientação e reasseguramento para completar tarefas
 - 4 requer assistência para se vestir, comer, ou realizar higiene pessoal
-

30. Durante a última semana, você tem tido esperança de que vai melhorar? Você está se sentindo desencorajado, em desespero, pessimista quanto ao futuro?

Desesperança:

0 ausente

1 dúvida intermitentemente de que "as coisas irão melhorar", mas pode ser reasegurado

2 consistentemente se sente desesperançado, mas aceita reasseguramentos

3 expressa sentimentos de desencorajamento, desespero, pessimismo quanto ao futuro, que não podem ser desfeitos

4 espontânea e inapropriadamente persevera "nunca VOU melhorar" ou equivalente

31. Durante a última semana, você se sentiu como se fosse inútil, ruim ou inferior? Você já teve sentimentos ruins sobre você mais fortes que isso?

Baixa AUTO-estima:

0 ausente

1 indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas quando perguntado

2 paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade

3 diferente de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é "ruim", "inferior"

4 delírios de inutilidade

Adaptado de Williams (1988)

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M Ž F Ž
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO NºAPTO:
 BAIRRO:..... CIDADE
 CEP:.....TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M Ž F Ž
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº..... APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Avaliação de pacientes com alucinação auditiva e zumbido: avaliação da estrutura de personalidade, depressão e características do fenômeno.

PESQUISADOR: Rosa Maria Rodrigues dos Santos CARGO/FUNÇÃO: psicóloga encarregada INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP 06/48346-0

UNIDADE DO HCFMUSP: Clínica Otorrinolaringológica e Divisão de Psicologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO	Ž	RISCO MÍNIMO	X	RISCO MÉDIO	Ž
RISCO BAIXO	Ž	RISCO MAIOR	Ž		

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : Fevereiro de 2007 a Fevereiro de 2008

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Estamos pesquisando alguns aspectos das alucinações auditivas (isto é, a percepção de músicas ou vozes dentro do ouvido ou da cabeça) e da personalidade dos pacientes que têm essas alucinações junto com o zumbido. Sua participação nesse estudo é voluntária e sua recusa não significa qualquer problema para você.
2. Caso queira participar, você será inicialmente selecionado pela médica responsável pelo atendimento no Grupo de Pesquisa em Zumbido e, depois de dar o seu consentimento por escrito, será entrevistado de 2 a 4 vezes diferentes por duas psicólogas envolvidas neste estudo, **sendo que parte de uma entrevista será gravada.**
3. Não são esperados riscos nem desconfortos na realização das entrevistas. Caso você se canse, poderemos continuar a entrevista em outro dia.
4. Entender melhor as alucinações auditivas dos pacientes com zumbido e as relações entre eles ajudará a definir uma estratégia de tratamento que englobe os dois problemas. Conhecer melhor a sua personalidade também será útil para o seu tratamento depois do término desta pesquisa.
5. Não há procedimentos que substituam esta pesquisa. Caso você não queira participar, permanecerá fazendo o seu acompanhamento no Grupo de Pesquisa em Zumbido.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Garantimos, em qualquer momento, a obtenção de maiores informações sobre a pesquisa ou o esclarecimento de quaisquer eventuais dúvidas.
 2. Garantimos também a liberdade retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência prestada.
 3. Salvaguardamos a confidencialidade, o sigilo e a privacidade das informações que a nós forem cedidas.
 4. Não há riscos de danos à saúde previstos com as entrevistas, mas caso ocorram, haverá disponibilidade de assistência no HCFMUSP.
 5. Não haverá nenhuma indenização por sua participação ou por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-

V. Em caso de intercorrências clínicas e de reações adversas, pedimos que haja contato com a pesquisadora responsável, Rosa Maria Rodrigues dos Santos, na Divisão de Psicologia ou Clínica Otorrinolaringológica do Instituto Central do Hospital das Clínicas, ou, ainda, pelos telefones: 3069-6188/3069-6459.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

9 Referências

Ali JA. Musical hallucinations and deafness: a case report and review of the literature. *Neuropsychiatry, Neuropsychol Behav Neurol*. 2001; 15(1): 66-70.

Alonso SL. *Do sintoma simbólico ao mais além: a problemática do alucinação* [on-line]. Disponível em-
www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Silvia_Leonor_Alonso.pdf

Alvarenga E. Psicoses freudianas e lacanianas. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. 2000; 28: 40-3.

Berrios GE. Musical Hallucinations: a statistical analysis of 46 cases. *Psychopathology*. 1991; 24: 356-60.

Blacker D. Psychiatric rating scales. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock B, Sadock V (eds.) 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. vol 1. p.755-83.

Budd R, Pugh R. Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *J Psychosom Res*. 1996; 41(4): 327-35.

Calligaris C. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

Cheniaux E. Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(2): 157-62.

Chorne ML. O falo e os Nomes-do Pai. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. 2007; 50: 136-9.

Coelho CB, Sanchez TG, Tyler R. Tinnitus in children and associated risk factors. *Prog Brain Res*. 2007; 166:179-91.

Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(6): 1147-56.

Dalgalarondo PA. Sensopercepção e suas alterações. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000: p.81-90.

Dias A, Cordeiro R, Corrente JE. Incômodo causado pelo zumbido medido pelo Questionário de Gravidade do Zumbido. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4): 706-11.

Ferreira ICH, A voz na constituição do sujeito e na clínica do autismo: o nascimento do Outro e suas vicissitudes. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2005.

Fischer CE, Marchie A, Norris M. Musical and auditory hallucinations: a spectrum. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 58: 96-8.

Folmer R L Long-term reductions in tinnitus severity. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*. 2002, 2:3. Artigo disponível no site <http://biomedcentral.com/1472-6815/2/3>

Folmer RL, Griest SE, Martin WH. Chronic tinnitus as phantom auditory pain. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 124(4): 394-400.

Folmer RL, Shi Y-B. SSRI use by tinnitus patients: interactions between depression and tinnitus severity. *Ear Nose Throat J.* 2004; 83(2): 107-17.

Freud S. *Além do Princípio do Prazer*. Tradução: Christiano Monteiro Oitica. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 2003.

Fukunishi I, Horikawa N, Onai H. Prevalence rate of musical hallucinations in a general hospital setting. *Psychosomatics.* 1998; 39(2): 175.

Gerbase J. Forclusão generalizada do sintoma II - O imaginário automatizado. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.* 1995 ;12: 70-2.

Gordon AG. Auditory Susceptibility in hallucinating schizophrenic patients [letter]. *J Nerv Ment Dis.* 2003; 191(6):410-1.

Gordon AG. Musical hallucination - correspondence. *Neurology.* 1994; 44: 986 .

Griffiths TD. Musical hallucinosis in acquired deafness - phenomenology and brain substrate. *Brain.* 2000; 123(10): 2065-76.

Gurgel I. Psicose: da clínica do olhar à clínica do discurso. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.* 1995; 12: 110-2.

Halford JBS, Stewart D. Tinnitus severity measured by a subjective scale, audiometry and clinical judgement. *J Laringol Otol.* 1991; 105: 89-93.

Hammeke TA, McQuillen MP, Cohen BA Musical hallucinations associated with acquired deafness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1983; 46: 570-2.

Hébert S, Lupien SJ The sound of stress: Blunted cortisol reactivity to psychosocial stress in tinnitus sufferers. *Neurosci Lett.* 2007; 411:138-42.

Hébert S, Carrier J. Sleep Complaints in elderly tinnitus patients: a controlled study. *Ear Hear.* 2007; 28: 649-55.

Heine C, Browning CJ. Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disabil Rehabil.* 2002; 24(15):763-73.

Hermesh H, Konas S, Shiloh R. Musical hallucinations: prevalence in psychotic and nonpsychotic outpatients. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65: 191-7.

Holgers K-M, Zöger S, Svedlund K. Predictive factors for development of severe tinnitus suffering-further characterisation. *Int J Audiol.* 2005; 44:584-92.

Hugo FJ, Stein DJ, Heerden BV. Musical obsessions or hallucinations? [letters - In Reply]. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000; 12(4): 519.

Kot T, Serper M. Psychological Mechanisms Mediate Psychotic Behavior. *J Nerv Ment Dis.* 2004; 192(6): 428-9.

Kot T, Serper M. Increased susceptibility to auditory conditioning in hallucinating schizophrenic patients: a preliminary investigation. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(5): 282-288.

Kramer SE, Kapteyn TO, Kuik DJ, Deeg DJ. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *J Aging Health.* 2002; 14(1): 122-137.

Kröner-Herwig B, Heging G, Rijn-Kalkmann UV, Frenzel A, Schilkowsky G, Esser G. The management of chronic tinnitus - comparasion of a cognitive-behavioural group training with yoga. *J Psychosom Res.* 1995; 39(2): 153-65.

Lacan J. O seminário, livro 3: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002[1956].

Lacan J. *Televisão*. Quinet A (trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1993.

Langenbach M, Olderog M, Michel O, Albus C, Köhle K. Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005; 27: 73-7.

Langguth B, Kleinjung T, Fischer B, Hajak G, Eichhammer P, Sand PG. Tinnitus severity, depression, and the big five personality traits. *Prog Brain Res*. 2007; 166: 221-5.

Laznik M-C. *A voz da sereia - o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Wanderley D (org.). Salvador: Ágalma; 2004.

Lee S-H, Chung Y-C, Yang J-C, Kim Y-K, Suh, Y-K. Abnormal speech perception in schizophrenia with auditory hallucinations. *Acta Neuropsychiatrica*. 2004; 16(3):154-9.

Lee S-H, Kim J-H, Hong S-H, Lee D-S. Roles of cognitive characteristics in tinnitus patients. *J Korean Med Sci*. 2004; 19: 864-869.

Leguil F. Mais-além dos fenômenos. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1986.

Lloyd SKW, Baguley DM. A patient with tinnitus. *Clin Otolaryngol*. 2008; 33: 25-8.

Maleval J-C. Foraclusão. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. 2007; 50:153-6.

Mannoni M. A velhice hoje. *O nomeável e o inominável - a última palavra da vida*. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1995.

Marciano E, Carrabba L, Giannini P, Sementina C, Verde P, Bruno C, Di Pietro G, Ponsillo NG. Psychiatry comorbidity in population of outpatients affected by tinnitus. *Int J Audiol*. 2003; 42: 4-9.

Matsui H, Nishinaka K, Miyoshi T, Hara Narihiro, Oda M, Kubori T, Udaka F. Thalamic hyperperfusion in verbal hallucination of parkinsonian patients. *Internal Medicine*. 2007; 46:1765-69.

McIntosh AM, Semple D, Tasker K, Harrison Lk, Owens, DGC, Johstone EC, Ebmeier KP. Transcranial magnetic stimulation for auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2004; 127: 9-17.

McNamara ME, Heros RC, Boller F. Visual hallucinations in blindness: the Charles Bonnet syndrome. *Int J Neurosci*, 1982; 17(1): 13-5.

Moller AR. Tinnitus: presence and future. *Prog Brain Res*. 2007; 166: 3-16.

Monseny JÁ. ética psicanalítica do diagnóstico. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Quinet A (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

Mühlau M, Rauscheker JP, Oestreicher E, Gaser C, Röttinger M, Wohlschläger AM, Simon F, Etgen T, Conrad B, Sander D. Structural Brain Changes in Tinnitus. *Cereb Cortex*. 2006; 16:1283-8.

Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60[supl 20]: 9-15.

Nam E-C. Is it necessary to differentiate tinnitus from auditory hallucination in schizophrenic patients? *J Laryngol Otol.* 2005; 119: 352-5.

Nasio JD. *A alucinação e outros estudos lacanianos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1997.

Ohayon MM Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res.* 2000; 97(2-3):153-64.

Paim I. *Curso de psicopatologia – 10ª ed.rev. e ampl.* São Paulo: EPU; 1986.

Pamplona G. Uma questão diagnóstica - psicose ou histeria? *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Quinet A (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 261-7.

Pasquali, L. *IFP: Inventário Fatorial de Personalidade.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Prommer E. Musical Hallucinations and opioids: a word of caution. *J Pain Symptom Manage.* 2005; 30(4): 305-7.

Qualls SH. Defining mental health in later life. *Generations.* 2002; 26(1): 9-13.

Quinet A. Como se diagnostica hoje? *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.* Quinet A (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.

Quinet A. *Teoria e clínica da psicose - 2ª ed.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

Reynolds III CF, Alexopoulous GS, Katz IR. Geriatric Depression: diagnosis and treatment. *Generations.* 2002; 26(1): 28-31.

Robinson S. Antidepressant for treatment of tinnitus. *Prog Brain Res.* 2007; 166:263-71.

Robinson SK, Viirre ES, Bailey KA, Gerke MA, Harris JP, Stein MB. Randomized placebo-controlled trial of a selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of nondepressed tinnitus subjects. *Psychosom Med.* 2005; 67: 981-8.

Rocha CACB, Sanchez TG. Myofascial trigger points: another way of modulating tinnitus. *Prog Brain Res.* 2007; 166: 209-13.

Rodrigues MJSF. O diagnóstico de depressão. *Psicol. USP.* 2000; 11(1): 155-87.

Sanchez, TG; Bento, RF. An evaluation of tinnitus treatment. *Exp. Opin. Ther. Patents.* 2000; 10(12):1911-7.

Sanchez TG, Bento RF, Miniti A, Câmara J. Zumbido: características e epidemiologia: experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 1997;63:229-35.

Sanchez TG, Medeiros ÍRT, Levy CPD, Ramalho JRO, Bento RF. Tinnitus in normally hearing patients: clinical aspects and repercussions. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71(4): 427-31.

Schielke E, Reuter U, Hoffman O, Weber JR. Musical hallucinations with dorsal pontine lesions. *Neurology.* 2000; 55(3); 454-5.

Scott B, Lindberg P. Psychological Profile and Somatic Complaints Between help-seeking and non-help-seeking tinnitus subjects. *Psychosomatics.* 2000; 41(4): 347-52.

Silbersweig DA, Stern E, Frith C. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature*. 1995; 378: 176-9.

Sirois FM, Davis CG, Morgan MS. "Learning to live with what you can't rise above": control beliefs, symptom control, and adjustment of tinnitus. *Health Psychol*. 2006; 25(1): 119-23.

Solé MCP. A surdez e a psicanálise: o que é dito. *O sujeito surdo e a psicanálise: uma outra via de escuta*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2005. p 29-68.

Sommer IEC, Aleman A, Kahn RS. Left with the voices or hearing right? Lateralization of auditory verbal hallucinations in schizophrenia [letter]. *J Psychiatr Neurosci*. 2003; 28(3): 217-8.

Stephane M, Hagen MC, Lee JT, Uecker J, Pardo PJ, Kuskowski MA, Pardo JV. About the mechanisms of auditory verbal hallucinations: a positron emission tomographic study. *Rev Psychiatr Neurosci*. 2006; 31(6): 396-405.

Stip E, Bentaleb LA. The authors respond [letter]. *J Psychiatr Neurosci*. 2003; 28(3): 218-9.

Taylor MG, Lynch SM. Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *J Gerontol: Social Sciences*. 2004; 59B(4): S238-46.

Tendlarz S. Complexo de Édipo e Nome-do-Pai. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. 2007; 50: 88-91.

Terao T, Ikemura N. Musical obsessions or hallucinations? (letters). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000; 12(4): 518-9.

Tucker DA, Phillips SL, Ruth RA, Clayton WA, Royster E, Toddy A. The effect of silence on tinnitus perception. *Otolaringol Head Neck Surg.* 2005; 132(1): 20-4.

Valas P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo.* Tradução: Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2001.

Virole B. *Psychologie de la surdit .* Paris: De Boeck Universit ; 1996.

Whalley HC, Gountouna V-E, Hall J, McIntosh A, Whyte M-C, Simonotto E, Job D E, Owens DGC, Johnstone EC, Lawrie SM. Correlations between fMRI activation and individual psychotic symptoms in un-medicated subjects at high genetic risk of schizophrenia. *BMC Psychiatry*; 2007, 7:61. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/61>.

Williams VG, Tremont G, Blum AS. Musical hallucinations after left temporal lobectomy. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 2008; 21(1): 38-40.

Zenoni A. A psicose fora do desencadeamento. *Op o Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.* 2000; 28: 36-39.

Z ger S, Svedlund J, Holgers K-M. Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics.* 2006; 47(4): 282-6.