

RENATA TEIXEIRA SANTIAGO

**MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO
NO TRATAMENTO DE PACIENTES
COM ESQUIZOFRENIA**

São Paulo
2007

**FMU/UnIFIAMFAAM/FISP
RENATA TEIXEIRA SANTIAGO**

**MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO
NO TRATAMENTO DE PACIENTES
COM ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão do
Curso de Musicoterapia/FMU,
sob orientação da Professora
Doutora Ivette Catarina
Jabour Kairalla.

São Paulo
2007

RENATA TEIXEIRA SANTIAGO

**MUSICOTERAPIA COMO INTERVENÇÃO
NO TRATAMENTO COM PACIENTES
COM ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão do
Curso de Musicoterapia/FMU,
sob orientação da Professora
Doutora Ivette Catarina Jabour
Kairalla, aprovado em
_____ pela Banca
Examinadora constituída pelos
professores:

Professora Doutora Ivette Catarina Jabour Kairalla
FMU – Orientador

Professora Mestre Maristela Pires da Cruz Smith
FMU

Professor Mestre Raul Jaime Brabo
FMU

**São Paulo
2007**

Dedico este trabalho não só aos que sofrem da tão perturbadora esquizofrenia, mas a todos aqueles que apresentam distúrbios psiquiátricos e aos seus familiares pela constante luta em apóia-los.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela força que me proporcionou durante todos estes anos; aos meus pais e minha irmã pessoas tão maravilhosas e que tanto amo, pelo carinho, compreensão e por tudo que com eles aprendi; à Ana Paula Moratelli que tanto admiro, pelo apoio, atenção e por me fazer acreditar que os sonhos podem se tornar realidade; à Professora Doutora Ivette Catarina Jabour Kairalla, não só pelos ensinamentos em psiquiatria e por tão bem me orientar nesta monografia, mas pelos ensinamentos de garra, determinação e humildade; à Mary Elza Penna, por acreditar em minha capacidade de atuação e por me ajudar nestes últimos anos; a todos os professores pelo profissionalismo e paciência que tiveram durante estes anos; e a todos os meus amigos e colegas pelo respeito e companheirismo.

“Música cria ordem no caos; pois o ritmo impõe unanimidade sobre a divergência; a melodia impõe continuidade sobre o descontínuo; e a harmonia impõe compatibilidade sobre o incompatível”.

(Yehidu Menuhin)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta sobre a aplicação da musicoterapia em pacientes com esquizofrenia, buscando através de técnicas selecionadas das 64 Técnicas de Improvisação de Bruscia, auxiliar o paciente a compreender as manifestações patológicas, visando uma melhor qualidade de vida e a sua ressocialização.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Musicoterapia, Improvisação, Ressocialização.

ABSTRACT

This work has as objective to present a proposal on the application of the Music Therapy in patients with schizophrenia, searching through techniques selected of the 64 Techniques of Improvisation from Bruscia, to assist the patient to understand the pathological manifestations, aiming at a better quality of life and their resocialization.

Key words: Schizophrenia, Music Therapy, Improvisation, Resocialization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	11
3. EPIDEMIOLOGIA	13
4. QUADRO CLÍNICO.....	14
4.1. PERSONALIDADE PRÉ-MÓRBIDA.....	15
4.2. QUADRO AGUDO.....	16
4.2.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO QUADRO AGUDO.....	17
4.2.1.1. Aparência Física e Comportamento.....	17
4.2.1.2. Humor.....	18
4.2.1.3. Alterações da Fala e Forma do Pensamento.....	18
4.2.1.4. Alterações do Conteúdo do Pensamento.....	19
4.2.1.5. Perturbações da Percepção.....	20
4.2.1.6. Função Cognitiva.....	20
4.2.1.7. Insight (ou Juízo Crítico).....	21
4.2.1.8. Suicídio.....	21
4.3. QUADRO RESIDUAL.....	22
5. DIAGNÓSTICO E SUBTIPOS DA ESQUIZOFRENIA.....	23
5.1. ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE (F20.0).....	26
5.2. ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA (Hebefrênica) (F20.1).....	27
5.3. ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA (F20.2).....	28
5.4. ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA (F20.3).....	29
5.5. DEPRESSÃO PÓS-ESQUIZOFRÊNICA (F20.4).....	30
5.6. ESQUIZOFRENIA RESIDUAL (F20.5).....	31
5.7. ESQUIZOFRENIA SIMPLES (F20.6).....	32
6. TRANSTORNOS RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA.....	33
6.1. TRANSTORNO ESQUIZOTÍPICO (F21).....	33
6.2. TRANSTORNOS DELIRANTES PERSISTENTES (F22).....	33
6.3. TRANSTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS E TRANSITÓRIOS (F23).....	33
6.4. TRANSTORNO DELIRANTE INDUZIDO (F24).....	34
6.5. TRANSTORNOS ESQUIZOAFETIVOS (F25).....	34
7. TRATAMENTO.....	35
7.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	36

7.1.1. Fase Aguda.....	36
7.1.2. Fase de Manutenção e Recuperação.....	38
8. MUSICOTERAPIA.....	39
8.2. EXPERIÊNCIAS DE IMPROVISACÃO.....	42
8.3. PROPOSTAS DE UM ATENDIMENTO MUSICOTERÁPICO.....	44
8.3.1. Atendimento Individual.....	45
8.3.2. Atendimento Grupal.....	51
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é apresentar uma proposta de atendimento musicoterápico em pacientes com esquizofrenia, buscando através de importantes teóricos da psiquiatria compreender a doença, seus diferentes tipos e as respectivas manifestações patológicas.

Serão abordadas neste trabalho propostas de atendimento individual e grupal, ambas baseadas nas 64 Técnicas de Improvisação de Bruscia (1987).

Para o paciente que se encontra no quadro agudo da doença será apresentada uma proposta de atendimento individual, que terá como objetivo trabalhar os sintomas mais persistentes que são os delírios e/ou alucinações, buscando através das técnicas aplicadas, proporcionar ao paciente a compreensão destas manifestações visando uma melhor qualidade de vida e reintegrá-lo em um convívio social.

O atendimento grupal estará focado nos pacientes que se encontram em um quadro crônico e com sintomas residuais da doença, principalmente àqueles que estão hospitalizados necessitando de apoio para uma melhor convivência grupal.

Os atendimentos a serem realizados deverão ser cautelosos para não fortalecer os delírios e/ou alucinações apresentadas pelo paciente. Por este motivo a atitude do musicoterapeuta deverá ser equilibrada e consistente.

A esquizofrenia é, inquestionavelmente, a mais séria das doenças psiquiátricas, que apesar dos muitos avanços da medicina continua sendo uma síndrome diagnosticada a partir de observação de vivências características e sinais comportamentais. Portanto, para uma melhor compreensão da doença, serão abordados neste trabalho, a evolução do conceito, os subtipos existentes e diferentes tipos de intervenções, e por fim, uma proposta da aplicação da musicoterapia que é o objetivo maior deste estudo.

2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO

A doença hoje designada como esquizofrenia, vem sendo descrita desde séculos antes de Cristo, em textos hindus e gregos, onde sintomas parciais eram observados. A partir do século XIX d.C. começou surgir uma descrição mais precisa e aprofundada das diferentes doenças mentais. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 235).

Foram descritos, em 1809, por Philippe Pinel (1745-1826), casos de “*idiotia adquirida*”. Em 1856 Benedict August Morel (1809-1873) utilizou pela primeira vez a expressão *démense précoce*, ao descrever sobre um paciente jovem que se tornou progressivamente apático e retraído. Karl L. Kahlbaum (1828-1899), descreveu em 1863 sobre hebefrenia e em 1874 sobre catatonia. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 235).

A expressão utilizada por Morel foi latinizada por Emil Kraepelin (1856-1926) em 1896 como *dementia praecox* (demência de início precoce) depois de reunir os quadros catatonia, hebefrenia e *dementia paranoïdes* (termo por ele descrito), designando-se assim por haver uma deterioração da personalidade na segunda década de vida do paciente. A partir de observações feitas por volta de 1850, por Falret (1824-1902) *folie circulaire* e Baillarger (1809-1890) *folie a doublé forme*, Kraepelin procurou traçar uma delimitação entre a entidade nosográfica e a psicose maníaco-depressiva. O termo *dementia praecox*, deixou de ser satisfatório após observarem a instalação da doença em pacientes com a faixa etária superior, e alterações que atingiam principalmente as esferas afetiva e conativa da personalidade. Então, foi sugerido por Eugen Bleuler (1857-1939) em 1908, a substituição pelo termo *esquizofrenia* (do grego, *schizo*=cindido, *phrén*=mente), para indicar a separação entre pensamento, emoção e comportamento dos pacientes afetados. (KAPLAN e col, 1997, p. 439 e LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 235).

BLEULER, citado por LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 235), explica que a esquizofrenia apresenta sintomas particulares (característicos da doença) e outros em comum a outras doenças mentais, classificando-as em fundamentais e assessórios, respectivamente. Os sintomas fundamentais apresentam distúrbios da associação do pensamento, distúrbios da afetividade, ambivalência da afetividade e da vontade (decorrentes de alterações de funções psíquicas elementares) e autismo

(decorrente de distúrbios da função de integração psíquica), enquanto os sintomas assessoriais são as alterações sensoperceptivas, os delírios, os sintomas catatônicos e as alterações de memória e de atenção.

KURT SCHNEIDER (1887-1967) classificou os sintomas da doença em sintomas de primeira e segunda ordem, sendo mais importantes e considerados bastantes sugestivos de esquizofrenia os de primeira ordem, e os de segunda com menos valor para o diagnóstico. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 235).

Síndromes interdependentes da esquizofrenia foram abordadas na década de 1980 por Crow (1985), a primeira caracterizada por delírios e alucinações (sintomas produtivos ou positivos) chamadas de tipo I, e a segunda que predominam o embotamento afetivo e a pobreza de discurso (sintomas negativos ou deficitários), estas chamadas de tipo II. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 236).

3. EPIDEMIOLOGIA

GELDER e col. (1999, p. 104) explicam que, “a **incidência** anual de esquizofrenia está entre 0,1 e 0,2 por 1000 pessoas da população”. A esquizofrenia começa geralmente, entre 15 e 35 anos nos homens, já nas mulheres a média de idade de aparecimento é mais tarde.

Existe uma grande variação sobre a incidência da esquizofrenia, porém é uma doença de distribuição universal. Em pesquisa realizada em 1991 (Eaton, 1991), foi apontado um mínimo de 8 casos por 100.000 habitantes por ano na Itália e um máximo de 69 casos por 100.000 habitantes por ano Estados Unidos da América. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 237).

KAPLAN e col. (1997, p. 440), explicam que nos Estados Unidos, “a prevalência da esquizofrenia durante o período de vida é relatada variadamente como estando entre 1 e 1,5%”, e o estudo de “Área de Captação Epidemiológica (ECA) patrocinado pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH) relatou uma prevalência vitalícia de 1,3%”.

Segundo os mesmos autores, homens e mulheres apresentam igual prevalência, porém com diversas diferenças no início e curso da doença.

4. QUADRO CLÍNICO

“A esquizofrenia é caracterizada, clinicamente, por sintomas em todas as áreas do funcionamento psicológico, incluindo conteúdo e processos do pensamento, fala, percepções, comportamento, afeto e funcionamento do ego”, explica o autor CHANNON (1995, p. 104).

Segundo KAPLAN e col. (1997, p. 456), deve-se ser cauteloso ao fechar um diagnóstico de esquizofrenia, pois os sintomas ou sinais apresentados podem ser encontrados em outros transtornos psiquiátricos e neurológicos.

Os mesmos autores explicam que os sintomas apresentados pelo paciente podem se modificar com o tempo e que também deve ser levado em consideração “o nível educacional, a capacidade intelectual e a afiliação cultural e subcultural do paciente”.

Pela complexidade da doença e para uma melhor compreensão, é necessário que todos os quadros e sintomas possíveis apresentados pelo paciente sejam esclarecidos.

4.1. PERSONALIDADE PRÉ-MÓRBIDA

Segundo LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 237), não existe uma personalidade pré-mórbida característica da esquizofrenia, embora seja possível detectar uma desadaptação psicossocial que remonta à infância e à adolescência em muitos pacientes.

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante polimorfo e heterogêneo. Não há sintomas ou sinais patognomônicos, o diagnóstico é feito a partir dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente e pelos dados da anamnese. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 237).

Os traços mais característicos apresentados são o retraimento social e emocional, introversão, tendência a isolamento e comportamento desconfiado e excêntrico. Na infância essas pessoas são de ter poucos amigos e apresentam dificuldades na escola; na adolescência as dificuldades aparecem no trabalho, por não conseguirem se adaptar e por serem incapazes de manter um vínculo empregatício prolongado; o relacionamento com o sexo oposto também é prejudicado, dificultando uma relação afetiva. Estas características são apresentadas algumas vezes em parentes de primeiro grau do paciente, e são chamadas de personalidade *esquizóide*. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

KAPLAN e col. (1997, p. 456) explicam que, “embora a primeira hospitalização seja freqüentemente considerada o começo do transtorno, sinais e sintomas freqüentemente estiveram presentes por meses ou anos”.

4.2. QUADRO AGUDO

O início da doença pode ser abrupto ou insidioso. A sua manifestação ocorre habitualmente pela primeira vez, no adolescente ou no adulto jovem durante a segunda e a terceira década de vida. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Quando o início é insidioso geralmente passam despercebidos pela família, até o momento em que este quadro venha a se agravar tornando os sintomas psicóticos mais evidentes, o que fará que o paciente seja conduzido para uma avaliação psiquiátrica. Os sinais apresentados nesta fase são isolamento, falta de interesse em coisas e pessoas, falta de motivação e desejo em ficar no quarto quieto; apresentam também interesses bizarros, por exemplo, estudar minuciosamente livros esotéricos ou de ficção. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Quando o quadro se instala de maneira abrupta, os familiares tendem a perceber, o que faz procurarem um atendimento especializado rapidamente, pois o paciente apresenta comportamentos diferentes do acostumado ao longo de dias ou semanas, por exemplo, torna-se mais angustiado, agitado, às vezes agressivo, fala “coisas sem nexo”, insone, inapetente, perplexo e com a vivência de que “algo está para acontecer”. Outros sinais apresentados são os sintomas psicóticos exuberantes, algumas vezes ansioso pela natureza das vivências de desorganização de sua personalidade, em outras em êxtase. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Idéias delirantes com diferentes conteúdos estão presentes neste quadro, geralmente acompanhadas de alucinações principalmente auditivas. O paciente mostra-se desinteressado no cuidado consigo próprio, mantendo uma aparência desleixada. O pensamento desorganizado, com a vivência de roubo, intrusão ou difusão poderá ser apresentado. Percepções delirantes e vivências de influência, como controle externo sobre atos e o próprio corpo, também podem vir a ocorrer. É muito freqüente o paciente apresentar alterações da motricidade (lentificação, negativismo, e outros sinais catatônicos) e da afetividade (incongruência, indiferença, embotamento, comportamento pueril). Em geral, o paciente tem pouca crítica ou crítica ausente de seu estado mórbido. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

4.2.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO QUADRO AGUDO

4.2.1.1. Aparência Física e Comportamento

Em muitos casos, a aparência do paciente com esquizofrenia aguda parece normal, mas em outros casos apresentam-se preocupados, isolados de qualquer companhia, estranhos e desajeitados no comportamento social. Alguns são inquietos e barulhentos, sorriem e dão risadas sem nenhum motivo óbvio, e outros apresentam mudanças súbitas e inesperadas de comportamento. (GELDER e col., 1999, p. 107).

Segundo CHANNON (1995, p. 105), o comportamento do paciente com esquizofrenia poderá apresentar:

- Ecopraxia: “é a imitação dos movimentos e gestos, pelo paciente esquizofrênico, daqueles que ele observa”.
- Comportamento estereotipado: “é um padrão repetitivo da fala, movimento ou no modo de caminhar”.
- Negativismo: “é o fracasso para cooperar sem uma razão aparente. Exemplo: deixar cair uma mão, quando solicitado a levantá-la”.
- Estupor: é quando o paciente permanece imóvel, por dias ou semanas. “É, atualmente, relativamente raro, porque a rápida intervenção terapêutica é possível com drogas ou eletroconvulsoterapia (ECT)”.
- Flexibilidade cérea: “envolve a manutenção do corpo ou de um membro por horas em alguma posição na qual tenha sido colocado”.
- Maneiras e asseio: ambas encontram-se deterioradas. “Os pacientes precisam ser lembrados de se banhar, barbear-se ou de trocar roupas íntimas. Maneiras rudes à mesa ou a masturbação em público podem ocorrer”.

- Movimentos involuntários anormais: “tais como distonia, acatisia, tremores, bradicinesia e discinesia tardia, freqüentemente são introduzidos pelas drogas usadas para tratar esquizofrenia”.

4.2.1.2. Humor

É comum o paciente com esquizofrenia aguda apresentar *mudança de humor* como exaltação, agitação, irritabilidade, ansiedade, depressão, e também *embotamento afetivo* que é a redução nas variações normais do humor, onde o paciente mostra-se indiferente em relação aos outros e *incongruência afetiva*, quando a expressão da emoção não tem relação à situação do momento. (GELDER e col., 1999, p. 107).

Segundo KAPLAN e col. (1997, p. 457), “a depressão pode ser um aspecto da psicose aguda e um efeito posterior de um episódio psicótico.” Os mesmos autores explicam que “os sintomas depressivos são chamados, ocasionalmente, de depressão secundária da esquizofrenia ou transtorno depressivo pós-psicótico da esquizofrenia”.

4.2.1.3. Alterações da Fala e Forma do Pensamento

Quando o paciente encontra-se no início do quadro agudo, a conversa pode ser vaga, difícil de acompanhar e de compreender o significado. Mais tarde, quando ocorre uma evolução, diversos tipos de anormalidades características da esquizofrenia (*alteração da forma do pensamento*) passam a ser mais definidas, como *pensamento concreto* (dificuldade em lidar com idéias abstratas) e *afrouxamento das associações* (falta de conexão entre idéias expressas), que nos casos mais extremos, leva a um pensamento e fala totalmente incoerentes. Há casos em que o curso do pensamento poderá sofrer alterações, como bloqueio e pressão. (GELDER e col., 1999, p. 107).

4.2.1.4. Alterações do Conteúdo do Pensamento

KAPLAN e col.(1997, p. 458), explicam que “os transtornos do conteúdo do pensamento refletem as idéias, crenças e interpretações do paciente quanto aos estímulos, sendo os delírios os exemplos mais óbvios”.

Os delírios presentes na esquizofrenia são variados, podendo ser persecutórios, grandiosos, religiosos, de controle ou de referência. (KAPLAN e col., 1997, p. 458 e CHANNON, 1995, p. 104).

GELDER e col. (1999, p. 8), explicam estes delírios para uma melhor compreensão:

- **Delírios persecutórios:** freqüentemente chamados de delírios paranóides, geralmente vem acompanhados de pessoas ou organizações que “tentam” enlouquecer, prejudicar ou denegrir a reputação do paciente.

- **Delírios de grandeza:** geralmente este tipo de delírio ocorre quando o paciente encontra-se em fase de mania, mas um paciente com esquizofrenia também pode vir a apresentar. Neste caso, o paciente se considera importante, grandioso, dotado de habilidades incomuns ou especiais, “são crenças de importância exagerada de si mesmo”.

- **Delírios religiosos:** “podem ser de culpa (relacionados, por exemplo, com punição divina por pequenos pecados), ou expansivos (relacionados com poderes especiais)”.

- **Delírios de controle:** o paciente se sente controlado por um agente externo em seus atos, impulsos ou pensamentos. “A experiência precisa ser diferenciada de duas outras: primeira, ouvir vozes alucinatórias dando ordens que são obedecidas voluntariamente; e segunda, ter crenças culturalmente normais em relação ao controle divino dos atos humanos”.

- **Delírios de referência:** o paciente acredita que existe um significado especial para ele, tanto em objetos, fatos, quanto em atitudes de pessoas; por exemplo, “uma observação feita na televisão é encarada como tendo sido feita diretamente e especificamente para o paciente; ou um gesto feito por um estranho significaria alguma mensagem sobre o paciente”.

4.2.1.5. Perturbações da Percepção

Segundo KAPLAN e col. (1997, p. 457), “Qualquer um dos cinco sentidos pode ser afetado por experiências alucinatórias em pacientes esquizofrênicos”. As alucinações mais comuns são as visuais e as auditivas, já as alucinações táteis, olfativas e gustativas podem vir a ocorrer, mas são consideradas incomuns.

As **alucinações auditivas**, segundo CHANNON (1995, p. 106), “São experimentadas como vozes vindas de fora, e podem ser familiares ou estranhas e serem escutadas várias delas”.

O paciente com esquizofrenia pode referir ser criticado ou receber ordens quando com alucinação auditiva, ou ouvir comentários a seu respeito, em terceira pessoa, ou mesmo escutar seus próprios pensamentos ou enquanto lê em silêncio. (CHANNON, 1995, p. 106)

Menos comuns que as auditivas, as **alucinações visuais** ocorrem em combinação com alucinações envolvendo outros sentidos, podendo ser tanto durante o dia quanto à noite. (CHANNON, 1995, p. 106)

4.2.1.6. Função Cognitiva

Os pacientes freqüentemente apresentam a atenção prejudicada, já a orientação permanece geralmente intacta. Com exceção de pacientes que têm dificuldades em dizer a idade corretamente, a memória, em geral, mostra-se normal. (GELDER e col., 1999, p. 109).

4.2.1.7. Insight (ou Juízo Crítico)

A compreensão pelo paciente a respeito da doença é prejudicada, ele não reconhece que os sintomas apresentados por ele são da doença. Por este fato, é muito difícil convencê-lo da necessidade de um tratamento. (GELDER e col., 1999, p. 109).

4.2.1.8. Suicídio

Segundo KAPLAN e col. (1997, p. 458), “cerca de 50% de todos os pacientes esquizofrênicos tentam suicídio, e 10 a 25% morrem por suicídio”. Este fato pode vir a ocorrer se uma depressão for erroneamente diagnosticada como afeto embotado ou efeito colateral de um medicamento. “Outros precipitadores do suicídio incluem sentimentos de vazio absoluto, necessidade de escapar de uma tortura mental ou alucinações auditivas que ordenam ao paciente que se mate”.

Os fatores de risco para o suicídio são a conscientização da doença pelo paciente, sexo masculino, educação universitária, pouca idade, uma mudança no curso da doença, uma melhora após uma recaída, dependência do hospital, ambições demasiadamente altas, tentativas anteriores de suicídio no início da doença e viver sozinho.”
(KAPLAN e col., 1997, p. 458).

Além do suicídio, o paciente com esquizofrenia poderá também cometer homicídio, mas segundo KAPLAN e col. (1997, p. 458), “dados disponíveis indicam que um paciente com esquizofrenia não está mais propenso a cometer homicídio do que um membro da população geral”. Os mesmos citam que “Quando chegam a cometer assassinato, um paciente esquizofrênico pode fazê-lo por razões imprevisíveis ou bizarras, baseadas em alucinações ou delírios”.

4.3. QUADRO RESIDUAL

Após a remissão do quadro agudo, alguns sinais e sintomas ficam persistentes em maior ou menor grau de gravidade, chamado de *quadro residual*. O paciente consegue conviver com os sintomas, pois o mesmo mantém certo controle e distanciamento destes, que são delírios, vivências de influência ou alucinações crônicas, em intensidade variável. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Para a maioria dos pacientes o quadro residual atinge predominantemente a esfera afetivo-conativa da personalidade. Os pacientes apresentam-se com olhar indiferente, com redução da expressão facial e mímica. Mantêm pouco contato, respondendo às perguntas do entrevistador com monossílabos. Seu discurso é pobre, e podem ocorrer comportamentos inadequados. O afeto é embotado, há um esvaziamento da expressão afetiva e pouca modulação emocional; muitas vezes, mostram-se também deprimidos. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Os pacientes no quadro residual mostram-se apáticos e com perda de iniciativa, por exemplo, passam o dia sem fazer nada, ficam horas sentados no mesmo lugar e ainda limitam-se em atender solicitações dos familiares. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Segundo LOUZÃ e ELKIS, “uma avaliação mais detalhada da cognição demonstra prejuízos sutis na memória, na atenção, na capacidade de prospecção e abstração (disfunções executivas)”.

“A percepção da própria deficiência é particularmente penosa para os pacientes cuja crítica está um pouco preservada”. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

5. DIAGNÓSTICO E SUBTIPOS DA ESQUIZOFRENIA

Para a identificação da esquizofrenia não são feitos testes diagnósticos, a menos que seja para excluir outros transtornos quando há uma suspeita clínica. A doença é diagnosticada inteiramente através da apresentação clínica (história e exame). (GELDER e col., 1999, p. 109).

A utilização de *critérios diagnósticos* para especificar padrões de sintomas, torna o diagnóstico mais confiável pelo fato de ser baseado nos achados clínicos. Os critérios mais utilizados atualmente, são os que estão presentes na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e no Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV). (GELDER e col., 1999, p. 109)

A CID-10 (OMS,1993) agrupa os quadros esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes sob a rubrica *F2*. A esquizofrenia recebe a classificação *F20*, sendo definida como um distúrbio que apresenta distorções características do pensamento e da percepção e afetividade inapropriada ou embotada. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

A consciência do paciente com esquizofrenia mantém-se sem alterações. Embora certos déficits cognitivos ocorram devido ao curso da doença, a capacidade intelectual do paciente mantém-se preservada. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Segundo LOUZÃ e ELKIS (2007, pág. 238), “pensamentos, atos e sentimentos podem ser vivenciados como conhecidos ou partilhados por outra pessoa”. Os mesmos citam que “ocorrem alucinações, especialmente auditivas, que comentam os pensamentos ou atos do paciente”, e que “outros distúrbios da percepção também podem ocorrer, como alterações da qualidade de cores e sons”.

Os distúrbios do pensamento levam a uma atribuição peculiar de significados, tornando os pensamentos vagos, obscuros e muitas vezes incompreensíveis. Interrupções na sequência dos pensamentos são freqüentes, e o paciente também refere que eles estão sendo roubados de dentro de sua cabeça por uma força estranha. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

Os critérios da CID-10 citados por LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 239), sugerem que os sintomas apresentados pelo paciente, devem-se constar em pelo menos um dos sintomas pertencentes aos grupos (a) e (d) ou sintomas de pelo menos dois grupos dos referidos de (e) e (h):

“(a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento”;

(b) “delírios de controle, influência ou passividade referidos ao próprio corpo ou a movimentos dos membros, percepção delirante”;

(c) “alucinações referidas como vozes que comentam os comportamentos do paciente ou discutem sobre o paciente entre si, ou outros tipos de vozes que vêm de alguma parte do corpo do indivíduo”;

(d) “delírios persistentes de outros tipos que são impróprios culturalmente ou completamente impossíveis, como de identidade política ou religiosa, ou de poderes ou habilidades supra-humanos (p. ex., ser capaz de controlar o tempo, ou ter comunicações com seres extraterrenos)”;

(e) “alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios sem conteúdo afetivo claro, ou por idéias prevalentes persistentes”;

(f) “interrupções ou interpolações do curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante; ou neologismos”;

(g) “comportamento catatônico, com excitação, flexibilidade cética, negativismo, mutismo ou estupor”;

(h) “sintomas “negativos”, como apatia, pobreza de discurso, respostas emocionais embotadas ou incongruentes, em geral resultando em retraimento social ou queda do desempenho social; deve estar claro que esses sintomas não se devem a depressão ou medicação antipsicótica”;

(i) “uma modificação significativa e consistente na qualidade de alguns aspectos do comportamento pessoal, como perda de interesse, falta de metas, retraimento social e inatividade”.

Segundo os mesmo autores, os sintomas apresentados pelo paciente só poderão ser atribuídos ao quadro de esquizofrenia, se estes persistirem por um período de pelo menos um mês. Caso ocorram em um período menor do que o estipulado (tratados ou não), deve-se fazer o diagnóstico de transtorno psicótico

agudo de tipo esquizofrênico (F23.2), mas se os sintomas persistirem por longos períodos deverão ser reclassificados.

O diagnóstico da esquizofrenia não deve ser formulado se há sintomas depressivos ou maníacos acentuados, a não ser que os sintomas esquizofrênicos antecedam claramente aos sintomas afetivos. Se os sintomas afetivos e esquizofrênicos se instalam simultaneamente, deve-se pensar em transtorno esquizoafetivo (F25.-). A esquizofrenia não deve ser diagnosticada na presença de transtorno mental orgânico ou durante intoxicação ou abstinência de drogas. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 239).

A esquizofrenia é uma doença extremamente complexa. Os subtipos clínicos estão descritos na CID-10 com a codificação correspondente ao quarto dígito, acrescentado ao código geral F20; o quinto dígito corresponde ao curso da doença, e são classificados da seguinte forma, explicam LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 239):

F20.x0: contínuo

F20.x1: episódio com defeito progressivo

F20.x2: episódio com defeito estável

F20.x3: episódio remitente

F20.x4: remissão incompleta

F20.x5: remissão completa

F20.x8: outro

F20.x9: período de observação menor que um ano

5.1. ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE (F20.0)

A esquizofrenia paranóide é considerada o tipo mais comum de esquizofrenia. Segundo KAPLAN e col.(1997, p. 452) “os pacientes esquizofrênicos paranóides geralmente são mais velhos que os pacientes esquizofrênicos catatônicos ou desorganizados quando têm o primeiro episódio da doença”.

Caracteriza-se pela presença de delírios persistentes, em geral de tipo paranóide, ou de perseguição, de auto-referência, de ciúmes e de mudanças corporais, acompanhados de alucinações, principalmente auditivas, e transtornos da percepção. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 239).

Freqüentemente, os pacientes com esquizofrenia paranóide são hostis e agressivos, geralmente tensos, desconfiados e reservados, porém, às vezes, comportam-se muito bem socialmente. (KAPLAN e col., 1997, p. 452).

As características apresentadas pelos pacientes com esquizofrenia paranóide são delírios freqüentemente de natureza persecutória e alucinações auditivas, além de apresentar ansiedade, violência e alterações das interações pessoais. (BRANDÃO E GRAEFF, 1999, p. 60).

KAPLAN E SADOCK (1999, p. 1052), explicam que este subtipo “apresentam maiores conquistas ocupacionais e sociais pré-mórbidas e um componente mais claramente reativo à doença que os outros subtipos de esquizofrenia”.

5.2. ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA (Hebefrênica) (F20.1)

Denominada pelo DSM-IV-R de “desorganizada”, ela se instala habitualmente entre os 15 e os 25 anos de idade, e altera principalmente a afetividade do paciente, com delírios e alucinações fragmentados; o comportamento em geral é bizarro ou pueril e acompanhada de maneirismos. Os risos imotivados expressados pelo paciente são devidos ao afeto superficial ou inapropriado. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 239, 240).

O desenvolvimento dos sintomas negativos ocorrem de forma rápida, principalmente o embotamento afetivo e perda da vontade. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 240).

A aparência pessoal e o comportamento estão dilapidados. As respostas emocionais são inadequadas e o indivíduo, freqüentemente, põe-se a gargalhar sem qualquer razão aparente. Risos incongruentes e trejeitos faciais são comuns neste tipo de paciente, cujo comportamento é melhor descrito como tolo ou insensato. (KAPLAN e col., 1997, p. 453).

Os pacientes desorganizados são desprovidos de propósito, geralmente passivos e não são construtivos, têm um contato pobre com a realidade e apresenta transtorno do pensamento.

5.3. ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA (F20.2)

O que mais se destaca neste quadro são os transtornos da psicomotricidade.

Segundo LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 240), “O paciente pode alternar períodos de excitação e agitação com períodos de estupor, mutismo, negativismo, obediência automática e flexibilidade cérea”. Os mesmos autores explicam que “podem ocorrer episódios de agitação e violência extremas (furor catatônico)”.

Para realizar o diagnóstico da esquizofrenia catatônica, deve-se analisar determinados sintomas, pois os sintomas catatoniformes podem ocorrer nos demais subtipos da esquizofrenia. Os sintomas citados por LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 240) são:

- a) estupor ou mutismo;
- b) excitação;
- c) posturas bizarras ou inapropriadas;
- d) negativismo;
- e) rigidez;
- f) flexibilidade cérea;
- g) outros sintomas, como automatismos e perseveração de palavras ou frases.

É necessária uma atenta supervisão dos pacientes esquizofrênicos catatônicos, pois estes podem ferir aos outros ou a si mesmos durante o estupor ou a excitação catatônica. (KAPLAN e col., p. 454).

5.4. ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA (F20.3)

Apesar de a esquizofrenia ser dividida por subtipos, freqüentemente há pacientes que não se enquadram em um deles, apresentam apenas as características gerais para o diagnóstico da esquizofrenia. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 240).

LOUZÃ e ELKIS (2007, p.240), explicam que, excluindo esquizofrenia residual (F20.5), e depressão pós-esquizofrenia (F20.4) “tal diagnóstico deve ser utilizado somente para os quadros psicóticos que não puderam ser enquadrados nas demais categorias”.

Para realizar o diagnóstico da esquizofrenia indiferenciada, é necessário seguir as diretrizes estabelecidas pela CID-10, que são:

- a) preenche os critérios para a esquizofrenia;
- b) não preenche os critérios para os subtipos paranóide, hebefrênico ou catatônico;
- c) não preenche os critérios para esquizofrenia residual ou depressão pós esquizofrênica.

5.5. DEPRESSÃO PÓS-ESQUIZOFRÊNICA (F20.4)

A depressão pós-esquizofrênica ocorre ao fim de um surto, e consiste em um episódio depressivo que pode ou não ser prolongado. Alguns sintomas “positivos” ou “negativos” podem ainda estar presentes, mas estes sintomas psicóticos não dominam o quadro. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 240).

Segundo LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 240), as diretrizes para o diagnóstico são:

- a) o paciente teve um quadro esquizofrênico com os critérios descritos para F20 nos últimos 12 meses;
- b) alguns sintomas esquizofrênicos ainda estão presentes;
- c) os sintomas depressivos são proeminentes e angustiantes, preenchendo os critérios para episódio depressivo (F32.-) e tendo uma duração de pelo menos duas semanas.

LOUZÃ e ELKIS (2007, pág. 240), explicam que “caso o paciente não apresente sintomas esquizofrênicos, deve-se diagnosticar episódio depressivo (F32.-); se forem proeminentes, deve-se buscar o diagnóstico do subtipo apropriado (F20.0 a F20.3)”.

5.6. ESQUIZOFRENIA RESIDUAL (F20.5)

Quando há uma progressão clara de um quadro inicial (um ou mais episódios com sintomas psicóticos caracterizando a esquizofrenia) para um quadro em que ocorrem principalmente sintomas “negativos”, chamamos de esquizofrenia residual, que consiste no estágio crônico da esquizofrenia. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 240).

Segundo KAPLAN e col. (1997, pág. 455), “O embotamento emocional, retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e leve afrouxamento das associações são comuns no tipo residual”.

LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 240) citam os critérios adotados pela CID-10, que são:

- a) sintomas “negativos” esquizofrênicos proeminentes, incluindo lentificação psicomotora, hipoatividade, embotamento afetivo, perda de iniciativa, pobreza da quantidade ou do conteúdo do discurso, pouca comunicação não-verbal (pela expressão facial), contato visual, modulação da voz e postura, desempenho social e cuidado de si pobres;
- b) evidência clara, no passado, de pelo menos um surto psicótico com as características diagnósticas de esquizofrenia;
- c) um período de pelo menos um ano em que a intensidade e a frequência dos sintomas floridos, como delírio ou alucinação, foram mínimas ou substancialmente reduzidas e em que a síndrome “negativa” esquizofrênica está presente;
- d) ausência de demência ou outro transtorno mental orgânico e de depressão crônica ou institucionalização suficientes para explicar os sintomas “negativos”.

5.7. ESQUIZOFRENIA SIMPLES (F20.6)

Este tipo de esquizofrenia tem sido alvo de polêmicas, pois pela CID-10 ela se enquadra ora pertencente à esquizofrenia, ora como um transtorno de personalidade; já para o DSM-IV-R, está incluída nas categorias de personalidade esquizóide e/ou esquizotípica. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 240).

Seu início é insidioso e progressivo, havendo o desenvolvimento de excentricidades de conduta, inabilidade para cumprir demandas da sociedade e declínio da *performance*. Delírios e alucinações não são evidentes, e o transtorno não é tão obviamente psicótico como nos demais subtipos da esquizofrenia. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 240).

LOUZÃ e ELKIS (2007, p.241), explicam que “os sintomas “negativos” característicos da esquizofrenia residual desenvolvem-se sem serem precedidos por sintomas psicóticos evidentes”.

Quando o paciente apresentar sintomas esquizofrênicos, e estes não forem identificados segundo as categorias destinadas para a classificação, a doença poderá ser classificada como “**outra esquizofrenia**” (F26.8) ou “**esquizofrenia não especificada**” (F20.9).

6. TRANSTORNOS RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA

(“espectro” da esquizofrenia)

Segundo LOUZÃ e ELKIS (2007, p.241), a CID-10 inclui diversos transtornos relacionados à esquizofrenia, são eles:

6.1. TRANSTORNO ESQUIZOTÍPICO (F21)

Com o curso crônico e intensidade variável, deve ser levada em consideração, somente se a permanência dos sintomas for de pelo menos dois anos, e o paciente nunca deve ter preenchido os critérios para esquizofrenia. O transtorno esquizotípico está incluído pelo DSM-IV-R entre os transtornos da personalidade.

6.2. TRANSTORNOS DELIRANTES PERSISTENTES (F22)

Este transtorno deve estar presente, por pelo menos, três meses. Nele incluem alguns quadros de em que há delírios persistentes, em geral bem sistematizados e de longa duração. Ocasionalmente, sintomas como alucinações, transtorno do humor e distúrbio da consciência do eu, podem ocorrer.

6.3. TRANSTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS E TRANSITÓRIOS (F23)

Estes transtornos são claramente associados a uma situação de estresse e são caracterizados por um início abrupto (em um período máximo de duas semanas), a recuperação ocorre em poucas semanas ou em até 2 a 3 meses.

O quadro clínico é polimórfico, florido, com sintomatologia exuberante e instável, incluindo delírios e alucinações cuja temática varia de dia para dia. Também ocorrem alterações do humor, mas que não chegam a preencher os critérios para o episódio maníaco ou depressivo. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 241).

Os sintomas que caracterizam a esquizofrenia não estão presentes, ou ocorrem por um período menor que um mês. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 241).

6.4. TRANSTORNO DELIRANTE INDUZIDO (F24)

Consiste em um quadro delirante partilhado por duas ou mais pessoas, uma vez que apenas uma apresenta realmente o quadro de delírio. Ocorre quando o vínculo emocional é muito forte ou se a pessoa que apresenta o delírio induzido costuma ser dependente da outra que realmente apresenta um quadro de delírio genuíno. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p.241).

6.5. TRANSTORNOS ESQUIZOAFETIVOS (F25)

LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 241) explicam que “são transtornos episódicos em que os sintomas afetivos e esquizofrênicos estão ambos presentes de forma proeminente, de preferência *simultaneamente*, ou separados por apenas alguns dias, dentro de um mesmo episódio”.

Geralmente, os pacientes com transtornos esquizoafetivos, se recuperam completamente do episódio, sem sintomas residuais. Se em diferentes episódios da doença os sintomas afetivos e os esquizofrênicos ocorrerem, o diagnóstico não deverá ser formulado. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 241).

7. TRATAMENTO

A atuação de uma equipe de profissionais em um tratamento com pacientes com esquizofrenia é fundamental, pois desta forma, as abordagens farmacológica e psicossocial poderão ser combinadas e conseqüentemente os resultados serão mais satisfatórios.

O paciente com esquizofrenia necessita de tratamento tanto na fase aguda e de manutenção, quanto na fase de recuperação.

Segundo GELDER e col. (1999, p. 112), os tratamentos específicos são necessários para os sintomas psicóticos agudos, sintomas resistentes às drogas, prevenção de recaída, sintomas depressivos associados, atenção psicossocial e reabilitação.

O tratamento do paciente na **fase aguda** pode ser realizado em regime ambulatorial ou de internação. Estas formas de tratamento são necessárias, pois o paciente nesta fase pode apresentar risco de auto ou heteroagressividade, principalmente em decorrência de ansiedade intensa, presença de delírios e alucinações e agitação psicomotora. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 249).

A internação psiquiátrica tem por objetivo proteger o paciente, propiciando-lhe um ambiente tranquilo e com pouca estimulação sensorial, o que, muitas vezes, por si só promove um alívio importante no quadro de agitação e ansiedade. A internação deve ter a menor duração possível, tendo em vista minimizar o afastamento do paciente de seu meio sociofamiliar. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 249).

O tratamento de **manutenção ou recuperação** do paciente com esquizofrenia vai ser determinado de acordo com os resultados obtidos no tratamento da fase aguda, tendo como meta as abordagens da farmacoterapia e psicossociais. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 250).

7.1. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

7.1.1. Fase Aguda

A medicação utilizada nesta fase são os antipsicóticos, eles foram introduzidos no início da década de 50 e revolucionaram o tratamento da esquizofrenia. (KAPLAN e col., 1997, p. 461).

GELDER e col. (1999, p. 112), explicam que “As drogas antipsicóticas têm um efeito sedativo imediato, seguido de um efeito nos sintomas psicóticos (especialmente nas alucinações e delírios) que pode levar até três semanas para atingir o seu máximo”.

Os antipsicóticos são divididos atualmente em antipsicóticos de primeira geração (típicos) e antipsicóticos de segunda geração (atípicos), sendo que os de segunda geração são indicados para o início do tratamento, pois estes atuam tanto nos sintomas positivos quanto nos negativos; sendo assim, os antipsicóticos de primeira geração ficam como segunda opção. “Tanto os antipsicóticos de primeira quanto os de segunda geração têm perfis de tolerabilidade e segurança diferentes, o que também deve ser levado em consideração na escolha do medicamento”. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 250).

Algumas semanas após o início do tratamento, o paciente apresenta melhora do quadro psicótico. Recupera, ao menos parcialmente, a crítica em relação às vivências delirantes e alucinatórias, percebendo que eram fruto da sua imaginação. Na maioria dos pacientes persistirão ainda alguns sintomas, os quais compõem o quadro residual da esquizofrenia. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 238).

O tratamento deve ser iniciado com doses baixas de antipsicóticos, a partir das respostas clínicas apresentadas pelo paciente, logo, a dose do medicamento poderá ser aumentada gradualmente. Devido à readaptação dos receptores, as respostas ao efeito terapêutico dos antipsicóticos irão se manifestar de forma gradual e lenta, em média de 4 a 6 semanas. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 250).

Segundo LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 540), os principais antipsicóticos de primeira e segunda geração disponíveis no Brasil são:

PRIMEIRA GERAÇÃO	SEGUNDA GERAÇÃO
Clorpromazina	Amisulprida
Flufenazina	Aripiprazol
Haloperidol	Clozapina
Levomepromazina	Olanzapina
Penfluridol	Quetiapina
Pimozina	Risperidona
Propericiazina	Ziprasidona
Sulpirina	
Tioridazina	
Zuclopentixol	

7.1.2. Fase de Manutenção e Recuperação

Na fase de manutenção do paciente o uso de antipsicóticos ainda é recomendado, pois este ajudará a evitar uma possível recaída, que no momento é a maior preocupação. O medicamento a ser utilizado, será aquele que na fase aguda, tenha apresentado uma melhora significativa do quadro, e este poderá ser aplicado tanto por via oral quanto intramuscular com liberação lenta (antipsicóticos de longa ação ou *depot*). (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 252).

À medida em que o paciente apresenta uma estabilidade em relação aos sintomas, a dose da medicação utilizada poderá ser reduzida aos poucos, observando-se cuidadosamente as respostas do paciente a cada redução. (LOUZÃ e ELKIS, 2007, p. 253).

É muito importante e necessária a intervenção de formas alternativas de terapia junto ao tratamento farmacológico, tais como psicoterapia, psicologia, terapia ocupacional e musicoterapia, sendo estas planejadas sob medida para cada paciente.

8. MUSICOTERAPIA

Definição da musicoterapia segundo a Federação Mundial de Musicoterapia:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos constituintes, ritmo, melodia e harmonia, por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento.

Muitos profissionais acham impossível realizar uma terapia a determinadas patologias que levam a uma comunicação não verbal, mas a musicoterapia com a utilização de elementos sonoros, consegue proporcionar ao cliente a expressão de sentimentos através da música que de outra maneira realmente não expressariam.

A musicoterapia como intervenção terapêutica no tratamento da esquizofrenia, pode ser aplicada tanto em grupo como individualmente analisando cuidadosamente cada paciente, focando a potencialidade e criatividade, medo e frustração, delírio e alucinação, visando à reabilitação e a ressocialização.

O ser humano não é corpo e mente ou corpo mais mente, nem psique e soma ou psique e alma, nem matéria e espírito; é um todo; e a Musicoterapia (que, praticamente, entre todas as especialidades médicas utiliza elementos abstratos que não se vêem e que somente se percebem com o transcorrer do tempo) é a técnica que mais se dirige à totalidade do indivíduo. (BENZON, 1988, p. 15)

ISABELLE FROHNE (1986, p. 35) explica que, pacientes psiquiátricos “não estão suficientemente integrados em nosso mundo “normal” de regras e normas, ideologias e quaisquer conceitos de como se deve viver”, por isso necessitam de orientação e de estrutura para desenvolver um eu integrado, “um ego maduro e uma identidade definida”.

A música é utilizada com a finalidade de apoiar e estimular, estruturar, ajudar a desenvolver a orientação temporal e espacial, que é a realidade, os sentimentos e a conscientização do próprio corpo e das próprias sensações. A música é utilizada com o intuito de favorecer potencialidades correspondentes ao estado de desenvolvimento do eu. (FROHNE, 1986, p. 36)

Várias técnicas e métodos apresentados por teóricos da musicoterapia, cabem em um tratamento com pacientes com esquizofrenia. Como cada paciente é um ser único, com características particulares e vidas distintas, uma metodologia específica será aplicada de acordo com cada caso e/ou cada grupo.

GABBARD (1998, p. 145) explica que, “o paciente agudamente desorganizado é incapaz de selecionar estímulos ambientais, e os múltiplos estímulos presentes em um ambiente de grupo podem sobrecarregar o já debilitado paciente...”, neste caso, o atendimento individual cuidadosamente planejado seria a intervenção mais correta, e no momento em que o paciente começar a apresentar resultados e evolução para um estágio crônico, poderá se integrar a um grupo que é de fundamental importância para um trabalho de ressocialização.

LEINIG (1977, p. 193) explica que “na aplicação da musicoterapia com pacientes psicóticos, deve-se procurar induzir ou mobilizar, de maneira efetiva, mudanças em sua conduta para conseguir melhores ajustamentos.” Assim, o objetivo geral da musicoterapia em pacientes com esquizofrenia, será a interação social e a anulação ou modificação das manifestações patológicas.

A música em musicoterapia possui quatro tipos distintos de experiência, explica BRUSCIA (1998, p. 121), onde cada tipo é definido por seus processos específicos de engajamento, são elas: re-criação (ou execução), composição, audição e improvisação.

Re-criação: consiste em “executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem uma audiência”.

Composição: “escrever canções, letras ou peças instrumentais”.

Audição (receptivas): “o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade”.

Improvisação: execução dos instrumentos musicais livremente ou com orientação do terapeuta.

Cada tipo envolve um conjunto de comportamentos sensório-motores distinto, requer diferentes tipos de habilidades perceptivas e cognitivas, evoca diferentes tipos de emoções e engaja em um processo interpessoal diferente. Em função disso, cada tipo também tem seus próprios potenciais e aplicações terapêuticas. (BRUSCIA, 1998, p. 121)

A seguir, darei ênfase à experiência improvisacional e às 64 técnicas desenvolvidas por Bruscia, onde a improvisação e determinadas técnicas terão importante papel em minha proposta para um trabalho com pacientes com esquizofrenia.

8.2. EXPERIÊNCIAS DE IMPROVISACÃO

Na experiência de improvisação o paciente poderá utilizar, dentro da sua capacidade, qualquer meio musical como voz, sons corporais, percussão, instrumentos de corda ou sopro, entre outros, podendo improvisar sozinho, em duo ou em grupo. Esta improvisação permite ao paciente fazer música tocando ou cantando, criar melodias, ritmos, canção ou peças musicais, proporcionando ao paciente a experiência em produzir algo seu, sem se preocupar com as estruturas musicais (BRUSCIA, 1998, p. 124).

O terapeuta ajuda o cliente dando as informações e fazendo as demonstrações necessárias, oferecendo uma idéia ou estrutura musical em que a improvisação se baseará, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação do cliente, ou apresentando uma idéia não-musical (por exemplo, uma imagem, um assunto, uma história) ao cliente para que ele a retrate através da improvisação.
(BRUSCIA, 1998, p. 124)

Os objetivos das experiências de improvisação são numerosos, entre elas estão:

- Estabelecer um canal de comunicação não-verbal e uma ponte para a comunicação verbal;
- Dar sentido à auto-expressão e à formação de identidade;
- Explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros;
- Desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal;
- Desenvolver habilidades grupais;
- Desenvolver a criatividade, a liberdade de expressão, a espontaneidade e capacidade lúdica;
- Desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas.

A música oferece meio de se expressar de modo socialmente aceito, e a improvisação em terapia com pacientes com esquizofrenia, terá como objetivo principal a integração grupal visando a ressocialização, além de proporcionar um entretenimento, oportunidade de assumir responsabilidades para si mesmo e perante um grupo (participação, eleger música, liderar, executar instrumentos...), aprender a competir e cooperar com os participantes, aprender a ser subordinado,

sentir-se realizado ao conseguir atingir um objetivo (execução de tarefas), fazê-lo perceber-se e perceber os demais, isto é, a improvisação em musicoterapia será um agente integrador e socializador, proporcionando uma adaptação de conduta a serviço do paciente e de um grupo.

8.3. PROPOSTAS DE UM ATENDIMENTO MUSICOTERÁPICO

Independente de o atendimento ser individual ou grupal, inicialmente os dados do paciente terão de ser coletados através da anamnese e do histórico-sonoro-musical, que irão se aprofundar no decorrer das sessões. Devido ao pensamento do paciente encontrar-se desorganizado, a família será solicitada a informar os dados necessários para o início do tratamento musicoterápico.

Uma vez que os pacientes com esquizofrenia apresentam baixa tolerância à frustração, os instrumentos mais adequados a serem utilizados são os de percussão e de fácil manuseio, incluindo, se for o caso, instrumentos que constam no histórico-sonoro-musical do paciente.

Após a definição do *setting* musicoterápico a sessão poderá ser iniciada, ficando em primeiro plano a busca do vínculo terapeuta-paciente.

8.3.1. Atendimento Individual

O atendimento individual é indicado principalmente aos pacientes que se encontram num quadro agudo da esquizofrenia, onde delírios acompanhados de alucinações estão fortemente presentes. Nesta fase o paciente geralmente encontra-se com sinais de agressividade, agitação, angústia e poderá apresentar alterações da motricidade e da afetividade, explicam LOUZÃ e ELKIS (2007, p. 238).

A intervenção musicoterápica deverá ser cautelosa (para que o paciente não se sinta invadido e/ou confrontado) e respeitar a resistência nas sessões iniciais, até o momento em que o paciente passe a adquirir mais confiança no musicoterapeuta, que conseqüentemente passará a fornecer mais dados e mais abertura para as intervenções necessárias.

As técnicas utilizadas nas sessões iniciais serão as que constam nas 64 técnicas desenvolvidas por BRUSCIA (1987), que serão as “**Técnicas de Empatia**” e as “**Técnicas de Intimidade**”, que tem como objetivo principal a busca do vínculo terapeuta-paciente.

Técnicas de Empatia

Imitar: “ecoar ou reproduzir uma resposta do cliente, depois de a resposta ser apresentada”.

Será utilizada para focar a atenção do paciente em suas próprias ações, mostrando-lhe que suas respostas estão sendo aceitas e proporcionar ao paciente a oportunidade de liderar e de “ter controle” sobre o musicoterapeuta.

Sincronizar: “fazer o que o cliente está fazendo ao mesmo tempo”.

A sincronização poderá ser feita através de instrumentos sonoros ou movimentos, postura ou ações do paciente (respiração, piscar de olhos, posições corporais, etc.). Será utilizada para estabelecer ou fortalecer a resposta do cliente, “para promover a auto-consciência”, “trazer mais intimidade na relação cliente-terapeuta”, “dar oportunidades de liderança”, “transmitir aceitação e identificação”, e “desenvolver uma compreensão empática” do paciente.

Incorporar: “usar um motivo musical ou comportamento do cliente como tema para uma improvisação, ou composição e elaborá-lo”.

Consiste em implementar um tema criado pelo paciente, podendo se estender por mais de uma sessão. O tema poderá ser gravado e apresentado para o paciente, proporcionando a oportunidade de modelar a improvisação visando a criatividade musical e expressão, que ao ser trabalhada poderá constituir um repertório musical para uso em outras sessões.

Regular: “combinar com o nível de energia do cliente (intensidade e velocidade)”.

Nesta técnica, o conteúdo musical e emocional do paciente não será o foco principal, será a “quantidade de fluxo de energia” utilizada para realizar tais ações, por exemplo, o “peso e a velocidade dos movimentos” do paciente ao se expressar e/ou executar um instrumento. A técnica de Regular será utilizada “para aumentar a relação física do paciente com o meio ambiente, estabelecer *rapport*, aumentar o conforto, promover auto-consciência/percepção e desenvolver empatia”.

Refletir: “ir ao encontro dos estados de humor, atitudes e sentimentos exibidos pelo cliente”.

Diferente de imitar ou sincronizar, o musicoterapeuta irá improvisar através da música, expressão corporal ou verbalizações, “estados ou sentimentos” que o paciente estiver expressando, isto é, “descrever o que o cliente está fazendo, e que sentimentos o cliente está mostrando”, utilizando ou não o mesmo meio do mesmo. Esta técnica será utilizada para “transmitir aceitação das ações e sentimentos” do paciente, “promover a auto-consciência emocional”, “estabelecer *rapport* e demonstrar empatia e compreensão.

Também consta entre as “Técnicas de Empatia” a técnica “Exagerar”, porém não será utilizada nas sessões.

Técnicas de Intimidade

Dar de presente: “apresentar ao cliente um presente, como uma execução musical, instrumento, etc”.

“O presente transmite que o terapeuta se importa com o cliente enquanto também simboliza cuidado”. Neste caso, o ideal será uma composição feita pelo musicoterapeuta exclusivamente para o paciente, colocando em destaque o seu nome (paciente), mostrando-lhe o quanto é importante como pessoa.

Criar laços: “desenvolver um pequeno trecho ou canção, baseado nas respostas do cliente, e usá-lo como tema para a relação”.

Após algumas sessões realizadas, poderá surgir um tema musical que simbolize a relação terapêutica, que significará “muitas das coisas que o musicoterapeuta e o paciente compartilharam juntos”. “Esta técnica é usada para estabelecer um laço com o cliente, transmitir aceitação e cuidado, e solidificar os sentimentos de confiança do cliente”.

Entre as técnicas de “Intimidade” estão as técnicas de “Compartilhar Instrumentos” e “Solilóquios”, que serão utilizadas no momento em que o vínculo terapeuta-paciente estiver estabelecido.

De acordo com as situações apresentadas pelo paciente, às técnicas serão mescladas e aplicadas, e no momento em que o vínculo estiver fortemente estabelecido, outras técnicas serão introduzidas.

O paciente esquizofrênico é desconfiado e solitário. Se o terapeuta for muito amigável ou muito gentil, o paciente pode ter delírios de controle externo; entretanto, se o terapeuta for distante, o sentimento do paciente de que o mundo é um lugar vazio é confirmado. Embora o paciente possa parecer, ele mesmo distante, tende a ser hipersensível a mudanças sutis no humor ou atitude do terapeuta. (CHANNON e col., 1995, p.129)

Após estabelecer o vínculo com o paciente, o foco principal serão os delírios e as alucinações vividas por ele, que entre os sintomas apresentados no quadro agudo da esquizofrenia são considerados os mais perturbadores. Serão utilizadas neste momento, técnicas que terão como objetivo, auxiliar o paciente no sentido de

compreender e aprender a conviver com estes sintomas, que para ele não são frutos de sua imaginação e sim de sua realidade.

As técnicas a serem utilizadas serão “Compartilhar Instrumentos” e “Solilóquios” (**Técnicas de Intimidade**), e as que constam nas “**Técnicas Referenciais**”.

Compartilhar instrumentos (técnica de intimidade): “usar o mesmo instrumento que o cliente, ou tocá-lo cooperativamente”.

Para utilizar esta técnica, o paciente deverá ter adquirido algum grau de confiança no musicoterapeuta. É usada para “trabalhar questões de limites interpessoais”, “explorar questões de controle”, “trazer maior intimidade na relação”, “desenvolver cooperação” e “estabelecer reciprocidade”. Nesta técnica, o paciente também poderá simbolizar em partes dos instrumentos, relações com coisas ou pessoas significativas (podendo ser delírios e/ou alucinações), trazendo para o musicoterapeuta ricas informações.

Solilóquios (técnica de intimidade): “improvisar uma canção como se falasse consigo próprio sobre o cliente”.

Segundo BRUSCIA (1987), “esta técnica é usada quando o cliente não está pronto para aceitar questões diretas, ou comunicação acerca de um tópico em particular”, porém deverá ser aplicada com cautela para não fortalecer os delírios de referência, caso venha ser apresentado pelo paciente.

Recoletar: “levar o cliente a lembrar, ou imaginar sons que acompanhem uma situação, ou evento, e reproduzi-los”.

O musicoterapeuta levará o paciente a reproduzir situações que o acompanham no seu dia a dia. As situações apresentadas pelo paciente (vozes, pessoas), poderão ser os sintomas que serão trabalhados no processo musicoterápico.

Associação livre: “levar o cliente a dizer o que quer que venha à mente, enquanto ouve uma improvisação, incluindo imagem, lembranças ou associações”.

O musicoterapeuta levará o paciente a expressar o que vem a sua mente, com isso, o musicoterapeuta terá que ficar atento para filtrar o que possa ser delírio e/ou alucinação.

Após a detecção destes sintomas, as próximas técnicas a serem utilizadas serão “simbolizar” e “projetar”.

Simbolizar: “levar o cliente a usar algo musical (ex.: instrumento, tema) para representar algo mais (ex.: pessoa ou evento)”.

O musicoterapeuta irá propor ao paciente, que simbolize em um instrumento as “figuras” presentes no seu dia a dia que mais estão em destaque (delírio e/ou alucinação), estas ficaram fortemente presentes nas sessões e serão trabalhadas durante todo o processo.

Projetar: “levar o cliente a improvisar música que descreva uma situação verdadeira, sentimento, evento, relação, etc.”.

O musicoterapeuta levará o paciente a “projetar” em um instrumento os delírios e/ou alucinações, chegando a uma descrição em que auxilie o musicoterapeuta a ter uma noção mais próxima possível da “realidade” do paciente.

Nesta técnica também constam “Parear”, “Fantasiar” e “Contar Estória”, mas não serão utilizadas nas sessões.

Os delírios e/ou alucinações vividos pelo paciente, serão introduzidos e simbolizados nas sessões, por exemplo, o instrumento que o paciente mais se identificar será utilizado para representar uma alucinação, e este estará presente em todas as sessões. No decorrer das sessões, o musicoterapeuta tentará deixar este instrumento principal em segundo plano, até chegar o momento em que o paciente consiga executar instrumentos de “menor importância” sem que se sinta incomodado em não executar o principal (alucinação).

Após esta conquista, uma técnica de “**Exploração Emocional**” será aplicada, especificamente a técnica “Ancorar”.

Ancorar: “capacita o cliente a reter o que foi apresentado em terapia, e generalizar para outras situações fora da terapia”.

Esta técnica será utilizada para auxiliar o paciente fora do *setting* musicoterápico, a partir do momento em que uma resposta significativa tenha ocorrido em sessão (ex.: alucinação em segundo plano). O musicoterapeuta fará uma associação em algo que seja facilmente lembrado pelo paciente, e assim consolidá-la para as situações do cotidiano.

Todas as técnicas utilizadas poderão ser combinadas com outras e introduzidas de acordo com o desenvolvimento das sessões.

8.3.2. Atendimento Grupal

Os objetivos da terapia de grupo incluem a diminuição do senso de isolamento, desenvolver o relacionamento com outros membros do grupo, aumentar a interação verbal e não-verbal, aumentar a auto-estima ao realizar uma atividade, proporcionar segurança, reduzir as manifestações patológicas, proporcionar uma melhora do paciente em relação à doença e desenvolver a potencialidade de cada integrante do grupo.

Segundo LEINIG (1997, p. 194), a música “possibilita a auto-expressão”, “torna possível aos deficientes desenvolverem condutas compensatórias”, “oferece oportunidade de receber recompensas e castigos socialmente aceitáveis”, “faz possível elevar a auto-estima”, “faz possíveis experiências de êxito”, “faz sentir-se necessário para os outros” e “eleva a auto-estima dos demais”.

CHANNON e col. (1995, p. 132) explicam que a terapia de grupo pode ocorrer em uma variedade de contextos, “incluindo hospitais, centros de tratamento diurno, clínicas e em casa”.

Geralmente, os integrantes de um grupo são mudados com frequência quando atendidos em hospitais ou clínicas, o que dificulta um processo em longo prazo, neste caso, em uma única sessão deverá ocorrer início, meio e fim.

As atividades a serem realizadas deverão ser simples, lógicas e com repetição, para evitar uma possível frustração do participante perante o grupo.

A música é utilizada com a finalidade de apoiar e estimular, estruturar, ajudar a desenvolver a orientação temporal e espacial, que é a realidade, os sentimentos e a conscientização do próprio corpo e das próprias sensações. A música é utilizada com o intuito de favorecer potencialidades correspondentes ao estado de desenvolvimento do eu.
(RUUD, 1986, p. 36)

O objetivo principal do atendimento grupal será a integração dos pacientes, e através da aplicação das atividades também serão trabalhadas:

- coordenação motora (ritmo);
- memória (canções, quantidade de instrumentos);
- cooperatividade (improvisação em duo ou em grupo);
- responsabilidades (regência, escolha de atividades);
- competição (diálogos sonoros, perguntas e respostas);
- expressão corporal (dança livre);
- composição (palavras ou frases expressadas por cada participante);
- criatividade (execução de células rítmicas).

Os procedimentos utilizados no atendimento individual poderão também ser introduzidos no atendimento grupal, porém de forma mais dinâmica para que todos se sintam atraídos a participar. Entre as atividades aplicadas estão, improvisação livre, improvisação dirigida, expressão corporal e composição.

Para dar início à sessão, será executada uma música (composta pelo musicoterapeuta) para a apresentação dos participantes e musicoterapeutas, onde cada um “cantará” seu nome no momento solicitado.

Após a apresentação dos participantes, serão apresentados ao grupo os instrumentos de percussão que serão utilizados e as possíveis maneiras de manuseá-los.

Em seguida, será solicitado que escolham o instrumento que mais tenham se identificado para explorarem como quiserem (improvisação livre). Neste momento, será utilizada **“Técnicas de Estruturação”** (BRUSCIA, 1987), especificamente “Base Rítmica” e “Dar Forma”, para proporcionar aos participantes mais segurança e para apoiá-los na improvisação realizada.

Base Rítmica: “manter uma batida básica ou fornecer uma fundação rítmica para o cliente improvisar”.

Dar Forma: “ajuda o cliente a definir a extensão de uma frase e dar a ela uma forma expressiva”.

Ambas serão utilizadas para organizar a improvisação do grupo, ajudando-os a controlar e dar forma aos impulsos, promover sentimentos de segurança e estabilidade, apoiar física e emocionalmente o esforço de cada integrante e ajudar a concretizar e externalizar os impulsos internos e sentimentos em formas sonoras através de significados.

Outra atividade a ser aplicada, serão utilizadas as técnicas “Experimentar” e “Conduzir” incluídas nas “**Técnicas de Procedimento**”.

Experimentar: “fornecer uma estrutura ou idéia para guiar a improvisação do cliente e fazê-lo experimentar”.

Conduzir: “dirigir uma improvisação musical com gestos ou sinais”.

Um contexto musical será apresentado pelo musicoterapeuta, que poderá ser executada com a utilização de um violão ou mesmo em músicas gravadas (CD), para guiar o paciente no momento da improvisação, oferecendo a oportunidade de improvisar através de instrumentos, sons corporais ou dança. Estas técnicas serão utilizadas para promover a criatividade, identificar e testar as alternativas e escolhas do paciente, remover bloqueios de pensamento, promover liberdade com responsabilidade, desenvolver a auto-confiança e a coesão grupal.

Após a realização destas atividades, a possibilidade de integração e liberdade entre os pacientes poderá estar estabelecida, neste caso, será feita uma proposta ao grupo para comporem juntos uma canção. O musicoterapeuta dará a consigna para que cada um dos participantes fale uma palavra “positiva” para o grupo, para proporcionar harmonia e tranqüilidade entre todos. Depois que todos se expressarem, o musicoterapeuta executará uma melodia onde todas as palavras

serão incluídas, o que resultará em uma música composta pelos próprios pacientes. Esta atividade ajudará no desenvolvimento da criatividade, cooperatividade e integração, proporcionando sensação de responsabilidade, produtividade e fortalecimento do ego.

Para finalizar a sessão, uma música de despedida composta pelo musicoterapeuta será executada, para que compreendam que as atividades teriam chegado ao fim e para que os mesmos não se sintam “abandonados” pelo musicoterapeuta.

As técnicas e atividades apresentadas são exemplos de possibilidades de atendimentos em pacientes com esquizofrenia, tanto individual quanto grupal. Outros teóricos e suas respectivas técnicas também poderão ser utilizados, uma vez que as manifestações patológicas do paciente sejam cuidadosamente estudadas e determinadas dificuldades sejam respeitadas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas realizadas para o desenvolvimento deste trabalho, contribuíram muito para ampliar o meu conhecimento a respeito da esquizofrenia e para me aprofundar ainda mais nas utilizações das Técnicas de Improvisação de Bruscia, apesar da dificuldade em encontrar materiais mais profundos sobre a doença e sobre a aplicação da musicoterapia em pacientes com esquizofrenia.

A dificuldade de um trabalho terapêutico com estes pacientes é, geralmente, a comunicação verbal, o que só vem a esclarecer a importância da musicoterapia que, através de estímulos sonoros, proporciona outros meios de comunicação com o objetivo de funcionar como elemento reorganizador para esse tipo de paciente.

A improvisação proporciona ao paciente a possibilidade de executar instrumentos sonoros, que conseqüentemente estará trabalhando a sua criatividade, coordenação motora, lateralidade, memória, confiança, responsabilidades, integração social, entre muitos outros aspectos, pois, qualquer envolvimento ativo com a música, envolvem estados especiais da mente.

São várias as intervenções clínicas em psiquiatria. Todas têm em comum a preocupação com a reestruturação psíquica possível do indivíduo e com a qualidade de sua relação com o mundo. A musicoterapia poderá ser mais uma possibilidade de intervenção e atuar interdisciplinarmente para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

Pretendo que este trabalho seja apenas o início de um extenso estudo da aplicação da musicoterapia, não só em pacientes com esquizofrenia, mas em diferentes distúrbios psiquiátricos, pois a necessidade destas pessoas em encontrar a realidade, só potencializa e incentiva a minha determinação em encontrar os melhores caminhos para poder ajudá-los.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia**. Trad. Ana Sheila M. Uricoechea. São Paulo: Summus Editorial, 1988, p. 15.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Trad. Mariza Velloso Fernandes Conde. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000, p. 121, 124.

BRUSCIA, K. E. **Modelos de Improvisação em Musicoterapia**. Trad. Márcia Cirigliano. Agruparte, 1999.

CHANNON, R. A. **Esquizofrenia**. In: FLAHERTY, J. A.; DAVIS, J. M.; JANICAK, P. G. et al. **Psiquiatria Diagnóstico e Tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 104-106, 129, 132.

FROHNE, I. **Musicoterapia na Educação Social e na Psiquiatria**. In: RUUD. E. (org.) et al. **Música e Saúde**. Trad. Vera Block Wrobel, Glória Paschoal de Camargo, Miriam Goldfeder. 2 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1986, p. 35, 36.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica (Baseado no DSM-IV)**. Trad. Luciana N. de A. Jorge, Maria Rita Secco Hofmeister. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 145.

GELDER, M.; MAYOU, R.; GEDDES J. **Psiquiatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1999, p. 104, 107, 109, 112.

GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. **Neurobiologia das Doenças Mentais**. 5 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999, p. 60

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 1052.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7 ed. Porto Alegre: Artimed, 1997. p. 439, 452- 458, 461.

LEINIG C. E. **Tratado de Musicoterapia**. 1 ed. São Paulo: SETA, 1997, p. 193, 194.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 235-241, 249-253, 540.