

## **1 INTRODUÇÃO**

Partindo-se das mais recentes contribuições das chamadas neurociências, da psiquiatria e da musicoterapia, este trabalho lança um olhar sobre o Transtorno Bipolar e a importância de uma visão integrada ao paciente portador deste.

Os aspectos que motivaram essa pesquisa partem da experiência pessoal da autora, que sentiu como a atitude do paciente, da família e da sociedade, pode transformar uma patologia em uma prisão, e o quanto o julgamento alheio influencia o tratamento e a situação da vida da pessoa como um todo.

Apesar de não ser identificado pelas pessoas leigas, o Transtorno Bipolar apresenta uma alta incidência na população em geral. Uma melhor compreensão acerca da patologia pode vir a facilitar a percepção de determinados sintomas tidos como comuns, e a procura por uma ajuda precoce contribuirá para a eficácia do tratamento.

Quando se aborda sobre o Transtorno Bipolar, a referência mais requisitada pela autora deste trabalho foi a do Prof.Dr. Ricardo Alberto Moreno, que traz dados recentes e detalha diversos enfoques acerca do transtorno. Por sua vez na musicoterapia utilizou-se como base estudos de Bruscia, Gaston, e Blasco, que trazem definições e conceitos, métodos de aplicações e intervenções musicoterápicas para pacientes depressivos e bipolares.

A realização da pesquisa se deu, além dos referenciais obtidos bibliograficamente, com a utilização de apontamentos pessoais, apontamentos da musicoterapeuta Luciana Fonseca, da psicóloga Marcia Menim e do psiquiatra Marcus Weber, estes os quais enriqueceram o trabalho com colocações acerca do tema.

No capítulo denominado “Conceituando o Transtorno Bipolar” convém destacar a busca por um conhecimento amplo acerca da patologia, incluindo definições, características, sintomas, classificações, epidemiologia, etiologia e todo um espectro do Transtorno Bipolar. Desta forma almeja-se alguma familiarização de alguns aspectos da patologia em questão.

Formas de tratamento do Transtorno Bipolar”, este é o próximo capítulo, quando se destaca as variadas formas de tratamento, tanto farmacológicas quanto psicológicas. O custo e as consequências, biológicas, psicossociais e econômicas são considerados como fator importante e citados no decorrer do trabalho. As particularidades do tratamento em populações especiais, como gestante e idosos, também são levadas em conta.

No capítulo seguinte, “A Musicoterapia aplicada ao Transtorno Bipolar”, acrescenta-se os pressupostos teóricos musicoterápicos sempre os associando às necessidades do paciente bipolar, estabelecendo possíveis relações. Obtêm-se dados a respeito dos métodos musicoterapêuticos, de intervenções musicoterápicas e de contribuições da música em musicoterapia. Contém também no mesmo um relato de caso de autoria da musicoterapeuta Gudrun Aldridge e de tradução da musicoterapeuta Lia Rejane Barcellos.

Já no capítulo “Transtorno Bipolar: o olhar de um musicoterapeuta” predominam-se os apontamentos pessoais e de profissionais da área de saúde, formando-se um ponto de vista. Os principais colaboradores para a formação desse ponto de vista foram: Marcia Menim, Marcus Weber, Luciana Fonseca, Eulide Weibel e Julie Fast.

Este trabalho é fruto de uma inquietação. Uma inquietação de quem passou por crises bipolares, se beneficiou de alguns recursos musicoterápicos por ser estudante de musicoterapia, percebeu alguns pontos que se complementavam e quis estudar um pouco mais a respeito.

## 2 CONCEITUANDO O TRANSTORNO BIPOLAR

Os conceitos de depressão e mania existem há séculos, e Hipócrates já havia descrito pacientes com melancolia, atribuindo-lhes causa biológica. Entretanto somente a partir do século XIX ficou claro que depressão e mania representavam dois estágios de uma mesma doença.

Após a reformulação de vários conceitos antigos sobre psicose maníaco-depressiva retêm-se claramente a idéia de um transtorno mental, entendido como algo intermediário entre a doença e a síndrome clínica, comprometendo funcionalmente a afetividade, as emoções e o humor com uma história natural que cursa de forma cíclica, alternando fases de mania e depressão.

O Transtorno do humor (ou afetivo) Bipolar era conhecido como psicose maníaco-depressiva, mas a partir dos anos 70, foram estudadas também formas mais leves de euforia como a hipomania<sup>1</sup>. Com isso o termo psicose, que denotava maior gravidade, deixou de ser apropriado para a maioria dos pacientes.

Apesar de conceituados como pólos opostos, sintomas maníacos e depressivos ocorrem em conjunto com frequência no Transtorno Bipolar. Isso faz com que um dos quadros de mais difícil diagnóstico seja, sem dúvida a apresentação do Transtorno Bipolar.

Sua definição é ainda pouco clara, com várias propostas nosológicas<sup>2</sup>, e sua síndrome é bastante heterogênea.

### 2.1 DEFINIÇÃO

O Transtorno Bipolar é um transtorno de humor (ou afetivo) que consiste em enfermidades nas quais existem alterações: do humor, da energia (ânimo) e do jeito de sentir, pensar e comportar-se. Podem acontecer como crises únicas ou cíclicas,

---

<sup>1</sup> Forma clínica atenuada da mania, na qual falta o delírio.

<sup>2</sup> Referente ao estudo dos caracteres distintivos que permitem definir a doença.

havendo oscilações no decorrer da vida. Podem ser episódios de depressão ou mania. Na depressão a pessoa sente uma tristeza exagerada e desânimo e, na mania, um aumento de energia e euforia anormal.

O termo mania não significa “mania de fazer alguma coisa” ou algum tique, é simplesmente o nome que a medicina dá para a fase de euforia do Transtorno Bipolar.

Sabe-se que o Transtorno Bipolar é uma doença que põe em risco a vida do paciente, seja pelo prejuízo da crítica com conseqüente irresponsabilidade e possibilidade de lesão física, seja pelo significativo aumento dos casos em suicídios em bipolares. O Transtorno Bipolar é uma doença caracterizada por episódios, fases de mania ou hipomania e de depressão alternadas com períodos de remissão, que exige tratamento contínuo, mesmo entre as fases (ou seja, com o paciente eutímico<sup>3</sup>), o que pode dificultar a aderência da medicação.

## 2.2 CLASSIFICAÇÕES

A classificação atual em psiquiatria baseia-se essencialmente em sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Segundo PFOHL in MORENO (2002), o transtorno é uma síndrome clínica sobre a qual se sabe algo acerca de seu significado e suas implicações (fatores de risco, epidemiologia, prognóstico), mas sem status de doença.

Há uma certa confusão que acontece nos diagnósticos do Transtorno Bipolar do Humor quando um paciente portador do Transtorno Bipolar inicia seu quadro clínico com um episódio de depressão, e passa a ser tratado como se fosse um paciente unipolar, ficando desprotegido de uma possível indução maníaca pelo antidepressivo utilizado, complicando o seu prognóstico.

Na formulação teórica de AKISKAL, há três diferentes tipos de transtornos mistos bipolares:

---

<sup>3</sup> Comportamento externo alegre, humor jocoso, brincalhão.

- TIPO I: em geral psicótico, com sintomas psicóticos incongruentes com o humor. Parece se desenvolver a partir de um temperamento depressivo. Sobreposição parcialmente com transtornos esquizo-afetivos e transtornos psicóticos agudos. (AKISKAL in MORENO, 2002)
- TIPO II: em geral não psicótico, causado por “surto” ou “crises” ciclotímicas em um episódio depressivo separado. O temperamento ciclotímico instável de base continua a atuar durante a síndrome depressiva gerando sintomas como: labilidade de humor, irritabilidade, fuga de idéias, impulsividade, erotização, e abuso de substâncias. Muitas vezes esse tipo de depressão ciclotímica é erroneamente diagnosticado como “transtorno de personalidade borderline” (AKISKAL in MORENO, 2002).
- TIPO III: origina-se de um temperamento hipertímico<sup>4</sup>, sobre o qual se instala um episódio depressivo. Essas “depressões” se apresentam em geral, com agitação, excitação sexual e alteração no discurso. Parece que esse grupo é refratário ou não responsivo a vários tipos de antidepressivos, correspondendo ao grupo que se beneficiaria de potencialização com o lítio descrito na literatura (AKISKAL in MORENO, 2002).

No espectro bipolar, conceito defendido por Akiskal, salienta-se que pacientes que apresentam história de desadaptação, muitas mudanças de emprego sem que haja evidência de fatos técnicos para isso, muitas mudanças de residência ou de cidade, história de uso/abuso/dependência de álcool ou drogas podem ser bipolares que apresentam flutuações de humor, tais como a hipomania ou estados mistos, suficientes para alterar seu desempenho, mas insuficientemente graves para provocar uma ida ao médico, seja espontaneamente ou porque chama a atenção de amigos e parentes. Essas pessoas podem ser consideradas como “difíceis, geniosas, impulsivas” mas acabam procurando ajuda médica somente na fase depressiva.

## 2.3 EPIDEMIOLOGIA

---

<sup>4</sup> Comportamento caracterizado por uma exacerbação da atividade acompanhada de certa euforia.

Ao longo dos anos, a prevalência dos transtornos de humor foi modificada em função de questões metodológicas, como: coleta e interpretação de dados epidemiológicos, critérios diagnósticos e instrumentos utilizados para avaliar as informações, definição de casos e influência da introdução de um tratamento eficaz, como o lítio.

Em recentes estudos, alguns autores concluíram que as diferenças entre as cidades refletiam diferenças sócio-culturais e de desenvolvimento em cada região.

Outro fator importante a ser considerado na identificação da bipolaridade é a história familiar da doença, porque deprimidos com vários parentes afetados tem risco maior de ciclagem.

Falando-se em características demográficas, observa-se que o Transtorno Bipolar pode se manifestar em todas as fases da vida, e precisar a idade em que se iniciou representa um desafio clínico, pois depende de dados da memória do paciente e de seus familiares depois de se familiarizarem com as manifestações clínicas do Transtorno Bipolar.

Quanto à média de início do Transtorno Bipolar, GOODWIN e JAMISON in MORENO (2002), revisaram 22 estudos abrangendo o período de 1907 a 1988 e apontaram como idade média de início do Transtorno Bipolar aos 28,1 anos, como essa média foi obtida pela mediana, ficou reduzida para próximo dos 25 anos.

No Transtorno Bipolar de tipo I não há diferenças entre os sexos (WEISSMAN in MORENO 2002). O mesmo não se aplica ao espectro bipolar como um todo.

Em relação aos episódios de mania os dados convergem para a maior prevalência em homens, inclusive nos adolescentes (KESSLER, LEWINSOHN, SZÁDÓCZKY in MORENO, 2002).

É consensual a preponderância do sexo feminino nos estados mistos.(FREEMAN e McELROY, in MORENO 2002).

Alguns estudos dos anos de 1970 e 1980, que avaliaram as condições socioeconômicas revelaram uma associação do Transtorno Bipolar em classes social

e educacional mais elevadas, principalmente se comparados aos deprimidos unipolares. (GOODWIN e JAMISON, in MORENO 2002).

Segundo MORENO e CORDÁS, os transtornos do humor atingem mais de 20% da população em algum momento da vida. As depressões são duas vezes mais comuns em mulheres que em homens, iniciam-se, em geral entre 20 e 40 anos de idade e vitimam 16% a 18% das pessoas. Transtornos do humor bipolares tipo I atingem igualmente 1 % a 2% dos homens e mulheres e começam geralmente entre 15 e 30 anos de idade. Apesar de infreqüentes os transtornos de humor atingem crianças com sintomas ansiosos e irritabilidade predominante.

Já SEGAL, afirma a estimativa da prevalência de 1% para o Transtorno Bipolar tipo I. A prevalência de transtornos do espectro bipolar segundo ele é substancialmente maior. Episódios mistos tem incidência que se situa entre 30% e 40% dos episódios maníacos, são mais freqüentes em mulheres, a idade de início tende a ser mais precoce, o curso é mais prolongado, é alta a associação com o abuso de álcool e hipnóticos sedativos e com alterações neuropsiquiátricas, além de maior tendência à cronicidade.

BALLONE, através de suas pesquisas, declara que o Transtorno Bipolar se manifesta clinicamente sob a forma denominada tipo I correspondendo a uma incidência a cerca de 0,8% da população geral, e a forma tipo II em cerca de 0,5% da população geral.

Apesar dos dados pesquisados serem um pouco diferentes entre si observa-se que a incidência do Transtorno é relativamente alta, sendo mais comum do que se imagina.

## 2.4 ETIOLOGIA

Nas últimas décadas, o conhecimento dos aspectos biológicos dos transtornos depressivos cresceu em ordem diretamente proporcional ao desenvolvimento tecnológico, saindo de achados periféricos e chegando a medidas mais diretas do

metabolismo cerebral, da função de receptores e da atividade dos genes. Quanto à mania e aos Transtornos Bipolares, o conhecimento é menos abrangente.

Os transtornos de humor têm evidente componente familiar, portanto, fatores genéticos e ambientais devem ser considerados.

Está estabelecido que o Transtorno Bipolar tipo I tem maior chance de ser hereditário que outros transtornos de humor e que um início mais precoce do quadro está associado a maior hereditariedade bem como o risco hereditário diminui de maneira inversamente proporcional ao grau de material genético compartilhado. Pesquisas com gêmeos homo e heterozigotos ou adotados sugerem que o risco hereditário é maior do que influências ambientais.

Além dos aspectos genéticos e ainda no campo biológico, alterações de sintomas de monoaminas em sistema nervoso central (SNC), tais como a serotonina, dopamina e noradrenalina, entre outras, alterações de regulação hormonal no eixo córtico-hipotalâmico-hipofisário-adrenal, no eixo tireóideo, do GH, da prolactina e da somatostatina parecem estar também envolvidas na patogênese dos transtornos do humor. Além desses achados, alterações da neurofisiologia do sono e de ritmos circadianos estão presentes.

Um aspecto adicional é a possibilidade de uma etiologia iatrogênica<sup>5</sup>, dado que, se por qualquer razão não for bem diagnosticado, um Transtorno Bipolar pode vir a ser tratado com antidepressivos o que teoricamente pioraria a evolução do quadro.

Conforme outros estudos (MORENO, 2002) há evidências de alterações cromossômicas de que um modo de transmissão genética ocorre no braço curto do cromossomo 11. Pode haver outros locais no gene e que talvez levem a apresentações bipolares clínicas levemente diferentes. Alguns investigadores sugeriram a possibilidade de um relacionamento entre um defeito herdado de transporte de lítio e a doença bipolar. Há também informações de que o parto é um estressor que causa alterações fisiológicas e psicológicas que podem produzir um primeiro episódio recorrente da mania presente no bipolar. Outros fatores que

---

<sup>5</sup> Tratamento errôneo ou inadvertido provocado pelo médico.



podem desencadear ou mesmo manter as primeiras crises, estão relacionadas a dificuldades financeiras, doenças na família, uso de drogas, e de inibidores de apetite podem também desencadear a doença em pessoas predispostas.

## 2.5 CARACTERÍSTICAS

A depressão bipolar ocorre em pacientes portadores do Transtorno Bipolar, caracterizado pela alternância de episódios depressivos e maníacos. O único critério reconhecido para diferenciar episódios depressivos bipolares é a história do episódio maníaco. Entretanto nas últimas décadas, esforços têm sido feitos no sentido de identificar características clínicas que, se não patognômicas<sup>6</sup>, pelo menos são indicativas de que um episódio depressivo é bipolar. Os estudos mostram que, em pacientes deprimidos bipolares comparados com unipolares, observa-se com mais frequência retardo psicomotor, sintomas atípicos (paralisia em chumbo, hipersonia e hiperfagia) e sintomas psicóticos e, menos frequentemente ansiedade e insônia inicial.

Os quadros bipolares são caracterizados por início mais precoce, episódios mais frequentes e maior probabilidade de abuso de substâncias ao longo da vida. Essas características podem ser utilizadas como indicadores, quando há dúvida quanto à bipolaridade do episódio depressivo, orientando assim a escolha terapêutica.

Na mania o paciente apresenta elevação do humor, aceleração da psicomotricidade, aumento de energia e idéias de grandeza que podem ser delirantes. A sintomatologia da mania é heterogênea e só recentemente vem sendo avaliada por vários estudos que examinaram agrupamentos de sintomas por meio de análise fatorial, análise multivariada e escala visual analógica, além de sintomatologia clínica do ponto de vista fenomenológico (MORENO e MORENO, 2002).

---

<sup>6</sup> Que é particular a uma doença.

As formas clínicas da mania variam conforme a intensidade e o predomínio de sintomas afetivos e alterações psicomotoras, dependendo da presença ou não de sintomas psicóticos. O humor do paciente em mania é expansivo, eufórico, geralmente irritável, desinibido. Demonstrações de elação, alegria, júbilo e excitação são comuns. O humor pode ser também lábil e irritável, ocasionando crises de choro e/ou hostilidade e caracteriza-se por instabilidade fazendo com que o paciente passe rapidamente da alegria as lágrimas, da euforia a irritabilidade. A sensação de intenso bem estar pode ser substituída pela experiência de desconforto insuportável, nervosismo, descontrole e agressividade.

Outra característica é que os pacientes com mania lembram com facilidade de eventos passados, que vem à mente rapidamente, em profusão e com riqueza de detalhes (hipermnésia); já a memória de fixação durante a crise fica prejudicada.

No que se refere ao comportamento, na mania há uma marcante ativação da psicomotricidade, que se traduz em energia e atividades excessivas e aceleração do pensamento e do discurso, o paciente sente-se muito bem disposto e capaz de alcançar qualquer objetivo, mostra-se inquieto, fala alto, xinga, gargalha, canta, dança ou grita.

Quanto às funções vegetativas, a diminuição do sono é o sintoma físico mais freqüente, e também pode haver a percepção de um pulso mais acelerado e uma sensação de agitação interna por parte do paciente.

Um episódio bipolar (no caso de mania mista) caracteriza-se por um período de tempo de no mínimo uma semana, durante o qual são satisfeitos os critérios tanto para um episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior, durante o mesmo dia por pelo menos uma semana (DSM IV). O indivíduo experimenta uma rápida alternância de humor, acompanhada dos sintomas de um episódio maníaco e de um episódio depressivo maior. A apresentação sintomática freqüentemente envolve agitação, insônia, alterações do apetite, aspectos psicóticos e pensamento suicida. Segundo os critérios do DSM IV, a perturbação deve ser suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, ou ainda é marcada pela presença de aspectos psicóticos.

O início do episódio pode ser tanto pela fase depressiva como pela fase maníaca e pode aparecer já em seu início com sintomas psicóticos o que muitas vezes confunde-se com síndromes psicóticas.

Além dos quadros depressivos e maníacos, há também os quadros mistos que possuem sintomas depressivos simultâneos aos maníacos, o que muitas vezes confunde o médico, retardando o diagnóstico da fase em atividade.

Outra característica do transtorno ou episódio bipolar é que ele não tem cura, mas pode, na maioria dos casos, ser controlado com medicamentos e psicoterapia.

## 2.6 SINTOMAS

Há diferenças clínicas entre a depressão unipolar (UP) e a depressão bipolar (BP) que podem ser observadas de acordo com a intensidade do sintoma avaliado. O quadro abaixo, adaptado de GOODWIN e JAMISON in MORENO (2002) expõe bem esta distinção.

<b>SINTOMA AVALIADO</b>	<b>Distinção UP/BP</b>
Ansiedade	UP > BP
Expressão evidente de raiva	UP > BP
Queixas físicas	UP > BP
Retardo psicomotor	BP > UP
Agitação psicomotora	UP > BP
Nível de atividade física	UP > BP
Variação sintomática nos episódios	BP > UP
Labilidade de humor no episódio	BP > UP
Total do tempo de sono	BP > UP
Episódios no pós-parto	BP > UP
Sensibilidade à dor	UP > BP
Sono REM fragmentado	BP > UP
Perda de peso	UP > BP

(MORENO, 2002 p. 51)

Como se pode observar no quadro acima, no que se refere à ansiedade, por exemplo, é maior a prevalência na depressão unipolar (UP). Já quanto ao retardo psicomotor, é na depressão bipolar (BP) que se encontra uma maior incidência.

Dentre os *sintomas* mais importantes que na *fase maníaca* o doente apresenta têm-se:

- humor para cima, exaltação, alegria exagerada e duradoura, irritabilidade, impaciência;
- agitação, inquietação física e mental;
- aumento da energia, da produtividade ou começar muitas coisas e não conseguir terminar;
- pensamentos acelerados, tagarelice;
- achar que tem dons ou poderes especiais de influência, grandeza e poder;
- otimismo e autoconfiança exagerados;
- aumento dos gastos, endividamentos;
- distração fácil;
- maior contato social desinibição, comportamento inadequado e provocativo, agressividade física e/ou verbal;
- erotização, aumento da atividade e necessidade sexual;
- insônia, redução da necessidade de sono;
- quando grave ocorrem delírios e/ou alucinações.

Já quanto à fase depressiva, é bom saber identificá-la, pois ela geralmente passa despercebida, sendo para maioria das pessoas leve ou moderada, comprometendo menos a capacidade da pessoa. Geralmente ela é sentida quando aparecem angústia, sofrimento psíquico e muita ansiedade.

Os *sintomas* mais freqüentes da *fase depressiva* são:

- humor para baixo, tristeza, angústia ou sensação de vazio;
- irritabilidade, desespero;
- pouca ou nenhuma capacidade de sentir prazer e alegria na vida;
- cansaço mais fácil, desânimo, preguiça, falta de energia física e mental;
- falta de concentração, lentidão de raciocínio, memória ruim;

- falta de vontade, falta de iniciativa e interesse, apatia;
- pensamentos : negativos, repetidos ou amplificados, pessimismo, idéias de culpa, fracasso, inutilidade, suicídio;
- sentimentos de insegurança, baixa auto estima, medo;
- interpretação distorcida e negativa do presente, de fatos ocorridos no passado e no futuro, dificuldade de expressão;
- redução da libido;
- perda ou aumento do apetite e/ou peso...

Devido à semelhança com condutas aparentemente normais ou um “pouco esquisitas” é necessário estar atento aos sintomas e se houver a confirmação de pelo menos três deles em cada fase é aconselhável a procura de um médico psiquiatra.

## 2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A falha no diagnóstico é considerada um grave problema na abordagem do Transtorno Bipolar, devido à dificuldade no diagnóstico diferencial.

Os sintomas presentes no Transtorno Bipolar que mais confundem o clínico na distinção com outras patologias incluem comportamento desinibido, labilidade de humor, agitação psicomotora, sintomas psicóticos, sintomas vegetativos (alterações do sono e do apetite).

Entre os diagnósticos não psiquiátricos, os transtornos orgânicos devem ser lembrados principalmente em idosos, como demências e epilepsias, endocrinopatias e transtorno do sono (GOODWIN e JAMISON in MORENO, 2002).

A fenomenologia (ou melhor, o olhar de *como* se dá o desenvolvimento processual) do quadro clínico, a presença de ciclicidade na apresentação dos sintomas, a história anterior e familiar de transtornos do humor, o retorno ao funcionamento pré-mórbido e o curso da doença, além do uso eficiente de agentes estabilizadores de humor, auxiliam no diagnóstico diferencial do Transtorno Bipolar, de acordo com pesquisas de MORENO (2002).

O diagnóstico diferencial da depressão unipolar é o mais importante e o de maior possibilidade de ser confundido, pelas diferenças quanto ao curso e à evolução, bem como ao prognóstico e o tratamento. Há que se diferenciar entre depressão unipolar, depressão bipolar e episódio depressivo ou depressão recorrente.

Os principais diagnósticos diferenciais do Transtorno Bipolar são:

- depressão unipolar
- abuso de álcool e substâncias
- esquizofrenia
- transtorno esquizoafetivo
- psicose puerperal
- transtornos de ansiedade
- transtornos de personalidade, principalmente borderline
- transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- transtorno de Conduta

O quadro clínico, curso e evolução, início em idade precoce, associado à presença de história familiar de depressão ou Transtorno Bipolar falam em favor de transtorno bipolar do humor.

Entretanto, dada à histórica falha diagnóstica em se considerar o episódio de mania no diagnóstico diferencial com transtornos psicóticos, os estados mistos e o Transtorno Bipolar tipo II no diagnóstico diferencial com transtornos ansiosos, abuso/dependência de substâncias e transtorno de personalidade borderline, deve-se cogitar que, mesmo quando o paciente refere uma história familiar positiva de esquizofrenia ou alcoolismo, é possível que o parente afetado na realidade tenha sido erroneamente diagnosticado como tal.

Os quadros mais leves (como os bipolares tipo II) são muitas vezes, classificados erroneamente como “transtornos de personalidade” (mais freqüentemente o transtorno borderline) e assim permanecem sem tratamento específico.

### **3 FORMAS DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR**

Existem várias formas, sistemas e alternativas para o tratamento do paciente bipolar. Elas, na maioria das vezes são experimentais, pois o médico faz diferentes sondagens e testes para a aplicação de diferentes medicamentos, considerando-se que sua cura imediata é inexistente. O tratamento precoce pode alterar o curso da doença e sua interrupção pode ocasionar resistência a medicamentos e aumento do número de ciclagens, sendo o tratamento contínuo essencial.

De acordo com a pesquisa realizada, a magnitude das conseqüências depende da combinação de uma série de fatores: gravidade dos sintomas, tratamento adequado, apoio familiar, associações com outras doenças, idade de início (quanto mais cedo, mais compromete os estudos e a formação profissional) quantidade de episódios, aceitação do tratamento, associação com o alcoolismo ou abuso de drogas (o que praticamente impossibilita o tratamento) e problemas persistentes considerados sérios pela pessoa. Levando em consideração essa gama de fatores e com a real vontade interna de se ajudar pode-se conseguir um bom resultado terapêutico. Este deve contemplar o aspecto farmacológico e os aspectos psicológicos e psicossociais.

#### **3.1 TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS**

As medicações mais utilizadas na farmacoterapia são: o LÍTIO, (estabilizador de humor), a CARBAMAZEPINA (anticonvulsivante), NEUROLÉPTICOS, VALPROATO, ANTIDEPRESSIVOS, DIVALPROATO, ANTIPSICÓTICOS e BENZODIAZEPÍNICOS.

Os sais de LÍTIO permanecem como o tratamento de escolha para a maioria dos casos de mania aguda e para a profilaxia das recorrências das fases maníaco-depressivas; nesse tratamento de lítio recomenda-se a monitoração periódica de seus níveis mais séricos, imprescindível no início do tratamento ou mesmo quando as

doses são alteradas, e ainda, a qualquer momento, desde que haja indícios ou suspeita de intoxicação pelo lítio. O lítio pode algumas vezes acarretar polidipsia <sup>7</sup> e poliúria<sup>8</sup> devendo-se solicitar uma dosagem da glicemia antes de sua introdução. Os efeitos colaterais mais comuns são: sede, problemas de memória, tremores, ganho de peso, sonolência/cansaço e diarreia. O lítio é considerado um estabilizador do humor e no Transtorno Bipolar controla o processo de ciclagem de um episódio a outro, reduzindo a quantidade de depressões e (hipo) manias e a gravidade delas. O lítio também é utilizado em situações específicas que tem como objetivo buscar novos caminhos associando-o a um agente antipsicótico. A combinação de lítio com antipsicóticos para os casos agudos de mania é segura e altamente indicada.

O lítio é geralmente a primeira opção de tratamento no Transtorno Bipolar, apresentando uma latência de até três semanas para o início da resposta antimaniaca, devendo as doses diárias ser aumentadas progressivamente, em função dos efeitos colaterais e do risco de toxicidade.

A ação profilática do lítio no tratamento do Transtorno Bipolar foi evidenciada ainda nas décadas de 1960 e 1970, quando estudos abertos e controlados demonstraram sua ação na redução da frequência e da intensidade de episódios maníacos e depressivos (GOODWIN e JAMISON in MORENO, 2002).

O lítio é o estabilizador de humor com ação profilática mais estudada e comprovada no tratamento do Transtorno Bipolar, entretanto cerca de 40% a 60% dos casos não apresentam uma resposta satisfatória, acontecem muitas vezes recaídas com pacientes que interrompem a medicação se considerando bons. Esse é um dos principais problemas na aderência do tratamento, não se percebe a ação do medicamento achando que se pode muito bem viver sem ele. Só se sente a falta quando se perde a estabilidade e se inicia uma crise.

A adesão ao tratamento do Transtorno Bipolar é de crucial importância na prevenção de recaídas, recorrências e na redução da morbidade e da mortalidade associadas. Um dos principais motivos para o abandono de tratamento é a resistência ao tratamento a longo prazo. A idéia de ter de tomar a medicação para

---

<sup>7</sup> Sede excessiva.

<sup>8</sup> Secreção de urina em quantidade abundante.



praticamente o resto da vida além de assustar, revolta muitos. Outro ponto negativo é o ganho de peso, um efeito colateral que é uma das principais causas de interrupções no tratamento com estabilizadores de humor.

Quanto à adesão ao tratamento se mostra importante sempre avaliar objetivamente o cumprimento das orientações no tratamento de pacientes bipolares, principalmente no caso de pacientes com história longa de má resposta aos tratamentos instituídos, estimulando a participação em grupos de orientação psicoeducacional e de auto-ajuda, que encontraremos citada posteriormente no item: tratamentos psicológicos, denominado 3.2 neste trabalho.

Segundo ANDRADE (1999), a eficácia dos tratamentos médicos depende diretamente do grau de compromisso do paciente e de seus familiares com as indicações terapêuticas.

A CARBAMAZEPINA tem sido utilizada no Transtorno Bipolar desde a década de 1970, ela pode ser útil no tratamento de quadros mistos, porém sua eficácia tende a ser menor do que outros medicamentos, sendo sua utilização maior em combinação com o lítio.

Os NEUROLÉPTICOS tem sido utilizados no tratamento da mania aguda pela rapidez da ação e pelo controle da agitação psicomotora. Seu uso no tratamento de manutenção é evitado pelos efeitos colaterais (como o parkinsonismo) podendo ainda desencadear ou agravar quadros depressivos.

Os ANTIDEPRESSIVOS são o tratamento indicado para as depressões. No paciente com Transtorno Bipolar o médico introduz primeiro o estabilizador de humor, e se não melhorar, associa um antidepressivo. Essa cautela reduz o risco de ciclagem para euforia que os antidepressivos podem desencadear.

Os ANTIPSICÓTICOS são medicamentos de efeito antimaníaco e antipsicótico. Podem ser usados durante um episódio de depressão, mania e estado misto se houver sintomas psicóticos.

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um dos tratamentos antidepressivos e antimaníacos mais eficazes indicado nos extremos da mania e da depressão, para prevenir exaustão ou suicídio, pelo rápido tempo de ação. Hoje em dia há um

desinteresse nessa modalidade terapêutica, em detrimento do crescente interesse nos antipsicóticos atípicos.

O tratamento medicamentoso da mania tem como objetivo abortar os sintomas presentes na fase aguda, e permitindo a estabilização do quadro clínico com os mínimos efeitos adversos possíveis, e com o menor risco possível de induzir ou exacerbar uma depressão seguinte.

### 3.2 TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS

O tratamento medicamentoso é básico, mas o Transtorno Bipolar não é meramente um problema bioquímico, mas também psicológico e social. Entrar em contato com os sintomas do Transtorno Bipolar causa sofrimento e pode ser traumatizante para o paciente e para a família. O medo de como isso vai afetar a sua vida, o preconceito e a aceitação do diagnóstico requerem um trabalho interior de aceitação. Para aceitar, é necessário conhecer a doença a ponto de diferenciar pensamentos e sentimentos e tomar decisões baseadas em conhecimento e não em emoções como medo ou raiva da doença. Tratamentos psicológicos procuram fornecer boas informações, orientação e motivação em um ambiente de apoio e confidencial.

Há vários tipos, dependendo da necessidade específica de cada paciente. Como exemplo tem-se a psicoterapia individual ou grupal, terapia familiar ou conjugal e orientação psicoeducacional. Durante o curso do tratamento, o paciente costuma enfrentar recorrências, pois o manejo medicamentoso pode demorar até ser acertado, dando resultado quando se consegue o controle. Tais experiências trazem desapontamentos, dúvidas sobre o tratamento, sentimento de culpa e revolta. Na psicoterapia e na orientação sobre a doença, é possível encontrar esclarecimento e apoio necessários para superar cada novo obstáculo que a doença impõe. O paciente bipolar deve estar ciente de que o tratamento deve unir psicoterapia e medicamentos, pois estes ajudam o paciente a aprender lidar com os sentimentos, os

medos e os pensamentos. O paciente bipolar tem a vantagem de ter a seu dispor várias opções de remédios podendo escolher o mais adequado e com menos efeitos colaterais.

Não há dúvida de que o tratamento do Transtorno Bipolar do humor é prioritariamente farmacológico. Por muito tempo acreditou-se que episódios de mania eram uma contradição para uma abordagem psicoterapêutica. Por isso, não é de se estranhar que o Transtorno Bipolar seja entre os transtornos psiquiátricos, o que apresenta menor número de estudos verificando a eficácia dos tratamentos psicológicos na diminuição da sintomatologia.

Apesar do consenso quanto à maior eficácia da medicação no controle da sintomatologia, fatores relacionados às causas e/ou conseqüências dos episódios parecem responder bem a intervenção psicoterápica (MORENO, 2002).

Existe uma tendência entre os profissionais em valorizar a associação de abordagens psicológicas às terapêuticas medicamentosas, também refletido na postura da Associação Psiquiátrica Americana (APA) que recomenda a integração de técnicas psicoterápicas à farmacoterapia no tratamento do Transtorno Bipolar para que se consiga, além da redução da sintomatologia, a prevenção de recorrências e a melhora da qualidade de vida do paciente.

A psicoterapia do Transtorno Bipolar tem como principais objetivos:

- 1) o controle dos fatores de risco associados à ocorrência e a recorrência de episódios;
- 2) a diminuição dos prejuízos e conseqüências psicossociais causados pelo transtorno e que não melhoram apenas com a redução da sintomatologia.

Dentro do primeiro objetivo, os principais fatores de risco que pedem um controle são: a não-aderência à medicação, baixo suporte social, representado pelo aumento de conflitos conjugais e familiares, separação ou divórcio (são eventos estressores que alteram o estado emocional do paciente, tornando-o mais vulnerável), altos níveis de emoção expressa na família, estresse (situações de estresse, positivas ou negativas, alteram o ritmo social do paciente e perturbam o

ritmo circadiano e o ciclo sono-vigília, levando a ocorrência de novos episódios), segundo ROTHBAUM e ASTIM in MORENO (2002).

Fatos que podem ser considerados importantes na terapia são o do suporte social proporcionado pela família, que funciona como fator de proteção contra a ocorrência de novos episódios. A psicoterapia visa a melhoria dos padrões de comunicação entre os membros da família, podendo-se destacar também as mudanças no estilo de vida que facilitem a regularidade na rotina do paciente.

Já no que se refere à diminuição dos prejuízos têm-se que o da ordem psicossocial mais comum no Transtorno Bipolar é a incapacidade para o trabalho, sendo o desemprego notável em muitos dos casos. Estudos de ZUBIETA in MORENO (2002) identificam também o prejuízo em medidas de aprendizagem verbal e coordenação motora em pacientes bipolares assintomáticos, comparados a controles normais.

O que a psicoterapia visa é diminuir o impacto que o transtorno causa na vida dessas pessoas, auxiliando o paciente no desenvolvimento de habilidades (cognitivas, ocupacionais e sociais) para lidar com as perdas acarretadas pelo transtorno.

Entre as abordagens psicoterápicas utilizadas, a psicoeducacional combinada a técnicas cognitivo-comportamentais em grupo ou individualmente demonstra em alguns estudos de COLOM in MORENO (2002) ser a mais promissora.

Além dessa abordagem têm-se,

- Psicoterapia Comportamental-Cognitiva - onde foca-se o controle dos ritmos biológicos e social do paciente através de um diário;
- Psicoterapia Interpessoal - onde foca-se a relação entre os problemas – luto, disputa e transição de papéis e falta de habilidades interpessoais-e os episódios depressivos e eufóricos;
- Intervenções psicoeducacionais - visam oferecer ao paciente e à família informações sobre o transtorno e o tratamento bem como tratar do impacto psicológico que essas informações podem causar;
- Psicoterapia Familiar.

É notório que a família pode desencadear uma crise e é afetada por ela, pois os principais fatores de risco que podem desencadear episódios afetivos incluem os conflitos familiares, a conseqüente ausência de suporte social e a presença de emoção expressa no padrão de comunicação familiar, o que torna as relações familiares conflitivas.

São vários os objetivos da psicoterapia familiar ou familiar de bipolares, entre eles:

- a) aceitar a doença e seu caráter crônico, bem como a necessidade do tratamento farmacológico e psicoterápico;
- b) identificar estressores na família, e fora dela, que possam desencadear futuros episódios;
- c) desenvolver habilidades de comunicação;
- d) aprender maneiras de modificar padrões insatisfatórios de funcionamento familiar.

MIKLOWITZ in MORENO(2002) divide o curso da psicoterapia do Transtorno Bipolar em três etapas:

- Estágio Agudo: a psicoterapia fica limitada à avaliação, ao desenvolvimento da aliança terapêutica, ao suporte e ao reassseguramento. Muitas vezes a orientação familiar já é indicada nessa etapa a fim de minimizar o impacto causado pelo episódio no relacionamento e facilitar o suporte social necessário ao paciente.
- Estágio de estabilização: nessa etapa, podem ser indicadas intervenções mais estruturadas e orientadas para tarefas específicas de maneira a facilitar a aderência da medicação e aumentar a autoconfiança do paciente.
- Estágio de manutenção: psicoterapias mais intensivas, como a comportamental-cognitiva, interpessoal e psicodinâmica, podem ser indicadas nessa etapa.

A psicoterapia como complemento do tratamento farmacológico não deixa dúvida no que diz respeito de ser a forma mais adequada do tratamento, tem de

haver essa complementaridade para que se possa atingir o paciente numa totalidade.

Além disso, cabe ao paciente o esforço de manter o tratamento, uma vez que é ele quem toma ou não a medicação. Ninguém pode forçá-lo, a não ser em situações que ponham em risco a sua segurança ou a dos outros. É recomendável ao portador do Transtorno Bipolar:

- comprometer-se com o tratamento \_ discutindo com médicos suas dúvidas, a eficácia dos estabilizadores de humor, intolerância a efeitos colaterais, etc.;
- manter uma rotina de sono (o sono pode ser um desestabilizador da doença);
- evitar álcool e drogas (estes interagem com a medicação);
- permitir-se convalescer, afastando-se do emprego se necessário;
- manter-se alerta para o aparecimento dos primeiros sinais;
- aproveitar o período de bem-estar - autoconhecer-se;
- aceitar ajuda da família e dos amigos quando perceber que não consegue se cuidar sozinho.

### 3.3 CUSTO E CONSEQUÊNCIAS BIOLÓGICAS, PSICOSSOCIAIS E ECONÔMICAS

Os transtornos de humor são um problema de saúde pública. Estima-se que um adulto desenvolvendo o Transtorno Bipolar tipo I aos vinte anos de idade perca efetivamente nove anos de sua vida, doze anos de sua saúde normal e quatorze anos de trabalho (SCOTT in MORENO, 2002).

A maioria dos pacientes não recebe tratamento adequado devido ao fato do médico não estar apto a diagnosticar e tratar dessa condição. WILLIAN L. em seu livro “Dentro da chuva amarela” relata a dificuldade de um diagnóstico preciso e de algum despreparo da equipe médica para tratar a dinâmica da doença, que por

muitas vezes é confundida com outras patologias como esquizofrenia, borderline e depressão unipolar.

Um estudo da OMS enfatiza que, em países de economia de mercado estabelecido apenas 35% dos pacientes com Transtorno Bipolar são tratados, esses números diminuem para 15% na América Latina e para 5% na África Subsaariana.

Além do maior grau de incapacitação, a mortalidade do paciente com Transtorno Bipolar é aumentada devido ao suicídio, efeito de estresse relacionado a doenças médicas e complicações do abuso de substâncias, como relatam diversos estudos de diversos autores.

Na intervenção terapêutica, o diagnóstico precoce deve ser o primeiro passo, visando melhorar esse quadro dramático. É essencial que mesmo o médico não psiquiatra identifique o Transtorno Bipolar para encaminhar ao psiquiatra devidamente habilitado na sua terapêutica.

Reforçando, citamos ainda Manning que diz que uma dificuldade no estabelecimento de diagnósticos de bipolares está no reconhecimento de formas mais sutis de Transtorno Bipolar, que correspondem à maior parte dos pacientes com o transtorno. O diagnóstico precoce da doença bipolar pode levar a tratamentos mais precisos, menos complicações advindas da inapropriada monoterapia com antidepressivos e melhora do prognóstico (MANNING in MORENO 2002).

Muitos estudos mostram a presença de uma disfunção cognitiva em uma ou mais tarefas nos testes neuropsicológicos do Transtorno Bipolar (KESSING in MORENO 2002).

Alguns pesquisadores concordam que os episódios depressivos causam maior prejuízo no trabalho, nas relações familiares e nas experiências pessoais.

No intervalo dos episódios depressivos maiores ou maníacos, nominados pelo autor acima, não é rara a presença de sintomas subsindrômicos causando uma sensação de profundo mal-estar e baixa auto-estima. Essa situação “pede” por uma terapia que durante esses intervalos consiga fazer com que o indivíduo interiorize o equilíbrio e consiga se manter maior parte do tempo possível sem as recorrências características do quadro.

Não há dúvida entre os estudiosos que os transtornos de humor são responsáveis por uma parcela significativa das incapacitações do mundo atual. A área mais afetada pela doença é a ocupacional. A pessoa afetada perde os parâmetros além de sua auto-estima e demora um bom tempo para voltar a acreditar em sua capacidade, acabando por enfrentar problemas financeiros e empregatícios (70% dos pacientes apontam como sendo estas as maiores dificuldades a longo prazo).

Há grandes prejuízos também na área social. Segundo SHAPIRA in MORENO 2002, pacientes apresentam disfunções nas atividades sociais e de lazer. Existem freqüentes queixas das diminuições de integração social e desconforto nas relações sociais, do aumento de solidão e do tédio. A causa de tudo isso é quase sempre devido ao dano irreparável que o comportamento aberrante durante o episódio maníaco gera. (SCOTT in MORENO 2002).

Há um enorme desgaste sofrido pelas famílias que por vezes afastam-se de seus trabalhos para dedicar total atenção ao paciente, diminuindo assim a renda familiar, o que afeta a família toda. Às vezes pelo ritmo do paciente ser muito intenso (dias sem dormir, falando sem parar) precisa-se fazer um revezamento de quem vai tomar cuidado do paciente.

Há que se considerar que não são só os bipolares os expostos a fatores estressores psicossociais, PICHON-RIVIÈRE (2000) afirma que todas as pessoas podem desencadear uma crise (sendo ela de um Transtorno Bipolar ou não) a partir de fatores externos estressantes.

Desta maneira, a qualidade de vida do indivíduo se torna de suma importância por manter situações que ocasionam uma melhora da condição de saúde, não possibilitando brechas que possam vir a se tornar crises. A manutenção da qualidade de vida é um dos principais objetivos da musicoterapia, e no decorrer deste trabalho discorreremos mais sobre esta possível abordagem.



### 3.4 TRATAMENTO MÉDICO DO TRANSTORNO BIPOLAR EM POPULAÇÕES ESPECIAIS

As populações consideradas especiais no tratamento médico do Transtorno Bipolar são as:

- de crianças e adolescentes;
- de gestantes, puérperas e lactantes;
- de idosos.

Em se tratando da população de crianças e adolescentes, é importante lembrar que a instituição de um tratamento adequado na infância ou na adolescência possibilita, ao portador, melhor evolução clínica ao longo dos anos, possibilitando também melhor evolução no desenvolvimento neuropsicomotor, na estruturação da personalidade e no desenvolvimento das habilidades sociais e escolares.

Além disso, o sistema nervoso central na criança e no adolescente está ainda em desenvolvimento e, portanto é mais vulnerável aos efeitos psicofármacos, o que pode levar ao aparecimento de efeitos adversos (TUETH in MORENO, 2002).

Quanto às gestantes, todas as informações disponíveis acerca do emprego de medicamentos têm que ser consideradas individualmente, e avaliadas na sua relação risco-benefício do tratamento durante a gravidez, sendo assim as condições de gestação e pós-parto em pacientes bipolares exigem atenção especial do clínico quanto à prescrição de medicações, como estabilizadores de humor. No pós-parto, são observadas alterações na farmacodinâmica e na farmacocinética das drogas, portanto os ajustes de doses tornam-se necessários sendo importante conhecer os aspectos específicos do manejo das medicações utilizadas no tratamento do Transtorno Bipolar nessas condições especiais.

O tratamento requer também cuidados especiais em se tratando de pessoas com idade acima dos 65 anos, os idosos, cujo tratamento apresenta algumas particularidades.

Nessa população, são freqüentes as co-morbidades com outras doenças médicas e psiquiátricas e o uso de outros medicamentos. A investigação clínica

detalhada e o levantamento das medicações concomitantes em uso são importantes para o esclarecimento da origem das alterações de humor: se primárias ou decorrentes do Transtorno Bipolar, ou se secundárias a outras patologias e/ou medicamentos.

O risco potencial de interações medicamentosas nessa população de pacientes é grande e deve ser levado em conta na elaboração da estratégia de tratamento. Outra consideração a ser feita no tratamento de bipolares idosos diz respeito às alterações fisiológicas relacionadas à idade e que influenciam a absorção, a distribuição, a metabolização e a eliminação dos psicofármacos.

Os objetivos no tratamento de idosos bipolares são os de abortar os sintomas de novos episódios em pessoas que usam estabilizadores de humor profilaticamente, tratar os primeiros episódios de hipomania/mania em pessoas anteriormente identificadas como portadoras de um transtorno depressivo recorrente ou, mais raramente, tratar as primeiras manifestações do Transtorno Bipolar em indivíduos até então assintomáticos.

## 4 A MUSICOTERAPIA APLICADA AO TRANSTORNO BIPOLAR

A musicoterapia é considerada como uma terapia diferente das demais terapias por utilizar a música como fator mobilizador, desbloqueador de emoções e sentimentos, e pode ser uma das formas de auxiliar a pessoa diagnosticada como portadora de Transtorno Bipolar a ter uma vida mais saudável.

Existem várias áreas de atuação da musicoterapia. Na área social, a musicoterapia pode atuar com transtornos relacionados a substâncias, como drogas e álcool, no combate ao stress e inadaptação, nos desvios sócio-emocionais, na gerontologia e na prevenção e profilaxia de situações de diferentes contextos psicossociais.

Na área educacional, a musicoterapia pode atuar com: distúrbios de aprendizagem, deficiência mental, autismo, transtornos de habilidades motoras, transtornos sensoriais, deficiências múltiplas, alterações cromossômicas e na prevenção e profilaxia.

Na área clínico-hospitalar, a atuação do musicoterapeuta concentra-se em: pediatria, pacientes terminais e/ou coma, transtorno de habilidades motoras, afecções neurológicas, geriatria, gestantes, pacientes com neoplasias, pacientes queimados, e finalmente na área psiquiátrica, onde se encontra o Transtorno Bipolar, que é o assunto principal a ser explanado.

A musicoterapia por ser uma ciência que no seu estudo aborda aspectos transdisciplinares, possibilita essa grande amplitude de atuação, ocasionando por vezes até mesmo a surpresa por conseguir mobilizar diferentes aspectos do ser humano. A atuação significativa em transtornos psiquiátricos como o Transtorno Bipolar é encontrada em alguns autores que passamos a nominar.

No que diz LEINIG (1977), alguns psiquiatras têm recomendado o uso da música no tratamento adicional do Transtorno Bipolar, considerando que ela tem propriedades que tornam possível atrair e prolongar a atenção do indivíduo, penetrando em seu mundo interno e tirando-o de sua conduta depressiva. Isto,

segundo a mesma autora, demonstra que por uma estimulação, através do ritmo pode-se modificar o ânimo atual do paciente, estabilizando as flutuações de humor.

A musicoterapia pode oferecer auxílio ao portador do Transtorno Bipolar no que diz respeito à comunicação, socialização e auto-expressão, pois se utiliza de uma *abordagem não invasiva* possibilitada pela música, que acaba por fortalecer estas habilidades, podendo proporcionar uma mudança de comportamento de efeito, isto é, a pessoa que experiencia um processo musicoterápico pode ser beneficiada no que diz respeito à fase de readaptação e reabilitação no decorrer do curso do transtorno.

Através de relatos de trabalhos realizados pela musicoterapeuta Luciana Fonseca nos EUA, pode se constatar que com pacientes bipolares a sessão musicoterápica deve ser bem estruturada. No relato do trabalho realizado por ela, é feita uma pontuação referente a importância da comunicação, isto é, informando o paciente sobre o que está sendo feito com ele e para ele. Assim ela realça que a *comunicação* se torna de suma importância e em tratando-se de adultos, quando o musicoterapeuta tem que explicar o motivo de estar fazendo tal atividade, o porquê, por exemplo, de ser utilizado instrumentos de percussão ou mesmo analisado a letra de uma música. Luciana Fonseca comenta que os pacientes quando maníacos, tem uma extrema dificuldade de *concentração*, não conseguindo seguir uma ordem.

Segundo a Mt. Luciana Fonseca, as principais metas para pacientes bipolares no decorrer do processo são: aumentar a comunicação - verbal e não verbal -, o controle do stress e “provocar” uma melhor identificação de emoções. Outra colocação de Luciana Fonseca é a de que os pacientes encontram-se na verdade “perdidos”, não sabem onde estão. É papel do musicoterapeuta trazer o paciente para a realidade, pois o quadro clínico favorece o desligamento da realidade, como também a própria medicação, dependendo do caso, sendo muito forte, também favorece esta desconexão, ainda que por curto período.

A musicoterapia pode levar o indivíduo a uma percepção consciente, pois a música com seu ritmo, melodia e harmonia irá estimular, e levá-lo a conectar-se ao

seu tempo mental, trazendo-o para o presente, podendo propiciar o relaxamento e o desvio do pensamento perturbado no primeiro momento de crise.

Trabalhando com canções, que façam parte da sua identidade sonora oportunizamos ao paciente depressivo uma situação vivida, que pode ser rememorada e assim conduzir o paciente a uma maior forma de confrontação consigo mesmo.

Todo o trabalho da musicoterapia está apoiado em pressupostos teóricos. Passamos a verificar os métodos musicoterapêuticos.

#### 4.1 OS MÉTODOS MUSICOTERAPÊUTICOS

De acordo com BRUSCIA (2000), na musicoterapia, o paciente passa por um processo de diagnóstico, um tratamento e uma avaliação através do engajamento em vários tipos de experiências musicais. Essas experiências podem ser tidas como os principais métodos utilizados na musicoterapia, trata-se de improvisar, re-criar, compor e escutar.

Cada um destes métodos envolve um conjunto de comportamentos sensório motores distinto, requer diferentes tipos de habilidades cognitivas e perceptivas, evoca diferentes tipos de emoção, engajando um processo interpessoal diferente, onde o musicoterapeuta pesquisa no seu cliente, sua história individual e familiar, coletando dados que irão compor sua ficha clínica, e sua testificação musical, juntamente com sua identidade sonora. Conseqüentemente cada método também tem seus próprios potenciais e aplicações musicoterapêuticas.

A musicoterapia pode operar como forma de tratamento do Transtorno Bipolar, mas para compreender como a musicoterapia opera, é necessário entender como cada método atua, pois cada um também tem seus próprios potenciais e aplicações musicoterapêuticas. Esses métodos são moldados pelo musicoterapeuta para atenderem as necessidades do paciente.

Dados fornecidos por BRUSCIA (2000) apontam, como já foi dito acima, para a delimitação de quatro principais métodos: a improvisação, a re-criação, a composição e a audição. Passamos agora a uma breve explanação.

Na improvisação, o paciente faz música cantando ou tocando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. Deste modo o paciente pode escolher improvisar sozinho ou ser acompanhado pelo próprio musicoterapeuta ou outro membro do grupo caso seja a modalidade de atendimento grupal.

O papel do musicoterapeuta é ajudar o paciente dando informações e fazendo as demonstrações necessárias, oferecendo uma idéia ou estrutura musical em que a improvisação se baseará em um tema ou também apresentando uma idéia não-musical como referência para que ele a retrate através da improvisação.

Os principais objetivos da improvisação no processo musicoterapêutico e que vem a atender as necessidades terapêuticas em segmentos de clientela de muitas áreas (como a do bipolar) são:

- desenvolver habilidades grupais;
- desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal;
- explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros;
- dar sentido à auto-expressão e à formação da identidade;
- estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal;
- desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas;
- estimular e desenvolver os sentidos, desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica.

(BRUSCIA, 2000 p.124)

De acordo com pesquisas e algumas vivências pessoais pode-se afirmar que o principal método musicoterápico utilizado com pacientes bipolares é a improvisação.

Essa abordagem permite um estilo flexível, que detêm sua ênfase na construção de elementos e estruturas, e que de certa maneira estabiliza o caminho com poucas restrições, isso quer dizer com total liberdade na utilização do desejo musical do paciente, onde o musicoterapeuta fornece o máximo de estruturas

musicais. Possibilita-se então, que a comunicação do paciente seja aceita e entendida dentro de um contexto, havendo uma conexão e uma diminuição de uma possível resistência. O estilo denominado improvisação, como já citamos, fornece uma combinação de flexibilidade e estrutura, os quais chegam a eliminar a necessidade de alguma resistência defensiva.

Ao se integrar com as estruturas musicais propostas tanto pelo musicoterapeuta como pelo grupo, ou pelo paciente, estará se trabalhando a concentração, ponto que muitas vezes não está presente e é danificado pelo Transtorno Bipolar, que acaba por proporcionar uma perda de contato com a realidade.

No outro método, denominado Re-criação, o paciente através de experiências re-criativas aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais, ou ainda faz reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo. Sendo que Re-criar é um termo que abrange a idéia de executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem audiência.

Os principais objetivos clínicos do método da Re-criação, como cita Bruscia, são:

- desenvolver habilidades sensório-motoras;
- promover comportamento ritmado e a adaptação;
- melhorar a atenção e a orientação;
- desenvolver a memória;
- promover a identificação e a empatia com os outros;
- desenvolver habilidades de interpretação e comunicação de idéias e de sentimentos;
- aprender a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais;
- melhorar as habilidades interativas e de grupo.

(BRUSCIA, 2000 p.126)

É recomendado o emprego do método da Re-criação principalmente para pacientes que precisam de estrutura para desenvolver comportamentos e habilidades específicas, e também para aqueles que precisam entender e se adaptar às idéias e sentimentos dos outros preservando suas próprias identidades.

O método da Re-criação tem a capacidade de devolver o ritmo interno do paciente, num comportamento ritmado e adaptado pois ele tem a música já estruturada para lhe dar suporte. A memória e a atenção são também pontos os quais o método atinge e que se alteram durante uma crise no paciente bipolar.

O outro método apontado por Bruscia é o da Composição Musical onde ele considera que o musicoterapeuta possa ajudar o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com músicas ou fitas de áudio. O musicoterapeuta costuma adequar a participação do paciente de acordo com sua capacidade musical, assumindo a responsabilidade por aspectos mais técnicos do processo.

Os principais objetivos clínicos da Composição Musical, ainda sob o olhar de Bruscia, são:

- desenvolver habilidades de planejamento e organização
- desenvolver habilidades para solucionar problemas de forma criativa
- promover a auto-responsabilidade
- desenvolver a habilidade de documentar e comunicar experiências internas
- promover a exploração de temas terapêuticos através das letras das canções
- desenvolver a habilidade de integrar e sintetizar partes em um todo

( BRUSCIA, 2000 p.128)

Valendo-se do método da composição, o paciente bipolar pode se beneficiar, em se tratando da organização do fluxo intenso de idéias, podendo ainda utilizar-se de toda sua criatividade com um certo planejamento e seqüência lógica auxiliado pelo musicoterapeuta.

Acrescenta ainda Bruscia, como último método a Audição Musical.

A Audição é classificada como uma experiência receptiva onde o paciente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade, como por exemplo: escolher desenhar enquanto ouve, dançar (deixando que sua expressão flua durante a audição) ou até mesmo cantar.

O enfoque da experiência de ouvir pode ser sob os aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música, sendo as respostas do paciente moduladas de acordo com o objetivo terapêutico da experiência.



Os principais objetivos terapêuticos encontrados na Audição, segundo Bruscia, são:

- promover a receptividade;
- evocar respostas corporais específicas;
- estimular ou relaxar;
- desenvolver habilidades áudio motoras;
- evocar estados e experiências afetivas;
- explorar idéias e pensamentos;
- facilitar a memória, as reminiscências e as regressões;
- evocar fantasias e a imaginação;
- estabelecer uma conexão entre o ouvinte e o grupo comunitário ou sócio-cultural;
- estimular experiências espirituais.

( BRUSCIA, 2000 p.129)

As experiências receptivas da Audição são indicadas para pacientes que necessitam desenvolver habilidades de atenção e receptividade requeridas pela música.

A Audição pode ser um método muito eficaz com bipolares quando se trata de ajudar uma mudança do estado de ânimo. Levando-se em consideração o princípio de ISO (defendido por Benenzon), segundo o qual os pacientes, quando depressivos, entram em melhor contato com músicas em tom menor, sugerindo tristeza podendo ser de acordo como estado de ânimo apresentado pelo paciente e passar progressivamente a composições que o estimulem, conforme a evolução de seu quadro clínico.

O princípio de ISO postulado primeiramente por Altschuler se baseia nas observações clínicas da Musicoterapia onde se constata que os pacientes deprimidos podem ser estimulados com maior prontidão, através de músicas que sugerem emoções de tristeza do que com músicas alegres. Os pacientes maníacos, cujo o tempo mental é mais rápido, podem ser estimulados mais rapidamente com um *allegro* do que com um *andante*.

A partir destas observações BENENZON (1985) elabora paulatinamente a concepção do princípio de ISO, descrevendo-o como um fenômeno de som e movimento interno que resume nossos arquétipos sonoros, nossas vivências sonoras

gestacionais intra-uterinas e nossas vivências sonoras de nascimento e período infantil até os nossos dias. Assim constatamos que o princípio de ISO auxilia o musicoterapeuta a alcançar os conteúdos internos do paciente, mobilizando as partes necessárias. No caso do bipolar, o vínculo, tão necessário ao processo musicoterapêutico, se estabelece de uma forma mais fácil quando se acompanha o ISO do paciente.

Há também uma musicoterapia denominada musicoterapia receptiva, que adota em sua aplicação um procedimento específico, partindo de um *estímulo musical* utilizando composições de diversos períodos. O musicoterapeuta leva o paciente numa ação subjetiva à uma etapa denominada *sensação*, na qual se tornam conscientes suas sensações emocionais e físicas experimentadas durante a audição do estímulo musical, seguido da etapa denominada *situação*, onde o paciente identifica em que situações de seu cotidiano tais sensações apresentam-se com maior frequência.

Logo após na etapa da *reflexão*, o paciente reflete sobre as sensações vivenciadas na sessão e como ou porque tais sensações estão relacionadas a determinadas situações vividas no seu cotidiano.

A última etapa desse procedimento da musicoterapia receptiva é a possível alteração de comportamento, que está relacionada com mudanças de hábitos de vida. Esses dados de procedimento foram obtidos através de um artigo de Cyntia Marconato e cols, com o objetivo de investigar os efeitos da musicoterapia receptiva na prática clínica e com o intuito neste trabalho, de contribuir para o processo do paciente bipolar, como mais uma alternativa possível.

Os principais objetivos da musicoterapia receptiva durante o processo são:

- a) alterar o comportamento do paciente para corrigir hábitos e atitudes que oferecem riscos à saúde de forma global,
- b) aumentar a percepção interna e a auto-estima do paciente,
- c) fortalecer a estrutura geral do paciente visando um maior equilíbrio e segurança emocional,
- d) contribuir para a elucidação de conflitos internos.

Um dos ramos da musicoterapia que se utiliza dessa abordagem receptiva é o chamado GIM, tendo como sua maior precursora no Brasil a musicoterapeuta Lia Rejane Barcellos que se utiliza desses pressupostos teóricos em sua atuação clínica. Segundo palavras de Madeleine Ventre, no “X Simpósio Brasileiro de Musicoterapia” realizado no ano 2000 na cidade de Porto Alegre-RS: “O GIM é uma terapia transformacional musico-centrada que usa músicas clássicas especificamente programadas para estimular e apoiar o desdobramento dinâmico das experiências internas a serviço do físico, psicológico e espiritual, como um todo”.

#### 4.2 MÚSICO-PSICOTERAPIA: UMA ALTERNATIVA

Os indivíduos com problemas psiquiátricos, como os portadores do Transtorno Bipolar, podem recorrer às práticas terapêuticas dentro da musicoterapia com a chamada músico-psicoterapia. A músico-psicoterapia tem objetivos e métodos de natureza psicoterapêutica. Os principais objetivos podem ser:

aumentar a auto-consciência, a resolução de conflitos internos, a catarse emocional, a auto-expressão, mudanças das emoções e atitudes, melhorar as habilidades interpessoais, a resolução de problemas interpessoais, o desenvolvimento de relações saudáveis, a cura de traumas emocionais, insights profundos, ampliar a orientação para a realidade, a reestruturação cognitiva, mudança de comportamento, dar vida mais sentido e satisfação, ou desenvolvimento espiritual. (BRUSCIA, 2000 p.221).

Esses objetivos vão ao encontro das necessidades do paciente bipolar, e podem auxiliar de grande forma no tratamento complementar.

O apoio músico-psicoterapêutico tem como finalidade, de acordo com idéias de BLASCO (1999), permitir que o paciente sinta-se valorizado, clarificar idéias confusas, ensinar a encarar a vida positivamente e a aceitar as coisas como elas são.

A aceitação é um ponto chave no tratamento de pacientes bipolares. Existem muitas *razões* pelas quais as pessoas costumam não aceitar a realidade do Transtorno Bipolar:

- ter diagnósticos que mascarem seus sintomas;
- considerarem o diagnóstico um erro;

- ter medo;
- consideram-se bem e acham que não precisam de ajuda;
- a realidade é muito dura de se encarar;
- não querem mudar seu estilo de vida;
- não podem ver que suas escolhas estão tornando-o doente;
- eles estão psicóticos;
- eles estão maníacos;
- a doença é muito forte;

Essas razões que os pacientes normalmente alegam devem ser trabalhadas num processo de conscientização, no qual se enfatiza que o transtorno necessita de um monitoramento diário. Esse cuidado vai ser responsável por evitar sérios problemas futuros em suas próprias vidas. Assim como um paciente diabético tem de tomar insulina, o paciente bipolar tem de se conscientizar de que precisa da medicação e da terapia como forma de controlar o transtorno, para efetivamente alcançar o equilíbrio necessário à sua melhora de vida. Este comparativo entre o Transtorno Bipolar e a diabetes pode facilitar a aceitação da medicação, na medida que equipara situações semelhantes que requerem o mesmo tipo de atitude.

A aceitação é o melhor caminho para se estar bem, se você fica lutando contra a realidade da vida, você tem menos tempo de cuidar de si mesmo. A música-psicoterapia poderá trabalhar a aceitação no que diz respeito a mudanças no estilo de vida, medicação, sentimento de descontentamento, limitações, problemas em não conseguir trabalhos fixos, questionamentos pessoais.

Outro aspecto da musicoterapia que favorece pacientes bipolares é o uso da música fornecendo experiências do aqui-agora e possibilitando aos mesmos uma comunicação mais clara, evitando se fechar para os outros e tornando-se informado dos maneirismos pessoais que acabam por empurrar a outros caminhos.

Essa auto-percepção é trabalhada em terapia e em muito pode contribuir para que o próprio paciente passe a se perceber e identificar sinais, evitando assim que o episódio se agrave. O auto-conhecimento é uma das “armas” a serem lapidadas e de muita utilidade no tratamento do Transtorno Bipolar.

### 4.3 A INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA COM PACIENTES BIPOLAR

Quando se fala em intervenção da musicoterapia durante o tratamento do paciente bipolar, leva-se em consideração que a musicoterapia pode proporcionar a esses pacientes *uma ajuda* importante em diversos aspectos:

- como meio projetivo para pesquisar as causas, tanto da depressão como da mania;
- como ajudar a mudança do estado de ânimo (depressivo ou hipomaníaco);
- como ajuda à mobilização interna e externa do paciente;
- como ajuda à ressocialização;
- como ajuda à remotivação do paciente, para uma melhor qualidade de vida..

Nas sessões de musicoterapia pode-se pesquisar as causas da depressão ou do estado de mania, contribuindo para a evolução do tratamento. De acordo com BLASCO (1999), nos atendimentos musicoterápicos, os pacientes projetam, consciente ou inconscientemente, sua problemática profunda através de suas preferências musicais, expressões verbais explícitas e comportamentos. Esses dados são elementos valiosos que devem ser compartilhados com o psiquiatra responsável pelo tratamento do paciente ou com outros membros da equipe terapêutica.

Em musicoterapia a música é um meio através do qual se pretende dar possibilidades para que a pessoa se desenvolva, não especificamente na área musical, mas como um todo. Esse desenvolvimento engloba o bem-estar geral do paciente, incluindo a melhora da qualidade de vida, o aumento da vontade de viver, o prazer de ter prazer consigo mesmo e o fato de estar se buscando atingir seus objetivos traçados.

No caso do paciente bipolar o musicoterapeuta deve estar bem atento, pois se, por exemplo, o paciente estiver numa crise (hipo) maníaca, não caberá a ele reforçar a ebulição da criatividade presente neste momento e sim tentar equilibrar a situação com algo mais moderado, porém alcançando seu paciente a partir de seu

ISO “atual” para poder levá-lo a estabilidade através de progressões melódicas/rítmicas e impedindo que o mesmo fique mais estimulado. Esta discriminação é imprescindível ao musicoterapeuta e também aos demais terapeutas, assim como identificar os possíveis temas de fatores estressores desencadeantes e que podem provocar um abalo emocional considerável.

Para ajudar na socialização do paciente bipolar, a musicoterapia pode a partir de um grupo musicoterapêutico oferecer a possibilidade do paciente expressar suas idéias, desejos, pontos de vista de forma musical ou não. É um meio valioso, se tornando mais ainda com a possibilidade de cantar em grupo, escutar música, improvisar com instrumentos musicais e especialmente qualquer atividade de dança, podendo controlar uma possível agitação motora.

Na fase maníaca os bipolares não podem ser tratados na musicoterapia da mesma forma que os bipolares deprimidos, pois o tipo de música que precisam não é de modo algum deprimente. Neste caso o tipo de música mais adequada para conectá-los é a que se assemelhe mais ao seu estado de ânimo e vise seu equilíbrio, recorrendo o musicoterapeuta aos princípios da teoria de ISO.

#### 4.4 RELATO DE CASO<sup>1</sup>

Em função da precariedade de material bibliográfico e referencial do tema, ao ter em mãos um artigo, gentilmente cedido pela musicoterapeuta Lia Rejane Barcellos (que o traduziu), percebi que este apesar de não ser o relato do Transtorno Bipolar em si, seria de considerável importância ao descrever a trajetória de um paciente depressivo que contém traços em comum com o quadro bipolar.

Neste artigo se observa o processo de um caso de atendimento de Musicoterapia, onde o cliente é portador de depressão, com problemas psicossomáticos. Descreve-se a produção musical realizada no trabalho de

---

<sup>1</sup> Texto extraído do Info CD Rom II, concebido e editado pelo Drº David Aldridge, University Witter herdecke, 1999. Publicado aqui com a permissão deste editor. Autora : Gudrun Aldridge , Phd em Musicoterapia pela Universidade Aalborg –Dinamarca .Tradução: Lia Rejane Mendes Barcellos.

musicoterapia. Como já citamos, este trabalho nos comprova que a Improvisação Musical e a Composição Musical são os métodos descritos por Bruscia como técnica facilitadora de todo o processo musicoterapêutico.

O cliente apresentava, *dificuldade em tomar decisões, dificuldade nas relações interpessoais e medo da perda da identidade*. Estes foram os pontos que se constatou, como as mudanças que foram atingidas e que puderam ser comprovados pelo resultado apresentado, através da produção musical realizada.

A musicoterapeuta e autora do texto, *Gudrun Aldridge* descreve o resultado de seu trabalho de musicoterapia executando a análise musical das improvisações/composições ocorridas numa relação que denominou: “O Desenvolvimento de uma Melodia: Quatro Mãos, Duas Mentes, Uma Música”.

O que nos diz o texto diante da “*dificuldade em tomar decisões*”:

Era óbvio para mim, que tocar melodicamente o ajudava a superar sua indecisão. A melodia está inseparavelmente ligada à intencionalidade. A tensão de um som para o outro apóia a iniciativa de chegar à decisão que é escolher os sons em sucessão. Seus momentos de tomada de decisão são momentos de significado intersubjetivo, muito importantes. Eles me mostraram que o paciente regulou seus sentimentos numa relação terapêutica próxima. A presença destes momentos tinha um poderoso impacto que era vivenciado por nós dois.

Este episódio nos comprova o que já dissemos, a música nos permite uma constância do fazer, do dizer. As frases musicais podem ser retomadas, escritas. Elas nada dizem nas palavras do cliente em tratamento, mas mostram ao musicoterapeuta a seqüência rítmica, os intervalos utilizados que indicam como foi desenvolvida uma melodia através de uma série de improvisações terapêuticas. O musicoterapeuta pode reconhecer o *tocar indeciso*, que a princípio não diz em que direção ele quer ir.

Neste momento o musicoterapeuta intervém com uma figura melódica, tocada sobre um acorde de sétima dominante, criando uma tensão harmônica e uma expectativa sobre o que está para vir. O paciente responde...O que o leva para um novo motivo.

Em outras palavras, *ele criou uma transição* que pode ser vista como uma forma de chegar a um ponto de mudança importante para a tomada de decisões, manifestando-se na idéia seguinte. A sua intenção é agora focalizada pela consciência de um motivo interno melódico expressivo não mais centrado no efeito superficial da expressão rítmica. O paciente também decide mudar para um novo compasso.

Gudrun Aldridge ao estudar o processo de construção de uma melodia no contexto musicoterapêutico, verifica que seu cliente constrói algo sobre uma tensão musical, onde aparece um aumento de acentuações, de intensidade, que é feito num crescendo gradual, com repetições do motivo e repetições rítmicas, permanecendo na mesma altura e diminuindo a estrutura de sua composição.

Relata a Gudrun Aldridge que seu paciente escolheu o caminho para lhe dizer adeus. “Ele foi capaz de expressar as suas emoções e seus sentimentos intrínsecos de partida desenvolvendo uma voz melódica ao mesmo tempo suave e poderosa”.

Este trabalho comprova que ao tocar junto cliente/musicoterapeuta, estabelecem uma relação mútua, que podemos dizer que foi vivenciado um contato pessoal muito próximo quando tocaram juntos. Um marco durante o processo foi a composição denominada de “Melodia do Adeus”.

Esta melodia mostra que o paciente é capaz de ficar e lidar com suas emoções numa relação pessoal próxima. Dentro desta relação ele manteve sua identidade pessoal. Dizer adeus desta forma, e nesta relação próxima, significa que ele é capaz de confiar em si mesmo e no musicoterapeuta. Acredito que ele pode agora ir embora e deixar parte de seus problemas para trás.

Relacionando a efetividade do processo musicoterapêutico, podemos verificar através da produção musical com as necessidades individuais de “estabelecer um contato interno com a vida emocional do paciente” na qual ele pode confiar e como diz a musicoterapeuta no texto aqui relatado: “compondo suas deficiências que se tornaram fluidas e mutáveis” com “a expressão natural de movimento, que levanta e decai de momento a momento; que luta para sair de um som para o outro”. “Expressar e regular seu humor e emoções levando à experiência de ser, numa posição para manter a identidade” com “a ativação da



esfera emocional e cognitiva, a imediata expressão das figuras melódicas e a capacidade de memorizar motivos e melodias.”

Na música e pela música pode-se constatar que o paciente percorre o caminho da dependência à independência e que neste trabalho foi marcado pela descoberta de sua claridade própria, que mostrou seu processo de auto-sincronização utilizando a relação musicoterapêutica como estrutura de orientação e apoio. O crescimento gradual e aprofundamento da relação intra e intermusical, levam o paciente à claridade, estabilidade, consistência e auto-expressão.

Esse relato de caso ilustra bem que caminhos a musicoterapia pode tomar para “alcançar” o paciente, mostrando possibilidades durante um processo depressivo que coexiste no quadro bipolar.

#### 4.5 CONTRIBUIÇÕES DA MÚSICA EM MUSICOTERAPIA: CLASSIFICAÇÃO E PROCEDIMENTOS

SEARS in GASTON (1968) aponta para uma classificação na qual a musicoterapia oferece ao indivíduo o possibilitar ações de certas maneiras. Esses procedimentos citados por Sears tentam definir os modos de experimentá-las, inclusive, LEINIG também cita Sears ao incluir essas classificações e conceitos em forma de esquema.

De acordo com SEARS a música é uma experiência estruturada e

- 1) Requer uma conduta cronológica, possibilitando que o indivíduo se comprometa com a experiência, momento a momento. O musicoterapeuta pode se aproveitar da estrutura cronológica inerente à música, para fazer com que o indivíduo se relacione de forma distinta com ela tendo sua conduta adaptada à realidade. A música implica adaptações à realidade em muitas formas e níveis como requer a situação e que a conduta se faça objetiva de modo imediato e contínuo.

- 2) Permite uma conduta adequada à capacidade. As exigências que a música tem a respeito da conduta podem adaptar-se unicamente às capacidades e os níveis operacionais do indivíduo, com os chamados ajustes. A música também permite adapta-las às pautas de respostas físicas, oferecendo muitas possibilidades de organizar os movimentos musculares necessários, permitindo também adequá-la às pautas de resposta psicológica. Em parte pela motivação intrínseca da música e em parte através da estrutura adequada que proporciona o musicoterapeuta. Sendo assim o indivíduo pode passar de uma pauta psicológica menos desejável a uma mais conveniente ou ampliar com as exigências de uma atividade que se adaptem e estejam graduadas conforme sua capacidade.
- 3) Provoca uma conduta orientada para o afetivo, pois mediante a eleição de música apropriada pode se controlar ou pelo menos influenciar a conduta geral dos grupos.
- 4) Provoca uma conduta elaborada de acordo com os sentidos. A participação na música oferece experiências sensoriais únicas partem das respostas neuromusculares. A música requer que se aumente o emprego a discriminação dos sentidos, podendo suscitar idéias e associações extramusicais.

Sears citado em GASTON, também considera a música uma experiência na auto-organização, podendo assim auxiliar na organização do rápido fluxo de idéias do paciente bipolar, para que se consiga o mínimo de entendimento em sua comunicação.

Nessa experiência de auto-organização, a música,

- 1) Torna possível auto-expressão, pois a música possui uma adaptabilidade que permite muitas maneiras de canaliza-la, seja escutando-a ou executando-a. Essas formas podem ser organizadas de diversas maneiras;

- 2) Oferece oportunidades de receber recompensas e castigos socialmente aceitáveis, levando a um prazer que se encontra na execução da música;
- 3) Possibilita a elevação da auto-estima, aumentando os sentimentos de orgulho do indivíduo. Este pode ver o resultado objetivo de seus esforços realizados e das metas alcançadas. A música possibilita também experiências de êxito, fazendo a pessoa sentir-se necessária para os outros e também podendo elevar a auto-estima dos demais.

Fechando os tipos de experiência, para uma melhor compreensão teórica da função da musicoterapia, Sears in Gaston cita a música como experiência na relação com os demais, a música constituiria o motivo de se estar junto, possibilitando a sensação de ser necessário para os demais. Na atividade grupal, só comparando-se com o grupo, o indivíduo chega a tomar consciência de sua identidade e seus feitos.

Considera-se que o objetivo que mais se enquadra ao paciente bipolar dentro das experiências musicais na relação com os demais, seja elevar a amplitude, flexibilidade e conduta nestas interações e proporcionar experiências que o ajudem a relacionar-se na vida em sociedade.

Nas experiências na relação com os demais, a música

- 1) Oferece os meios para expressar-se de modo socialmente aceito, devido ao fato da música proporcionar diversas formas de expressar suas emoções, e de estas facilitar e se comunicarem mediante a música, sons aceitos ou permitidos socialmente.
- 2) Brinda o indivíduo com a oportunidade de escolher sua resposta nos grupos. Além dessa oportunidade, eles têm a liberdade de escolha, optando pelo nível de sua resposta.
- 3) Proporciona oportunidades de assumir responsabilidades consigo mesmo e com os demais, aceitando-as. A música permite ao indivíduo desenvolver uma conduta auto-orientada (fato importante no tratamento do Transtorno Bipolar) e um controle de si mesmo.

- 4) Aumenta a interação social e a comunicação verbal e não verbal, pois para muitas pessoas é mais fácil falar se houver uma música de fundo. A música serve para expressar-se quando nos faltam palavras.
- 5) Permite a cooperação e a competição dos modos socialmente aceitos
- 6) Proporciona o entretenimento e a recreação que requer um ambiente terapêutico geral, como apoio e ânimo para pacientes. As atividades também dão a oportunidade de realizar experiências num mundo exterior a seu meio.
- 7) Possibilita a aprendizagem de habilidades sociais e pautas de conduta realistas aceitáveis nos grupos hospitalares e na comunidade. As habilidades musicais permitem ao paciente participar com mais equilíbrio e menos necessidade de defender-se.

Esta formulação teórica dos procedimentos em musicoterapia descrita por Sears aponta para aspectos que podem a vir ser ressaltados no processo musicoterápico do paciente bipolar.

As técnicas da musicoterapia só podem levar ao êxito se o indivíduo se *comprometer* com a experiência dentro de uma estrutura, na organização de si mesmo e no relacionamento com os demais. Uma parcela considerável da eficácia do tratamento cabe ao esforço do próprio paciente. Despertar essa consciência de participação no processo é tarefa não só do musicoterapeuta como também dos demais terapeutas, que deverão saber conduzi-lo da melhor maneira.

## 5 TRANSTORNO BIPOLAR: O OLHAR DE UM MUSICOTERAPEUTA

Quando se fala em Transtorno Bipolar com pessoas que não são da área de saúde, dificilmente alguma saberá do que se trata. Apesar da incidência média ser de 1 % na população. A doença da moda é a depressão, esta sim, todos já ouviram falar. Pouca gente sabe dos estragos que a ciclagem entre mania e depressão faz na vida da pessoa, acometida por esse mal.

Isto pode ser explicado pela posição que a sociedade adota perante as “vantagens” que a mania e a hipomania apresentam, como por exemplo: a rápida tomada de decisão, formação de sociedade instantânea, fácil aceitação do risco, alto índice de criatividade, alta produtividade. Alguns pesquisadores descobriram que as pessoas sem traços bipolares em suas árvores genealógicas tendem a ser menos criativas do que parentes de bipolares. Sendo assim, segundo RATEY e JOHNSON (1997), ser parente de um bipolar, com toda a probabilidade é uma significativa vantagem na vida. Tentar erradicar todos os genes bipolares talvez seja um erro. Seria uma grave perda social.

Isto se verifica quando se tem acesso à lista de pessoas famosas e importantes de alguma maneira na história e que possuíam ou possuem o Transtorno Bipolar. São elas:

Ulysses Guimarães	Axl Rose
Virginia Woolf	Ted Turner
Winston Churchill	Ernest Hemingway
Charles Dickens	Emile Zola
Paul Gauguin	Peter Tchaikovsky
George Frederic Handel	Vivien Leigh
Peter Gabriel	Kurt Cobain
Vincent Van Gogh	Robert Schumann

Esses dados foram obtidos através de duas fontes: “Moisés –codinome Ulysses Guimarães- Uma biografia” de Luiz Gutemberg e “Touched with fire- Manic Depressive Illness and the Artist Temperament” de autoria de Kay Redfield Jamison.

Nota-se que maioria dessas celebridades são da área das artes e que possivelmente conseguiram canalizar e equilibrar seus sintomas priorizando talento, visão e determinação.

O que se pode considerar preocupante é a carga de sofrimento envolvida no transtorno. Há muito sentimento amalgamado com os sintomas característicos, já descritos anteriormente. E o desespero, tanto da pessoa envolvida quanto de sua família e amigos, é a total sensação de impotência em que se depara. O paciente bipolar, aparentemente é uma pessoa saudável, com tudo para ser feliz, entra numa batalha consigo mesmo, onde o pior inimigo são seus próprios pensamentos. A razão e o sentido da vida mudam para ele. Os valores já não são mais os mesmos, sua vida vira de cabeça para baixo. Quando se está em crise a impressão que se tem é que colocam um óculos especial na pessoa, e assim esta, passa a enxergar a vida de outra maneira, com outras cores.

Mas como tudo no transtorno são ciclos, a fase do brilho fácil passa, e o indivíduo entra no seu oposto do qual parece nunca mais conseguir sair, e o pior, se culpa imensamente pelo comportamento de pouco tempo atrás.

O sofrimento é tanto que muitos bipolares não vêem outra saída a não ser eliminar a própria vida. A agonia entre as recorrências se torna insuportável, pior do que a própria morte. O bipolar não tem grandes perspectivas, quer viver o aqui-agora intensamente, movimento este que é drástico, seu lema é TUDO ou NADA.

O papel do psiquiatra ou mesmo do terapeuta é ser capaz de identificar num breve momento qual patologia o paciente apresenta. A maioria dos bons psiquiatras começa por deixar o paciente a contar sua história e passa bruscamente para entrevistas altamente estruturadas, nas quais buscam situações específicas. A capacidade de conduzir bem esta entrevista é uma das habilidades mais importantes de um clínico, e pode adquirir grande importância no caso de um diagnóstico

equivocado, onde se estabeleça um regime inadequado como, por exemplo, o uso de antidepressivos sem estabilizadores de humor, para um indivíduo que sofre de estados agitados mistos no caso do bipolar. Este ponto de vista é comentado por SOLOMON ( 2002 ).

A causa do Transtorno Bipolar, por exemplo, não é totalmente conhecida, porém sabe-se que tem evidente componente os fatores genéticos e ambientais; mas até que ponto um trauma influencia mais o aparecimento do Transtorno Bipolar do que a carga genética? O surgimento da doença varia muito de pessoa para pessoa, do contexto em que ela está inserida, pois os aspectos sociodinâmicos estão também envolvidos na etiologia dos transtornos de humor com implicações terapêuticas relevantes.

O tratamento do Transtorno Bipolar tem uma diversidade considerável, apesar da doença não ter cura, o que se consegue atualmente é o controle da patologia reduzindo ao máximo o número de “recaídas”. O que pôde se observar nessa pesquisa é o fato de que o tratamento deve unir medicamentos e psicoterapia. O psiquiatra cuidaria da parte química da doença, da dosagem de lítio no sangue e o psicoterapeuta cuidaria da reorganização mental, tanto idéias como emoções, para assim obter o equilíbrio necessário para uma reabilitação. Eles sozinhos não conseguem o mesmo resultado do que juntos, um precisa do outro para realizar um bom trabalho. Estamos diante de um novo paradigma em saúde mental que requer uma visão integrada como um ser biopsicossocial e espiritual, e a atitude dos profissionais é possibilitar esse tratamento integrado.

Devido ao vasto número de medicamentos disponíveis para o Transtorno Bipolar, o paciente tem a vantagem de, diante de um quadro de não aceitação, poder ser medicado por aquele que lhe causa menores efeitos colaterais. Ao observar os sintomas do Transtorno Bipolar por muitas vezes o paciente é enquadrado em alguns deles, por isso é importante saber distinguir o que é “relativamente normal” e o que pode vir a ser sinais do Transtorno Bipolar. A função do psiquiatra é justamente agrupar sinais e sintomas mais freqüentes, notando as mudanças de

comportamento e de humor que variam de depressão a irritabilidade, agressividade, excitação, intercaladas por períodos de normalidade.

Foi observada também a dificuldade do paciente de pedir ajuda, isto porque de acordo com relato de um paciente, ele se sente bem, realmente bem. Na verdade quase invencível, ele está cheio de idéias, planos, conquistas e mal consegue acabar de expressar uma idéia ele já está falando de outra. Portanto diz que não precisa de médico e também não precisa de terapia, para ele tudo está ótimo, tudo faz sentido.

Devido à dificuldade da confirmação do diagnóstico do Transtorno Bipolar, pacientes estão sujeitos a “testes” com medicações erradas podendo se reforçar sintomas. Em seu livro “Dentro da chuva amarela - Memórias de um maníaco-depressivo”, WILLIAN L. destaca que alguns “profissionais da saúde” não sabem tratar essa doença, ocasionando assim o sofrimento de pacientes, principalmente porque o Transtorno Bipolar está envolto de muito sentimento e que quando acontece a crise, o indivíduo tem aquela sensação de total impotência, mesmo fazendo tudo aquilo que seu médico e terapeuta lhe recomendaram.

Estes fatos me instigaram durante o meu processo de crise. Diante da posologia e com a hipótese de diminuir o sofrimento do paciente através de diversos meios, observei a possibilidade de um *tratamento musicoterápico* e a importância desse acoplado com o psiquiátrico e o psicoterapêutico, como se comprovou nos descritos anteriormente, citando os possíveis benefícios da musicoterapia no Transtorno Bipolar.

Ao observar algumas características do paciente bipolar quanto a pensamento e atenção, tem-se que o *som* se faz presente nas associações entre termos do pensamento por sua semelhança, como por exemplo, a de “melodia das palavras”, poderia ser desenvolvido um trabalho a fim de se obter uma maior diferenciação.

A musicoterapia que trabalha o ser/fazer criativo pode canalizar a imensa criatividade presente no Transtorno Bipolar para uma maior estabilidade. Aproveitando-se que cantar é um gesto freqüente nesses pacientes poderia se cantar situações de ajuda que seriam facilmente compreendidas, trabalhando com



repetições, o que o ajudaria também a memória que por vezes no Transtorno Bipolar fica prejudicada.

A musicoterapia pode também auxiliar as outras áreas terapêuticas no que diz respeito ao preconceito enfrentado pelo paciente, estando presente na melhora do suporte social e familiar e no auxílio quanto à aderência da medicação.

Assim posso dizer que quando se sobrevive a crises bipolares, descobre-se o que eu chamo de *alma*. Uma parte de nós mesmos, que raramente nos damos conta, é uma descoberta preciosa. Quase todos os dias pacientes bipolares chegam a sentir de relance a desesperança e chegam a questionar-se sobre uma nova desestabilização. Cobrem-se de sensações que dizem algum modo de terminar logo com esse sofrimento. Porém são essas sensações que nos impelem a olhar a vida de modo mais profundo, a descobrir e agarrar razões para viver, para lembrarmos que temos alma.

Diante do nosso quadro, a cada dia, às vezes combativamente e às vezes contra razão do momento, a pessoa tem de fazer uma escolha, escolher ficar vivo. Pode-se dizer que isso é uma rara alegria?

Eu, como portadora do Transtorno Bipolar devo confessar que concordo com Kay Jamison quando ela no livro “Uma mente inquieta” finaliza:

...muitas vezes me perguntei se optaria por ter a doença maníaco-depressiva, caso pudesse escolher... Porque eu iria querer ter alguma coisa a ver com essa doença? Porque acredito sinceramente que, em consequência dela, senti mais coisas e com maior profundidade; tive mais experiências, mais intensas, amei mais e fui mais amada, ri mais vezes por ter chorado mais vezes; apreciei mais a primavera apesar de todos os invernos; vesti a morte bem junto ao corpo como calça jeans, aprendi a apreciar-la, e à vida...Conheci os limites de minha mente e do meu coração...a doença nos faz testar os limites da mente, do coração, da família, formação e dos meus amigos (JAMISON,1999 p.259-261)

Acrescentaria à fala de Kay o fato de se crescer muito com o sofrimento. Esse é o único lado bom do sofrimento. A vida te ensina muita coisa durante uma crise, por mais que você não se dê conta disso. É incrível, mas apesar de tudo, de todas as desastrosas consequências que o transtorno possibilita, a pessoa que está em mania acaba por sentir falta daquele *brilho* que os olhares e a própria vida passam a ter. Em termos de sensação, a mania é mestra.

O Transtorno Bipolar é uma doença que tanto mata, quanto dá a vida. A mania é uma estranha força propulsora, uma destruidora, um *fogo* no sangue. O fogo por sua natureza, tanto cria como destrói.

O trabalho musicoterapêutico pode auxiliar a formação dessa consciência de que apesar de sedutor, a permanência desse brilho pode levar a fins trágicos. E também indicar possibilidades para aos poucos introduzir esse brilho em sua vida, sem as devastações, e assim deixando a pessoa mais “inteira”.

Há situações que o paciente bipolar enfrenta, que apresentam dores indescritíveis, num processo de desintegração da vida. Nessas situações, por vezes, nenhuma quantidade de psicoterapia, instrução, persuasão ou coação funciona.

Por vezes a abordagem musicoterápica pode abrir a possibilidade de um contato interpessoal, pois às vezes “chegar” até o paciente requer ultrapassar sua resistência. Na musicoterapia a música chega de uma forma não invasiva. No entanto, há de se levar em conta de que há limites para o que qualquer pessoa pode fazer em relação ao Transtorno Bipolar, e isto acaba por machucar os profissionais envolvidos. Todos nós nos movimentamos com dificuldade dentro de nossas limitações.

Devemos nós, musicoterapeutas, divulgar mais o nosso trabalho junto aos psiquiatras e demais profissionais e assim o paciente poderá escolher também poder ser atendido pelo musicoterapeuta.

Abre-se mais esse caminho, apesar de saber que na atual situação econômica do país e da saúde pública, é muito difícil um paciente poder contar com mais de um profissional no seu tratamento, inclusive um musicoterapeuta. A realidade é dura, mas a possibilidade existe.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há quem considere que o Transtorno Bipolar “é como um animal selvagem em sua mente, pronto para escapar a qualquer momento” e que precisa de grades fortes para ser contido.

As vezes, a porteira se abre um pouco e ele volta a ameaçar –o importante é não deixá-lo à solta. A luta a ser travada com esse animal é longa e difícil, mas vale a pena –vale o resgate da própria vida. Compartilhar essas lutas com outros pacientes e familiares pode servir de exemplo e motivação para quem está a ponto de desistir de si mesmo.

Neste trabalho foi citada a musicoterapia, mas ressalta-se que qualquer nova proposta terapêutica que venha a minimizar o sofrimento causado pela doença, ou mesmo manter um estado de equilíbrio é bem-vinda, tendo em vista que o Transtorno Bipolar não apresenta cura e sua doença o acompanhará pelo resto da vida, necessitando de um controle por medicação.

O esclarecimento e apoio são de fundamental importância, pois cada novo episódio representa um desafio, porque se misturam os problemas individuais, questões pendentes e características de cada família.

Existe tratamento preventivo apropriado e atual como a litoterapia, possibilitando o exercício de uma vida afetiva normal e sem perdas nos meios familiar, social e profissional. É bom saber que este problema tem tratamento e controle, melhorando sua qualidade de vida e restituindo sua capacidade e prazer para realizar suas atividades. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico maiores serão as chances da doença se estabilizar.

Para se ter uma boa evolução acerca da doença é imprescindível à apurada percepção das pessoas incluindo médicos e terapeutas sobre mudanças de comportamentos sutis que podem ser o sinal de que algo não está bem. A velocidade de pensamento que se apresenta o bipolar nos dias de hoje é apreciada pela sociedade como sendo sinônimo de eficiência, pois quando as pessoas estão no

auge da mania, elas estão eufóricas, alegres, são dinâmicas, sendo difícil aceitar que esta pessoa possui uma patologia que pode evoluir para estados mais graves.

Assim como em outras patologias, a vontade de viver, a escolha pela vida é o ponto crucial para a alta do paciente bipolar. A profundidade em que mergulhamos em nós mesmos, tem de servir também para dar forças de recomeçar, renovando e aceitando a nova maneira de se viver e de encarar a vida. A necessidade de tratamento monitorado contínuo é fato, e a guerra que se trava consigo mesma necessita de um final feliz, com tempos de paz, para nossa alma e nossa mente, aquietando assim nosso coração.

A opinião de muitos profissionais da área da saúde é a mesma, necessita-se de profissionais musicoterapeutas em nossos hospitais psiquiátricos. Conforme as palavras do psiquiatra Dr. Marcus Weber, o musicoterapeuta é necessário nos hospitais da mesma forma que se é imprescindível um psicólogo ou um terapeuta ocupacional. E o que se vê hoje é uma escassez de vagas nos hospitais públicos que acabam por eliminar possibilidades de se diminuir o grau de sofrimento dos pacientes psiquiátricos através de novas abordagens, como por exemplo, a citada neste trabalho, a musicoterápica.

A abordagem musicoterápica aqui apresentada pode ser considerada como uma luz em meio a tempos de escuridão, de confusão e de não se saber como lidar com as situações, conseqüências e comportamentos que o Transtorno Bipolar apresenta. A Musicoterapia, através da forma musical e melódica de tocar, proporciona ao paciente bipolar uma certa estabilidade interna, consistência e clareza, sendo uma ferramenta importante para o processo de reconstrução da própria vida do paciente.

Considero que aqui está apenas a ponta de um iceberg, e que muito resta para se pesquisar a respeito da influência da música em pacientes psiquiátricos, destacando-se os bipolares. Que novos trabalhos surjam e engrandecem ainda mais nossa literatura.

## REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, G. **The Development of Melody: Four Hands, Two Minds, One Music.** In : Info CD Rom II. Concebido e editado por David Aldridge. University Witten Herdecke , 1999.

ANDRADE, ACF. **De vítimas e vilões à participação ativa e responsável na manutenção do bem estar: estudo sobre um grupo psicoeducacional com pacientes bipolares(dissertação de mestrado).**Faculdade de Psicologia da PUC-SP, São Paulo,1999.

BALLONE, G. **Tratamento do Transtorno Bipolar do humor-in** Psiq Web, Internet, 2001. [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) Acesso em 20/11/2002.

BARCELLOS, L R. M. **Musicoterapia: Alguns escritos.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BENENZON, R. O.**Manual de Musicoterapia,** Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BLASCO, S. P.**Compêndio de Musicoterapia vol. 1.**Barcelona: Herder,1999.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

\_\_\_\_\_. **Cases Studies in the Music Therapy.** Phoenixville: Barcelona,1991.

CIBA-GEIGY. **Transtorno Bipolar.** Associação Brasileira de Psiquiatria, 1987.

\_\_\_\_\_. **Depressão: diagnóstico e tratamento.** Associação Brasileira de Psiquiatria ABP, 1991.

DEL PORTO, J. **Transtorno bipolar do humor.** São Paulo: Laboratório Lilly, 2000.

FLAHERTY, CHANNON & DAVIS.**Psiquiatria, diagnóstico e tratamento.**Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

GASTON, E. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Editorial Paides, 1968.

GARNIER M, DELAMARE V. **Dicionário de termos técnicos de medicina**. São Paulo: Organização Andrei editora, 1984.

GUTEMBERG L. **Moisés-codnome Ulysses Guimarães: Uma biografia**. São Paulo: Companhia das letras, 1994.

JURENA, M. F. **Terapia cognitiva: abordagem para o Transtorno Bipolar**, São Paulo: Lemos editorial, 2001.

JAMISON, K. R. **Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Manic Depressive Illness and the Artist Temperament**. Nova York: Oxford University Press, 1990.

L.WILLIAN. **Dentro da chuva amarela: Memórias de um maníaco –depressivo**. São Paulo: Geração editorial, 2000.

LEINIG, C. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora, 1977.

MARCONATO, C. **Aplicação da Musicoterapia Receptiva na clínica médica e cardiológica**. Arq Bras Cardiol, volume 77 (n.º2), 138-9, 2001.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **DSM IV**. 4.º ed. Porto Alegre : Artes médicas, 1995.

MORENO; D. MORENO R., CORDÀS, T. **O Transtorno do humor Bipolar**. São Paulo: Laboratórios Novartis, 1998.

MORENO R., MORENO D. **Transtorno Bipolar do humor**. São Paulo : Lemos Editorial, 2002.

RATEY J, JOHNSON, C. **Síndrome Silenciosas**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SEGAL, A. **Transtorno Bipolar tipo I –misto**. São Paulo: Laboratório Lilly, 2000.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

Sites consultados sem identificação de autores:

[www.angelfire.com/ak3/transtornodehumor/leiahtml](http://www.angelfire.com/ak3/transtornodehumor/leiahtml)  
Acesso em 15 /03/2003

[www.saudebrasilnet.com.br/documentarios/transtorno\\_bipolar](http://www.saudebrasilnet.com.br/documentarios/transtorno_bipolar)  
Acesso em 22/06/2003

Site de busca: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)  
Acesso em diversas datas no decorrer do ano de 2003.