

A musicoterapia e os prazeres musicais na reabilitação do dependente químico

Karis Santos da Rocha

Resumo:

O presente trabalho tem como objetivo apresentar apontamentos da literatura a respeito do sistema de recompensa, o prazer musical como ferramenta musicoterápica na reabilitação do um dependente químico para estruturação do seu sistema de recompensa e sua psique.

Palavras-chave: musicoterapia; dependência química; sistema de recompensa; prazer.

Abstract:

This paper aims to present literature notes the Reward System Respect, the music therapy Music Enjoyment as a Tool in Rehabilitation make it hum addict Para Structuring Your Reward System is His psyche.

Key words: music therapy; addiction; reward system; soon.

Introdução:

A dependência química é um dos fatores mais importantes para a desestruturação familiar, individual e também social. Existem vários tipos de substâncias psicoativas, cada uma delas age de maneira específica no corpo. De acordo com o modo que elas agem no sistema nervoso central, são classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras. Apesar de suas diferenças em alguns aspectos, todas atingem o sistema de recompensa, produzindo prazer.

Na psicanálise, a busca pelo prazer está relacionado aos primeiros anos de vida de um indivíduo no qual, através de suas experiências de

vida com a mãe e com o ambiente em que ele cresce, é estruturado sua psique.

A condição básica para se afastar completamente das drogas é estar disposto a muda de vida, e muitas vezes a disposição de mudar é difícil, pois muitos não têm noção da realidade que está vivendo até o momento em que a dor se torna mais constante que o prazer obtido pela droga. Existem alguns programas terapêuticos que estabelecem caminhos para esse reconhecimento.

A música é uma ferramenta poderosa para incentivar as pessoas a agir e, inconscientemente, mostrar suas estratégias de enfrentamento. Ela toca os sentimentos, os desejos, até mesmo as fissuras, dor e prazer. A experiência musical leva o indivíduo a agir e é através de sua ação que os estilos de enfrentamento, sua personalidade, se mesclam com a produção musical podendo um interferir ao outro.

A musicoterapia é uma modalidade terapêutica interativa, centrada na ação de produzir música e/ou seus elementos por meio de instrumentos e/ou voz corpo. Ela oferece possibilidades para melhorar e desenvolver estratégias de enfrentamento, a fim de que o dependente aprenda a lidar com as emoções, impulsos e interações com outras pessoas.

O modelo biopsicossocial organiza possíveis intervenções que podem ser feitas no tratamento do dependente químico. Sua vantagem é que há uma série de alternativas para um tratamento multidisciplinar. A musicoterapia é apenas um instrumento para o tratamento dessa doença. As músicas e suas experiências e sua ação física, de enfrentamento, interação, comunicação, emoções entre tantas outras deve abordar os componentes sócias, psicológicos e fisiológicos dos transtornos da dependência.

Sistema de Recompensa:

O que é e como funciona:

O cérebro é um dos órgãos mais importantes para o ser humano, pois através dele é possível interagir com o mundo, pois ele é quem coordena os funcionamentos dos recursos cognitivos, as conexões entre os dois hemisférios e também no interior de cada um deles e na conexão e controle sobre o corpo. O sistema de recompensa ou reforço é um dos mecanismos existentes no cérebro, relacionado à maneira como o cérebro forma e sente prazer, gerando respostas comportamentais.

A neurociência mostra que o prazer é gerado especificamente por sistemas neurais dedicados a recompensar o próprio cérebro com sensações agradáveis.

Herculano-Houzel (2007) afirma que o que é “bom” para o cérebro o faz querer, mas estes são comportamentos e substâncias que levam a ativação desse sistema de recompensa.

Reforço é um estímulo que ao se apresentar ou ao ausentar-se aumenta a probabilidade de uma resposta (Leinig, 2009).

Um Sistema de recompensa detecta um estímulo reforçador e fortalece as conexões entre neurônios que, ao detectarem o estímulo, produzem uma resposta; ou seja, quando um indivíduo obtém algo que lhe proporciona prazer, seu cérebro vai processar as informações vindas do meio externo, que serão transmitidas através de neurônios para o sistema de recompensa. A resposta consiste no ato de usufruir desse algo prazeroso.

De acordo com Carson (2002), existe mais de um mecanismo de reforço, pois são várias as regiões do cérebro que podem reforçar o comportamento, como: o núcleo caudado, o putâmen, vários núcleos talâmicos e a formação reticular, entre outros. Apesar dessas regiões distintas pode-se dizer que existe uma que melhor representa o mecanismo de reforço, pois independente das partes ativadas, ela sempre será utilizada, que seria o feixe prosencefálico medial (FPM), área tegmental ventral, núcleo acumbens, hipocampo e neurônios dopaminérgicos.

O FPM é um feixe de axônios que passa pelo hipotálamo lateral e se interconecta com a estruturas prosencefálicas, mesencefálicas e com outros axônios, e contém axônios dopaminérgicos, noradrenérgicos e serotonérgicos. Os neurônios dopaminérgicos têm grande importância, uma vez que suas principais origens vêm da substância negra e da área tegmental ventral; embora os corpos celulares estejam em grupos compactos, os axônios ramificam-se extensivamente podendo originar várias centenas de milhares de botões terminais, ou seja, um grupo compacto de neurônios pode atingir um enorme número de neurônios em várias regiões do cérebro.

Assim como há vários tipos de mecanismos, há também vários sistemas que fazem parte do reforço. O sistema mesolímbico e o mesocortical são dois dos mais importantes desses sistemas. O mesolímbico se encontra na área tegmental e é composto por um conjunto de neurônios dopaminérgicos que tem seus botões terminais no núcleo acumbens, na amígdala, no septo lateral, no hipocampo e no bed nucleus.

Já o mesocortical é parecido com o mesolímbico, mas diferencia-se em relação aos locais onde se encontram os botões terminais que seria no córtex cerebral e no hipocampo.

O fato de planejar algo bom ou de pensar em algo prazeroso gera prazer. O córtex pré-frontal está envolvido em idealizar estratégias, fazer planos, julgar adequadamente seu próprio comportamento e assim por diante. Na ligação com a área tegmental ventral há um secretamento de glutamato, um neurotransmissor excitatório, que aumenta a frequência da quantidade de dopamina que os neurônios dopaminérgicos liberam ao núcleo acumbens.

A presença de reforçadores naturais como água, alimentos e parceiros sexuais estimula a liberação de dopamina no núcleo acumbens. A estimulação usual dessa região ocorre em estado de impulso particular, ou seja, a comida serve como estímulo de reforço apenas quando o indivíduo estiver com fome.

Quando acontecem coisas boas (isto é, quando ocorrem estímulos reforçadores), os mecanismos de reforço no cérebro tornam-se ativos e os estabelecimentos de alterações sinápticas são facilitados.

Reforço negativo ou reverso:

O reforço negativo ocorre quando um comportamento desliga ou reduz um estímulo aversivo; se existe algo que está incomodando um indivíduo e ele, através de um comportamento encontra um meio de reduzir ou parar o incômodo, consequentemente esse comportamento será reforçado. (Dalgallarrondo, 2008)

Um grande exemplo de reforço natural, reverso ou negativo é o estresse. Em 1990, foi comprovado que o estresse em si pode dar prazer quando uma pessoa se coloca em alguma situação perigosa, mesmo sendo voluntariamente, pois o cérebro toma providências disparando reações de estresse que preparam o corpo para o que pode ou vai acontecer.

O cérebro sente prazer em experiências estressantes, pelo fato de perceber que conseguiu sair das próprias situações.

Dependência, drogas e o sistema de recompensa:

A palavra adição (*addiction*) deriva da palavra latina *addicere*, “condenar”. Aquele que é adicto de uma droga está, de alguma maneira, condenado a uma pena de escravidão involuntária, sendo obrigada a suprir as necessidades de sua dependência a ela (Carson, 2002, p. 583).

Existem algumas vertentes em relação ao que gera dependência em uma pessoa. Uma delas seria os efeitos negativos causados pela suspensão de uma droga gerando distúrbios físicos e por isso a necessidade de usar novamente. Por outro lado há quem defenda a ideia de que a dependência é gerada pelo sentimento de satisfação que consequentemente leva a pessoa a ter uma necessidade psíquica de usar cada vez mais para produzir prazer ou evitar desconforto. Essas duas alternativas representam o significado de sintomas de abstinência e tolerância (Sadock, 2007).

A dependência caracteriza-se por desejo obsessivo, tolerância aumentada, síndrome de abstinência e alteração no sistema de recompensa, de modo que a pessoa perde o controle e, a partir disso, seu comportamento passa a orbitar ao redor da razão que causou toda essa disfunção. É uma situação psicoafetiva que provoca um estado desejado de euforia e satisfação, ou a recusa de sofrimento, que o indivíduo não encontra no dia-a-dia. Um desejo compulsivo ou uma necessidade incontrolável de consumir a droga, independente de quais sejam os meios influência psicológica e/ou fisicamente quanto a seus efeitos.

Segundo Herculano-Houzel (2007), o principal problema das drogas reside no fato de como o cérebro reage a elas, exigindo cada vez mais drogas para cada vez menos prazer.

As drogas psicotrópicas agem diretamente sobre o sistema de reforço, ativando-o a um nível de outro modo não alcançado, gerando desequilíbrio no sistema que se defende tornando-se cada vez menos sensível, passando a ser cada vez menos eficaz.

O sistema dopaminérgico deprime, pois há um excesso de ativação que desregula o sistema.

E como já foi relatado, a liberação de dopamina é uma condição necessária para que ocorra o reforço positivo.

Jessell (1997) afirma que as drogas psicoativas aumentam o nível de dopamina, servindo assim como reforço. A cocaína, por exemplo, eleva o nível de dopamina no núcleo acumbens, bloqueando o transportador da dopamina e prolongando o tempo que a dopamina fica na fenda sináptica.

Com exposição prolongada às drogas, o que antes era considerado normal no prazer gerado pelo sistema de recompensa, agora depende de uma estimulação externa para ser atingida.

Cocaína, heroína, álcool, nicotina, maconha e similares agem diretamente sobre o sistema de recompensa no cérebro, aumentando a

quantidade de dopamina disponível para ativar o sistema. A dopamina pode chegar a ser dez vezes maior que a encontrada durante os prazeres cotidianos. Consequentemente é gerado um êxtase muito grande. (Ribeiro, 2007)

A droga altera o ponto de equilíbrio do sistema de recompensa de tal maneira que leva a tolerância à droga, gerando a busca de uma nova dose: com ou sem drogas o mesmo grau de prazer, ou recompensa, será atingido.

Tolerância

A tolerância é a redução do efeito da droga fazendo com que o usuário busque uma quantidade cada vez maior para obter o prazer desejado.

A tolerância se dá na tentativa de o cérebro compensar os efeitos da droga, na medida que o nosso corpo possui um sistema de homeostáticos que formula esse processo. “O uso prolongado de todas as drogas que provocam dependência acarreta uma dessensibilização dos efeitos reforçadores” (Carlson, 2002, p. 587).

As drogas potencializam os efeitos de reforço da estimulação elétrica cerebral, a frequência dos pulsos de choques para produzir um determinado nível de estimulação de recompensa é reduzida (KANDAL, 1997, p. 499).

Também é válido dizer que sem estresse não há formação de vício; o cérebro usa a presença de hormônios do estresse como condição para se deixar viciar. Mas a questão não é o estado de espírito da pessoa, pois a própria droga estimula esses hormônios.

As drogas que provocam dependência reforçam o comportamento de um indivíduo. Elas têm efeitos reforçadores, isso quer dizer que, se um indivíduo ingerir uma droga por uma via rápida como injeção ou inalação, e essa droga ativar o sistema de reforço, a última resposta emitida será reforçada, ou seja, o ato de ingerir a droga será reforçado.

A eficácia de um estímulo reforçador é maior quando ele ocorre imediatamente após uma resposta (Dalgalarondo, 2008).

As drogas que têm um efeito mais rápido, têm maior capacidade de induzir o usuário à dependência. Um usuário prefere heroína à morfina, não porque ela é “diferente” e sim porque tem um efeito mais rápido. Se uma droga é ingerida por uma via de ação lenta, o reforço pode ocorrer, mas o processo é mais complicado, pois o efeito da droga não

estará diretamente ligado a uma ação momentânea e sim a uma ação que aconteceu a um determinado tempo.

Abstinência

A síndrome de abstinência é um conjunto de sensações de mal-estar que fazem com que o comportamento passe a se dirigir totalmente à obtenção de mais estímulos para o sistema de recompensa. (Ramos, 1997)

A falta da droga ou a abstinência provoca fome, irritabilidade, problemas de sono, agitação, ansiedade, depressão, dor de estômago, perda de apetite, apatia, ideias suicidas, alucinações e delírios, entre outros.

Sintomas de abstinência são o efeito oposto da droga uma droga que cause euforia e relaxamento tem como sintomas de abstinência a disforia e a agitação.

Os sintomas de abstinência são desagradáveis quando o usuário ingere a droga para reduzir esses sintomas, ele está usando o reforço negativo. Pode-se dizer que esse é mais um fator para a dependência da droga. Por outro lado, não são somente os sintomas de abstinência que podem levar uma pessoa a ter um reforço negativo, levando-a a usufruir da droga, um sentimento desagradável pode levá-la ao uso de uma droga somente para não sentir o sentimento ruim.

Uma droga que reduza os sintomas desagradáveis da abstinência, sem dúvida alguma, exercerá um papel importante na manutenção da dependência, mas esta não é a única causa.

Biopsicossocial e o dependente:

Indivíduo não é apenas um sistema cerebral; por mais que haja uma necessidade fisiológica, existem fatores que influenciam o processo terapêutico, como o social que se relaciona à interação com outras pessoas. Nesse contexto, podem-se verificar motivos de agressão, reprodução, de prestígios e de dominação, como o psíquico, os motivos do Eu, a busca da realização, do prazer.

O Id não tolera tensão, por isso se há algum acúmulo ou aumento deste, o Id tentará de algum modo reduzir esta tensão, pelo princípio do prazer (Freud, 1996). O estresse pode ser um estímulo para o uso da droga, pelo fato do drogadito querer usar a substância para esquecer os seus problemas.

A questão social interfere muito na influência do uso da droga pelo indivíduo, como a desunião familiar, o abandono, a carência afetiva e educativa, bem como frustrações.

De acordo com Leinig (2009), a dependência é considerada um estágio de grande necessidade, de tal maneira que leva o usuário ao crime para obter a droga.

Mas quem, em plena consciência, escolheria tornar-se dependente de uma droga que produz um efeito agradável por um período curto de tempo, mas que também produz efeitos adversos como a perda de um emprego e posição social, problemas legais e prisão, danos à saúde e até a morte prematura? A resposta é que para alguns o efeito imediato sobrepe-se aos efeitos adversos.

Para Corrêa (2004), o homem pela sua própria natureza, tem buscado através dos tempos alternativas para aumentar seu prazer e diminuir o estresse.

Rigotto e Gomes (2002) se referem a três condições que se relacionam com a decisão de um indivíduo para usar drogas. A primeira refere-se ao abuso, por pouco tempo, de drogas muito leves e que a simples mudança nas circunstâncias de vida do adicto pode levar a remissão completa. A segunda refere-se ao consumo de drogas severas que leva o usuário ao “fundo do poço” e com isso vem a tomada de decisão de que precisa melhorar de vida. A terceira é quando o adicto rompe com hábitos enraizados. Esses três caminhos levam aos seguintes aspectos: adoção de comportamentos substitutos que venham competir com a adição, disponibilidade para supervisão compulsória, engajamento em projetos significativos e recuperação da autoestima.

O grande desafio na recuperação é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores. O termo reestabelecer significa uma reaprendizagem para viver sem drogas e encontrar sentido em atos corriqueiros e habituais.

Para Zaleski (2006), os desafios relacionados ao tratamento da dependência química tornam-se ainda maiores quando existe comorbidade, ou seja, quando o paciente possui um quadro psiquiátrico associado. As comorbidades mais comuns incluem os transtornos de humor, de ansiedade, de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, esquizofrenia, transtornos alimentares e transtornos de personalidades.

Estudos sugerem que o tratamento integrado de pacientes com comorbidades psiquiátricas tem um melhor resultado do que o tratamento sequencial ou paralelo, com uma abordagem abrangente, incluindo

manejo da crise aguda por equipe multidisciplinar e por terapeuta individual.

De acordo com Dijkstra (2004), o tratamento de pessoas que sofrem de abuso de substâncias, derivam da ideia de que o tratamento só pode ajudar uma pessoa se existir um conhecimento tácito do cliente; de suas condições físicas, sua história de vida, seus transtornos psiquiátricos, sua situação pessoal e seu funcionamento social.

O prazer e o prazer musical:

Aulagnier (1979) salienta que o funcionamento psíquico, na fase inicial da vida, se dá de acordo com três processos – o processo originário, que evolui para o primário e depois passa para o processo secundário. Cada processo forja uma imagem da realidade que vem necessariamente coerente a sua estrutura. No processo originário não há nenhuma noção do eu e o outro, de espaço interno ou externo; no primário, é imposto à psique a existência de um outro espaço fora de si mesmo, tudo o que existe é feito da onipotência da existência do outro; no secundário tudo o que existe tem uma causa inteligível, acessível pelo discurso.

Cada processo não elimina os anteriores que sempre irão existir no psiquismo e vão influenciar ao longo da vida.

Como ainda não existe nada fora de si mesmo, o recém-nascido não tem como metabolizar a realidade se não como algo ligado a ele mesmo. Nesse processo originário é fundamental que exista a experiência de prazer para que se torne possível a passagem para fases posteriores.

A experiência inaugural de uma vivência de prazer, devida à função da atividade sensorial, fonte original de um prazer (de experimentar, ouvir, ver, sentir, tocar), é condição necessária e causa do investimento de uma função corporal (Aulagnier, 1979 p. 50).

A partir da primeira experiência do prazer em uma determinada zona, todo prazer torna-se global de todas as zonas. No originário existe um “prazer de ouvir”, que se relaciona com a qualidade audível, no qual a voz materna é a principal referência, e não a sua significação.

A partir do momento em que em que o originário do recém-nascido corresponde com o secundário da mãe, tem-se primeiro efeito a entrada em ação do processo primário. Nesse, a psique é confrontada à obrigação de reconhecer que o seio é um objeto separado do próprio

corpo e consequentemente sua posse não é garantida. A ausência desse seio é sentida como desprazer. Todo existente é fruto de um desejo, o desprazer, cuja experiência é inevitável e indesejável só pode ser atribuído ao desejo do outro. O estado de desejo supõe um estado de falta. A falta do seio, e, portanto a experiência do desprazer, é que pode conduzir o bebê a realidade. Quando a diferença entre o desejo materno e o desejo do bebê desaparece, ou torna-se muito pequeno reduz-se perigosamente a cena da fantasia e a da realidade, redução esta que está no centro do fenômeno psicótico.

A voz da mãe começará a ser relacionado de acordo com o resultado de prazer ou desprazer que o bebê terá. Sendo prazerosa, começa a existir o “desejo de escutar”.

Toda a lógica e compreensão do bebê em relação ao primário vai se desencadeando o processo secundário, que visa adequar o discurso à lógica do primário. O escutado, nessa transição será a fonte de prazer se for uma mensagem de amor no outro, e somente o prazer que vai permitir o investimento da linguagem implantando assim o processo secundário.

No secundário existe o reconhecimento de que não é apenas duas faces do desejo da mãe (da ou negar prazer), mas que existem vários significados em seu discurso. O conjunto de definições da realidade, formuladas pelo discurso cultural, vai permitir a representação do mundo, e não o conhecimento do mundo em si.

Freud (1996) divide a vida mental em consciente e inconsciente, e propõe o conceito de id, ego e superego.

O id desconhece o julgamento de valores, o bem e o mal, a moralidade, busca a satisfação imediata sem tomar conhecimento das circunstâncias da realidade, funciona de acordo com o princípio do prazer, com o intuito de reduzir a tensão mediante a busca do prazer e evitando a dor.

O ego serve como mediador, um facilitador da interação entre o id e as circunstâncias do mundo externo. O ego representa a razão ou a racionalidade, ao contrário da paixão insistente e irracional do id. Enquanto o id anseia cegamente e ignora a realidade, o ego tem consciência da realidade, manipula-a e, dessa forma, regula o id. O ego obedece ao princípio da realidade, retraindo as demandas em busca do prazer até encontrar o objeto apropriado para satisfazer.

O superego representa a moralidade e se desenvolve desde o início da vida; quando a criança assimila as regras de comportamento ensinadas pelos pais ou responsáveis mediante o sistema de recompensas e punições, o comportamento é determinado pelo autocontrole.

Observe-se então, que, obviamente, o superego estará em conflito com o id. Ao contrário do ego, que tenta adiar a satisfação do id para momentos e lugares mais adequados, o superego tenta inibir a completa satisfação do id.

O id contém a energia psíquica básica, ou a libido, e se expressa por meio da redução de tensão. Assim, agimos na tentativa de reduzir essa tensão a um nível mais tolerável. Para satisfazer às necessidades e manter um nível confortável de tensão, é necessário interagir com o mundo real. Portanto, é necessário estabelecer alguma espécie de ligação adequada entre as demandas do id e a realidade.

A partir dessas ideias, é possível relacionar o que Freud (1933) e Aulagnier (1979) afirmam: o id com o originário, o ego com primário e o superego com o secundário.

Costa (2010), em sua experiência com pacientes psiquiátricos relata que embora o sujeito, sendo adulto, já tenha adquirido capacidade de distinguir o dentro e o fora, parece completamente em seu mundo interior, negando a realidade externa (no texto ela não diz isso, mas gostaria de colocar que os dependentes químicos também são assim). Mas apesar disto, é atingido pelo som, que pode ser uma fonte de prazer.

O “prazer de ouvir” é o primeiro investimento na sonoridade, e este investimento leva o esquizofrênico a perceber que existe algo exterior que propicia este prazer, a música. O prazer de ouvir música conduz ao desejo de fazê-la. Esboça-se a consciência de que o prazer depende da ação tanto do sujeito quanto do outro, e a música começa a ser reconhecida como intermediadora do relacionamento com o grupo. O importante não é apenas o “fazer música”, mas o “fazer com”. O indivíduo passa a se perceber como sujeito que participa e tem seu papel na produção musical grupal. Essa etapa assemelha-se ao “desejo de escutar” proposto por Aulagnier (1979).

Costa (data) afirma ainda que é possível levantar a hipótese de que a música permite trazer à tona a musicalidade primeva e, nesta nova vivência, a sonoridade é introjetada como prazer. A oportunidade de vivenciar fases muito arcaicas de formação do ego possibilita a inserção no discurso, e contribui para a (re) construção da identidade ou (re) constituição do sujeito.

Sekeff (2007) e Bruscia (2000) afirmam que a música é um recurso que faculta a expressão do “eu” mediante simbolismos. Cada elemento musical representa simbolicamente um aspecto particular da personalidade, e cada processo musical corresponde a um processo psicológico.

A música propicia o exercício da espontaneidade, da criatividade, do desenvolvimento e da formação de vínculos sociais. É uma experiência na qual fantasia e realidade se encontram intimamente ligadas. É um recuso de desenvolvimento pessoal, equilíbrio, estímulo e integração do indivíduo ao meio que vive. Constitui o verdadeiro objeto material que, entrando pelo ouvido enraíza-se no eu, insere-se num esquema afetivo, estimula atividades corporais e, por sua ludicidade permite ao ouvinte se revelar na escuta sem que ele mesmo se dê conta.

Costa (1979) alega que a preocupação com o resultado da produção musical indica um início de atribuição de sentido à música produzida. Esta modificação ocorrida conduz a uma nova fase, em que cada um começa a falar sobre si mesmo, seus sentimentos, suas relações interpessoais, em linguagem adequada.

A música pode também proporcionar estados alterados da consciência, mas para que isso ocorra é necessário que haja uma combinação dos elementos musicais, e a significação do momento vivenciado (Wigram, 2002).

Cabe resaltar que a maioria dos dependentes químicos desenvolvem alguma comorbidade, e mesmo aqueles que não desenvolveram alguma patologia psíquica, existe uma característica em comum entre esses dois públicos, que é a procura do isolamento. Seu Ego não consegue consolidar suas demandas com as demandas do outro.

Costa (1979) desenvolveu um trabalho musicoterápico com pacientes psiquiátricos, e relata que a relação do prazer musical no processo de desenvolvimento biopsicossocial de seus pacientes. Ela divide a relação do prazer musical em três momentos, e correlaciona com o princípio do prazer.

O primeiro é o prazer do fazer, que implica nos atos determinados pelo prazer ou desprazer proporcionados pela representação da ação a realizar ou pelas suas consequências. Os sons causarão prazer ou desprazer dependendo da qualidade sonora, não atribuindo a nenhuma fonte exterior. Sem o prazer de ouvir, o que acontece no originário, não é possível transformar o som puro em signos. Esses significados já dão início para o primário.

O segundo momento é quando o paciente passa a dominar o fazer do prazer, percebe que é sua ação, em si prazerosa, que produz a música. O prazer sentido pelos pacientes no primeiro momento é necessário para que ele reconheça que sua ação é necessária para que esse prazer possa existir.

O terceiro momento é o fazer com, ou seja, interação com as pessoas do grupo, e não apenas uma obtenção isolada para o próprio prazer. Comparando com o princípio do prazer, esse momento relaciona-se com a voz materna da mãe que simboliza sua presença ou ausência, prazer ou desprazer, e com isso o bebê entende que o prazer só existe com o outro.

A musicoterapia no processo de reabilitação do dependente químico:

Para Bruscia (2000), a musicoterapia não é simplesmente a utilização da música, mas as experiências musicais, consequentemente, o agente da terapia não é apenas a música, mas a experiência do cliente com a música.

Em vários estudos e pesquisas realizadas sobre a musicoterapia, a música e suas experiências na reabilitação de dependentes mostram a importância dessas ferramentas para uma melhor aceitação ao tratamento e para as melhoras biopsicossociais dos pacientes.

Filho (2007) descreve sobre a importância da música para o entretenimento, para o minimizar das resistências, para melhorar a comunicação estimulando e conscientizando o indivíduo a se engajar no processo terapêutico, além de ajudar a desenvolver estratégias que capacite o usuário a um melhor manejo do problema. Na medida em que a música é uma forma universal de comunicação, busca levar o sujeito que recebe esta comunicação a um momento reflexivo, e ao mesmo tempo lúdico sobre um tema tão controverso como o uso/abuso de drogas.

Cardoso (2011, p. 91) reitera que a musicoterapia proporciona mudanças nos estados emotivos e psíquicos e canaliza as tensões para o bem-estar e fruições de atividades em conjunto, mostra capacidade de elaboração, estruturação e organização dos referenciais sonoros. “A musicoterapia funcionou como um dispositivo de Reforma Psiquiátrica, com a intenção de reconhecer as pessoas e suas realidades tais como elas são, sem dar prioridade às patologias e sem excluí-las”.

Dijkstra (2004) afirma que na musicoterapia os clientes são colocados em situações que mostram semelhanças com suas vidas diárias, porém no contexto musical isso ajuda o indivíduo a reconsiderar suas condições e suas escolhas. O autor ressalta que a musicoterapia estimula o cliente a fazer transferências desses processos musicais e experiências de aprendizagem para a sua vida diária, especialmente para desenvolver aplicações de novas estratégias de enfrentamentos em situações que podem desencadear abusos de substâncias.

Horesh (2006) pontua que a música ouvida em conjunto com as drogas são perigosas, levando o adicto a desejar a droga toda vez que escuta as músicas relacionadas a ela; a música se torna um componente na cultura de dependência. Os estímulos musicais provocam respostas emocionais e físicas, não apenas por suas propriedades musicais, mas porque a música recria uma representação mental e emocional da essência do momento em que ela foi escutada pela primeira vez, cabendo ao musicoterapeuta criar meios ao qual o paciente possa se reestruturar para chegar ao ponto conseguir ouvir ou ter cautela de que certas músicas são necessárias ser evitadas ou ouvidas com cuidados.

Considerações finais:

O trabalho aqui descrito teve como objetivo apresentar a musicoterapia como uma ferramenta para a reabilitação do dependente químico.

Ainda não existem literaturas que integram a musicoterapia no processo homeostático do sistema de recompensa de um dependente químico. Mas através das informações de como o prazer musical influencia na reestruturação da psique, pode-se levantar a hipótese de que esta, por meio da ação da música, pode ajudar na reestruturação fisiológica do sistema de recompensa.

Conhecer cada área do dependente químico é fundamental para o musicoterapeuta: reações fisiológicas, emocionais, psíquicas e comportamentais, todavia o musicoterapeuta também tem de conhecer a fundo suas ferramentas.

Essa pesquisa teve como foco o prazer como peça fundamental para reabilitação do dependente, entretanto a música, seus elementos e sua experiência vivida abrange muitas áreas além do prazer. Cabe ao musicoterapeuta orientar os pacientes da importância da música no seu processo de abstinência, sabendo que existem músicas que estarão ligadas ao uso da droga, proporcionando ao cliente a melhor maneira de desvincular essa ligação.

É necessário que o musicoterapeuta tenha conhecimento do seu material e o que ele pode desenvolver para o dependente químico, sabendo como usá-lo; a música pode proporcionar estados alterados da consciência, por isso esse profissional precisa ter domínio sobre as técnicas e recursos usados para trabalhar com seus pacientes.

Que o presente trabalho possa estimular os profissionais da área, e possam desenvolver projetos que comprovem a importância da musicoterapia na recuperação do dependente químico.

A musicoterapia utiliza a música e suas experiências como forma de tratamento. A sonoridade, introjetada com o prazer, traz a possibilidade de um relacionamento com o outro, ajudando no processo de reestruturação da psique.

Referências:

- ALMEIDA, R. M.; PASA, G. G.; SCHEFFER, M.; Dependência do álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Rev. Brasília, v. 26, n. 3, p. 533 – 541, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>
- AULAGNIER, Piera. *A violência da interpretação: Do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1979.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R.; *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo, Roca, 2004.
- BROLESE, G.; CAFRUNI, K. H.; LOPES, F.; Tratamento não farmacológico para Dependência Química. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, v. 14, n. 1, p. 10-19, 2014
- BRUCHER, R. *Drogas e sociedade dos tempos da AIDS*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.
- BRUSCIA, K. *Definindo musicoterapia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CARDOSO, L. N.; CUNHA, R. R. S; Trocas afetivas e psicossociais em musicoterapia: Grupos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*, Curitiba v. 2, p. 74-94. 2011.
- CARLSON, N. *Fisiologia do comportamento*. Barueri: Manole, 2002.
- CATANIA, A. C. *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
- CHALUB, M.; TELLES, L. E. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 28, p. 69 -73, 2006.
- CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CORRÊA, A. K.; MARTINS, E. R. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Rev. Ribeirão Preto, v. 12, n. spe, p. 398-405, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700015>
- COSTA, M. Clarice. *Música e Psicose*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2010.
- COSTA, M.; NEGREIROS, M. Musicoterapia - Uma pesquisa sobre sua utilização com pacientes esquizofrênicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 33, n. 3, 1984.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIJKSTRA, I. & HAKAVOORT, L. Como tratar com a música?

Reforçando estratégias de enfrentamento na musicoterapia com clientes que sofrem com problemas de dependência química. *Music Therapy Today*. V. 5 November 2004. Disponível: <http://musictherapytoday.net>

EHRENZWEIG, A. *Psicanálise da percepção artística*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

ESPERIDÃO, A. et al. Neurobiologia das emoções. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Rev. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 55-65, data. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000200003>

FILHO, A. B; COELHO, C. L; ÁVILA, L. A; Música removendo barreira e minimizando resistências de usuários de substâncias. *Revista da SPAGESP*. v. 8, n. 1, p. 14 – 24, 2007.

FREUD, S. *A dissecção da personalidade psíquica [1933]*. In: Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

GOMES, W. B.; RIGOTO, S. D. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Rev. Brasília, v. 18, n. 1, p. 95- 106. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100011>

GORDON, G. R.; MARLATT, G. A. *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. *Sexo, drogas, rock'n' roll e Chocolate: O cérebro e os prazeres da vida cotidiana*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2007.

HORESH, T. Música Perigosa: Trabalhando com os Poderes Destrutivos e de Cura da Música Popular no Tratamento de Abusadores de Substância in ALDRIGE, D.; FACHNER, J.; (ed.) *Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addiction*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

JONES, Gareth. *Nosso frágil cérebro*. São Paulo: Diagrama e texto, 1984.

KANDEL, Eric R; SCHWARTZ, James H; JESSELL, Thomas M. *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Koogan, 1997.

KOLB, Bryan; WHISHAW, Ian Q. *Neurociência do Comportamento*. Barueri: Manole, 2002.

LEINIG, Clotilde E. *A música e a ciência se encontram*. Curitiba: Juruá, 2009.

- RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RIBEIRO, P. L.; ANDRADE, A. G. *Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SEKEFF, M. L. *Da música: Seus usos e recursos*. 2. ed. São Paulo, Editora Unesp, 2007.
- TORRES, N. M. A química da dependência e as dependências-tóxicas. Para um modelo bio-psico-social. *Revista Toxicodependências*. Ed. IDT, v. 9, n. 1, p. 29-45, 2003
- WIGRAM, T; PEDERSEN, I; OLE BONDE, L. *Models and methods of Music Therapy: A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- ZALESKI, M. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 28, n. 2, p. 8 -142, 2006.