

NEUROACÚSTICA APLICADA NO TRATAMENTO DE UMA PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO PÂNICO

COUTO, Maria Lílian Soares^a
SOUZA, Elizabeth Siveira Castro Baptista^b
DEPAULA, Marcelo Peçanha^c

^a médica, anesthesiologista e homeopata.
^b musicoterapeuta, professora e autora.
^c psicanalista, autor do Método Neuroacústica.

RESUMO

A utilização dos sons gravados nos discos de áudio do Kit *Neuroacústica* (Estimulação e Integração dos Hemisférios Cerebrais*) é a causa mais provável da remissão de um caso Transtorno de Pânico. A metodologia da pesquisa seguiu os passos do estudo de caso, onde viabilizou-se estabelecer o confronto entre teoria e prática, visando comprovar a influência dos Estímulos Auditivos Dirigidos sobre patologias com diagnósticos de psiquiatria através do processamento de informações de memórias traumáticas.

Palavras-chave: Neuroacústica - Psicoacústica - Estímulo auditivo dirigido - Processamento de informações - Transtorno de Pânico.

Contato dos autores:

Maria Lílian Soares Couto^c
E-mail: mliliancouthotmail.com

Elizabeth Siveira Castro Baptista de Souza^b
E-mail: bethmusicoterapeuta@terra.com.br

Marcelo Peçanha de Paula^c
E-mail: marcelodepaula@neuroacustica.com

1. Introdução

O Kit *Neuroacústica: Estimulação e Integração dos Hemisférios Cerebrais* é um método original de intervenção por meio de estímulos sonoros elaborados com tecnologia de sons 3D (sons tridimensionais) de modo a construir por modalidade auditiva os mesmos resultados obtidos com a estimulação visual e cinestésica do modelo de Processamento de Informações nas memórias traumáticas e bloqueios emocionais causados por eventos de alto impacto emocional (DEPAULA⁴, 1997; SERVAN-SCREBER, 2004).

O Kit, contém 3 CDs composto por *Parte 1 – Estimulação dos Hemisférios Cerebrais*, *Parte 2 – Integração do Hemisférios Cerebrais* e *Parte 3 – Estimulação/Integração dos Hemisférios Cerebrais* (DE PAULA², 1998). A literatura disponível sobre a Neuroacústica ainda é escassa e sua confirmação científica enquanto método de intervenção em memórias traumáticas ainda necessita maiores estudos sobre suas aplicações e benefícios. Há duas modalidades diferentes neste seguimento: linha condutiva e linha indutiva.

O processo de estimulação auditiva indutiva incorpora as séries metodológicas de “brainwaves” (ondas cerebrais), “neuralbeats” (binaural) e “neurofeedback” (EVANS & ABARBANEL, 1999; ADD CENTRE, 2003) parte integrante do “biofeedback” (Fuller, 1977), método de retroalimentação do organismo sobre si mesmo e seu estado de funcionamento.

O fenômeno binaural é utilizado, entre outras coisas, como um método diagnóstico nos Testes Dicóticos, o *Teste de Fusão Binaural*, dentro da fonoaudiologia (AQUINO, 2002).

O princípio de ação da neuroacústica indutiva é a ressonância por batimento de frequências, modulando o funcionamento elétrico do cérebro.

Segundo Russo (1999), o batimento é obtido quando duas frequências diferentes e fora de fase (180°), as duas interferem destrutivamente em vez de se reforçarem. A consequência da alternância entre reforço e interferência destrutiva é uma aumento e uma diminuição periódicos na amplitude da onda resultante e essas mudanças são chamadas de batimento.

Desse modo, segundo Speaks (1992), mesmo que haja somente duas ondas senoidais, com frequência de 496 Hz e 500 Hz, sendo transmitidas no meio, o ouvinte perceberá um terceira frequência de 498 Hz, cuja intensidade varia numa taxa de 4 vezes por segundo, dando-lhe a impressão de que o som não é contínuo e sim modulado, pulsátil.

É justamente estas 4 vezes por segundo, neste exemplo o resultado absoluto da diferença de 496 Hz e 500 Hz, de oscilação, que induzem o cérebro a trabalhar eletricamente pela diferença proporcionada pelo batimento, fenômeno conhecido como ressonância. Assim, para induzir o funcionamento do cérebro, eletricamente, a uma determinada onda, delta, por exemplo, basta fazer com que utilizando um fone-de-ouvido (*headphone*, ou *earphone*) de boa qualidade um indivíduo ouça duas frequências diferentes, uma em cada orelha, cuja diferença em Herz seja correspondente à frequência da onda desejada.

O Sistema Neuroacústica produzido por DePaula¹ (1997), atua na linha condutiva. Nesta metodologia os estímulos não induzem o cérebro a atuar em determinada frequência e sim parte de um paradigma onde ao que indica a observação, estimula e integra, os hemisférios cerebrais conduzindo para aquela onda cerebral mais adequada aos padrões funcionais que o organismo deste indivíduo necessita naquele momento.

O uso do método Neuroacústica na linha condutivo foi iniciado a partir de

1997 quando confeccionou-se os primeiros Kits. O primeiro material escrito pelo autor sobre o assunto foi “Processo Terapêutico Integrado: Neuroacústica”, DePaula² (1998) que contém instruções, em forma de manual, orientando e propondo protocolos para o melhor aproveitamento. Faz parte de uma série de escritos reportando à Menteologia[®] como uma nova proposta de abordagem terapêutica integrada.

O “princípio ativo” do CD de *Estimulação dos Hemisférios Cerebrais* é a presença de um som que alterna nos canais estéreos (esquerda e direita), consecutivamente, num intervalo regular aplicado sobre música incidental tridimensionalizada tendo como finalidade envolver a consciência e atenuar o incômodo que algumas pessoas sentem ao serem submetidos a estímulos contínuos e intermitentes.

A *Integração dos Hemisférios Cerebrais*, CD Parte 2, através de um estímulo que se desloca de uma orelha a outra, continuamente, dando ao sujeito a sensação auditiva de que o som transita dentro de sua cabeça a cada vez que se desloca de uma orelha a outra. Este tipo de estímulo auditivo é chamado de som transiente e seu efeito é possível mediante a utilização de um recurso de áudio chamado *FADE OUT* e *FADE IN* em cada canal de áudio do estéreo (esquerdo e direito). Também neste caso é aplicado, junto com o som integrador, uma camada de música incidental tridimensionalizada para envolver a consciência e evitar desconfortos aos usuários.

A Neuroacústica também tem sido utilizada nas terapias reorganizativas em casos de lesão adquirida como AVC isquêmico e hemorrágico, com diagnóstico de afasia e disartria. Os resultados, embora dignos de nota e significativos, ainda não possuem uma base estatística sólida para medir sua eficácia e sua relevância enquanto método coadjuvante à neuropsicologia e fonoaudiologia.

As metodologias reorganizativas também surgem na literatura como reabilitação. A sistematização de trabalhos transdisciplinares e multidisciplinares é complexa além de se tratar de um novo campo de trabalho e as pesquisas disponíveis ainda são insuficientes. Neste trabalho de Reabilitação Neuropsicológica sistematizada, Abrisqueta-Gomez & Santos (2006), consolidam a prática e a teoria num só compêndio.

Nos casos de lesão não-adquirida, a exemplo do Parkinson e Déficit de Atenção, o que podemos registrar é a coincidência da evolução positiva em distúrbios que interferem nos circuitos dopaminérgicos. O uso dos estímulos Neuroacústica[®] tem proporcionado melhoras em alguns casos.

Na conexão dos sistemas dopaminérgicos na coordenação motora fina e na memória e suas possibilidades em relação à música pode-se encontrar em , Levitin (2006), boas referências.

Baseado nas contribuições dos estímulos auditivos dirigidos (EAD) nos casos, acima citados, e os benefícios dessas contribuições. O presente estudo de caso traz como proposta a avaliação do caso da paciente M.L.G.V., baseada na percepção dos profissionais envolvidos. Análise realizada sob a ótica da psicoterapia, da musicoterapia e da medicina complementar.

2. Histórico do paciente

Paciente com 41 anos. Casada. Um filho. Procurou atendimento musicoterápico a 19 de abril de 2007, ao ter conhecimento de um trabalho da co-autora: “O uso dos sons e da música para o bebê” Souza (2005). O tema, segundo ela, chamara a sua atenção, por ter sido, ela mesma, um bebê prematuro. Contava obter ajuda para entender e tentar solucionar certos problemas que vinha enfrentando. A principal queixa referia-se

ao medo que a paciente afirma acompanhá-la desde a infância.

A paciente alega que a mãe enfrentava problemas familiares, no período de sua gravidez, relacionados a sogra e a cunhada. Devido ao choque anafilático sofrido pela parturiente, o parto foi difícil, demorado. E o bebê, ao nascer pesava 1.400kg e media 44 cm. Em virtude de problemas respiratórios o bebê permanecera na estufa por uma semana.

Relatou que, durante a infância, era cercada de inúmeros cuidados, por parte das babás, visto que sua mãe viajava muito, inclusive para acompanhar o pai em viagens de negócios.

Aos dez anos, tivera NEFRITE, com febre constante que exigia a presença e o colo da sua mãe, mas a cura fora rápida.

Depois de adulta, casada e grávida, tivera fortes dores nas articulações (cotovelo, dedos das mãos e tornozelos), tendo sido diagnosticada como portadora de LUPUS. Que, por causa da doença, sua gravidez tivera acompanhamento de ginecologista, cardiologista e hematologista. Que coubera a este último o diagnóstico, o acompanhamento e a constatação final do surpreendente desaparecimento dessa doença, quatro meses após o nascimento de seu filho, hoje com onze anos. Que até receber o resultado do exame FAN – Fator AntiNuclear – muito angustiada, tivera fortes dores no peito, falta de ar, sudorese e dor forte nas articulações, o que já era sugestivo do desenvolvimento de fobias. A cura se deu independente de medicação, pois os sintomas desapareceram após ele comunicar-lhe que ela não mais portava o Lupus.

A paciente fez questão de enfatizar que o parto do filho foi difícil. E que ela, a exemplo da mãe, quase morreu, na ocasião. Contou que a placenta se calcificava, o que teria forçado a médica ginecologista a induzir o parto, prematuramente. Teria tido parada

respiratória, não presenciando o nascimento do filho. Mas o atendimento pronto de uma ótima anestesia lhe proporcionara a superação dos momentos difíceis do parto, que durou seis intermináveis horas.

2.1. Histórico da Doença Atual

A principal queixa da refere-se ao fato de que há 23 anos vem-se submetendo a tratamentos variados para controlar suas fobias, cujos sintomas apareceram na pré-adolescência. Sendo iniciados aos 13 anos, quando deitada, após o almoço, para um pequeno descanso no sofá da sala, cochilava e lhe veio, pela primeira vez, a estranha sensação de ver seu corpo duplicado. E de sair dele. Depois disso, por várias vezes, viu-se ausentar de seu corpo, observando-o à distância. Sentia-se ao mesmo tempo em dois lugares. E incapaz de impedir ou reverter aquela situação. Daí por diante, quando começava a adormecer, a possibilidade de se repetirem tais sensações a apavorava.

Essa sensação passou a gerar na paciente o medo de dormir, a principio à tarde, logo estendendo este medo também ao sono noturno. Nesta época, a irmã, com quem dividia o quarto de dormir, foi estudar fora, restando ela sozinha com os pais, em casa. A sensação de duplicidade, na primeira fase do sono, tornava-se cada vez mais freqüente e apavorante. A mãe passou a dormir com ela, parte da noite.

Passou a resistir ao sono, mantendo-se acordada, nas madrugadas, lendo revistas. Foi então levada pelos pais “a um psicólogo que bocejava” enquanto ela narrava seus padecimentos. Abandonou a terapia. Passou, no entanto, o resto da adolescência buscando libertar-se dos condicionamentos da infância, incorporados mais por ela do que por sua irmã. Rebelava-se contra as advertências constantes de medos e perigos, vindas principalmente do seu pai. Apesar da estreita convivência com os pais,

empenhava-se por autonomia. As desagradáveis sensações de pânico iam sendo abafadas pelos primeiros namoros. Ia-se sentindo mais independente.

Logo se casou, levando com ela os sintomas, que passou a compartilhar com o marido. Passou a ter visões, na cama, à noite, o que a deixava imobilizada. Não conseguia gritar ou pedir socorro ao marido adormecido. Tais sintomas provocavam nela um desconforto tão forte que buscou tratamento psiquiátrico e hipnoterapêutico. Segundo a paciente, não tendo observado melhora significativa, não persistiu em nenhum deles.

2.2. Histórico de Medicamentos

Nos últimos anos, vinha usando ALPRASOLAN e CLONAZEPAM, 3 vezes ao dia. Recentemente, começou a tratar-se com uma psicóloga e hipnoterapeuta. No entanto, o medo de se entregar à hipnose (relata uma “paralisação apavorante” (*) com ela), a levou a abandonar as sessões. Ou talvez, esteja se rebelando contra o fato de que foi “condicionada a ser boazinha para ser aceita”.

A paciente relatou situações extremamente constrangedoras e preocupantes de sua vida recente. Inúmeras vezes, na rua, tem tido sensação de pernas imobilizadas, corpo dormente, respiração e coração disparados, boca seca e sensação de morte. Já chegou a ser hospitalizada, em decorrência disso. Desde então, não caminha sozinha pelas ruas, não entra em lojas, nem mesmo em supermercado. E, se insiste, não consegue nem ir de uma prateleira a outra.

Para sair de casa só na companhia de um motorista habilitado. O filho de 11 anos é o companheiro e cúmplice que a socorre, nessas ocasiões. Na falta do marido ou do pai, é o menino que a acompanha e a tranqüiliza nas compras. De mãos dadas com ele, sente-se segura.

2.3. Análise das necessidades Psicobiológicas

Após o início do tratamento, em sessões semanais, foi possível traduzir seus anseios para: “Tenho medo das pessoas, pois elas podem não gostar de mim”, ponderando, paciente e profissionais, conclui-se que preconceitos arraigados nela pela sua educação podem ter desencadeado mecanismos de defesa que funcionariam como questionamentos tais como: “O que vão pensar de mim”. Isto a levaria a medir e pesar, constantemente, sua fala e seus passos. E por vezes a paralisaria.

Ela confirma que a possibilidade de ficar imobilizada pelo medo é seu maior temor: “*Tenho constante pavor de ‘panicar’*”, diz ela. Por precaução, sempre mantém uma garrafinha de água na bolsa, onde quer que vá, para eventuais “*bocas secas*”. Marca a hora do remédio – que toma uma hora antes de qualquer evento atemorizante, como se expor em público, por exemplo. O ALPRAZOLAN de 0,5 mg é sua defesa no enfrentamento do mundo exterior.

Cabe ressaltar a percepção dos profissionais em relação a aparência física da paciente: sua aparência física não condiz com o seu relato desses comportamentos fóbicos. É sorridente, tem brilho no olhar, sua voz é aguda e melodiosa, expressando-se com desenvoltura e tem vocabulário rico.

As expressões “*Tenho medo de...*” e “*Tenho pavor de...*” são constantes no seu discurso. Relatos dela sobre seus diálogos demonstram que essa fala é comum a todos os seus familiares, como uma característica do grupo.

Há exortações da fala paterna: “Cuidado”! “É perigoso...”! nas suas narrativas da infância e adolescência, como que profetizando perigos eminentes ou catástrofes imaginárias. As condutas educativas familiares, principalmente as do pai, são descritas por ela como

sufocantes. Inibiam ou tentavam anular eventuais iniciativas suas de libertação e independência. A única irmã, quatro anos mais velha que ela, parece ter dado menos atenção a isso. É providencial ressaltar que, segundo Harris (2007), os filhos evocam comportamentos diferentes em seus pais e deste ponto de vista podemos considerar que a paciente tenha em sua personalidade, por via genética, estes traços em sua personalidade.

A paciente não faz referência a qualquer interferência materna nessas ocasiões.

A mãe, aliás, surge, para ela, como o oposto do pai. Tem posicionamento positivo, firme e segura, no decorrer da sua história. Mas é distante dela. Relata presenças de babás que exerciam papel protetor, substituindo plenamente a mãe, quando os pais se ausentavam. Ambos viajavam muito, em função da profissão do pai e da dependência declarada dele pela esposa.

Relata um contato estreito com sua família de origem ainda hoje. Casada há 14 anos, confessa detestar o trabalho doméstico apesar de fazer todo o serviço de casa, com exceção da cozinha, centralizada até hoje na casa dos seus pais. Ela, o marido e o filho de 11 anos almoçam lá todos os dias. Apesar de situar-se a um quarteirão da sua residência, ela só consegue ir até lá, de carro. Ainda assim, telefona diariamente para a mãe, o que provoca ciúmes no pai, que exige que o telefone fique no “vivavoz”, para se inteirar do assunto. Confessa que admira e se identifica com o temperamento materno, pois a considera “*muito equilibrada e bem humorada, apesar de ter a vida tão dura*” (*). Acha o pai um fraco, de quem tem dó. Ao mesmo tempo, sente muita ternura por ele, afirmando que vive em função dos pais, na sua velhice, levando-os a passear e até a viajar, com ela e o marido.

A paciente relata problemas financeiros recentes nos negócios do marido, ela afirma tê-los enfrentado com

determinação e coragem. Surpreendentemente, descobriu-se forte e equilibrada, apta ao enfrentamento, ao ver o marido que, até ali, sempre fora seu ponto de apoio, se recolher em casa e de lá não querer mais sair. Ela o estimulou a superar a crise e seguir em frente.

Não há afinidade entre ela e a família do marido, a quem culpa pela situação enfrentada por ambos.

Observa-se que a paciente possui uma grande labilidade quanto à sua segurança. Ora se apresenta como frágil e dependente, ora mostra-se forte e positiva em relação a sua independência sobre o marido e o pai, assemelhando-se ao comportamento que ela admira na mãe.

Previsto na literatura, esta oscilação, esta labilidade, esta polaridade justifica-se pela presença alternada na culpa e da angústia, próprias do quadro desta patologia e mais ainda neste caso dada às peculiaridades na dinâmica de interações desta família.

Harris (2007) afirma que a participação dos pais na formação da personalidade dos filhos, na parte não-genética, é menos de 1 %, e atribui aos pares (grupos de colegas de convivência) a maior parcela desta formação da personalidade por meio dos módulos mentais de socialização, relacionamentos e “*status*” entre os iguais.

3. O que é Transtorno do Pânico:

O Transtorno de Pânico (TP) é a presença de “Ataques de Pânico” que ocorrem varias vezes e de forma inesperada. Para configurar o transtorno é necessário que ele ocorra por mais de um mês de preocupações constantes sobre sua causa e conseqüências, como o medo de sentir medo, ou de uma alteração comportamental significativa relacionada aos “Ataques de Pânico” (DSM-IV, 2005).

Para a OMS (Organização Mundial de Saúde, 1993), um individuo em um ataque de pânico freqüentemente

experimenta uma intensificação de medo e sintomas autonômicos, e o resultado sua saída, usualmente apressada, de onde quer que esteja. Quando esta situação ocorre em ambiente específico, ou contexto, o paciente pode subseqüentemente evitar aquela situação. Da mesma forma, ataques de pânico constantes e imprevisíveis produzem medo de ficar sozinho ou ir a lugares públicos.

3.1.1. Suas causas prováveis:

De acordo com Bonfante (2007), o TP é causado por uma disfunção do cérebro que impede a captação normal da serotonina e dispara sem motivo aparente nosso sistema de alerta, produzindo noradrenalina em grandes quantidades, provocando assim sintomas físicos reais, como a taquicardia, tremores, sudorese, náuseas, tensão muscular, parestesia (formigamentos), entre outros, e algumas distorções de percepção, como a sensação de que a situação não é real, por exemplo.

3.1.2. Dados epidemiológicos:

Segundo Mineiro (2007), o TP é um distúrbio de ansiedade que atinge 4 % da população brasileira, responsável pelo afastamento de milhões de pessoas de suas atividades profissionais e sociais. Pesquisas realizadas sugerem que sua origem é genética e está ligada ao cromossomo nº 15, no qual haveriam mutações em determinados genes, induzindo a uma predisposição de um desequilíbrio químico dos neurotransmissores nos neurônios, o que levaria ao disparo indevido das amígdalas, provocando uma crise em indivíduos predispostos.

Os dados estatísticos, segundo PSICOSITE (2007), quantificam que aproximadamente 1,5 a 2% das pessoas é afetada por esse transtorno, o que

significa uma prevalência alta, sendo ainda mais alto, de 3 a 4% se os critérios para diagnóstico não forem inteiramente preenchidos, ou melhor, se considerarmos as crises parciais e os quadros de ataques de ansiedade atípicos. As mulheres são mais afetadas do que os homens, sendo aproximadamente o dobro a incidência do TP sobre as mulheres em relação aos homens, a proporção então é de duas mulheres para cada homem. A idade de início concentra-se em torno dos trinta anos, podendo ainda começar durante a infância ou na velhice. A mulher de 30 anos é o grupo sobre o qual observa-se maior incidência desse transtorno.

3.1.3. O tratamento:

Segundo ListPAn (2007), existe uma variedade de tratamentos para o T.P.. O mais importante neste aspecto é que se introduza um tratamento que vise restabelecer o equilíbrio bioquímico cerebral numa primeira etapa. Numa segunda etapa, continua o autor, prepara-se o paciente para que ele possa enfrentar seus limites e as adversidades vitais de uma maneira menos estressante. Em última análise, trata-se de estabelecer junto com o paciente uma nova forma de viver onde se priorize a busca de uma harmonia e equilíbrio pessoal. Uma abordagem psicoterápica específica deverá ser realizada com esse objetivo.

3.1.4. As complicações:

Várias são as complicações psicoemocionais causadas pelo TP. De acordo com PSICOSITE (2007), não foram encontradas nenhuma evidência que associe o TP a qualquer patologia cardíaca. É fato que vários pacientes passam pelos consultórios, e pronto atendimentos, coronários antes de se convencerem de que estão com o

transtorno e procurarem ajuda especializada.

A consequência mais frequente é a agorafobia (PSICOSITE, 2007). Medo de espaços abertos e que aprisiona a maioria dos portadores de TP confinando-os a terem uma vida reclusa dentro de casa.

3.1.5. O Prognóstico com tratamento:

Segundo Bonfante (2007), Na maioria dos casos, é necessário tratar o paciente com medicamentos (antidepressivos) aliados à psicoterapia. O prognóstico é bom, porém, como ressalta ListPAN (2007), o sucesso do tratamento está diretamente ligado ao engajamento do paciente com o mesmo. Segundo o autor, é importante que o paciente com o diagnóstico de TP entenda todas as peculiaridades que envolvem sua situação.

Para Bonfante, a maioria dos especialistas concorda que o ideal é aliar o tratamento médico (psiquiátrico) ao psicológico, ou seja, aliar a administração de medicamentos à psicoterapia. Ao mesmo tempo em que a medicação restabelece o equilíbrio químico do cérebro, a psicoterapia ajuda o paciente a entender seus próprios processos de ansiedade e lidar com os problemas, podendo chegar aos reais motivos que levaram ao pânico. Sem dúvida, podemos entender que Bonfante acredita como os autores, que em algum momento podemos considerar o TP como um sintoma de um problema maior. Ao sugerir a busca pelos reais motivos nos justificamos que resolvido os motivos psicoemocionais os sintomas, aqui o próprio diagnóstico, tem remissão “espontânea”.

3.2. A aplicação do método Neuroacústica:

O método utilizado foram os recursos sonoros contidos na série de três CDs de Neuroacústica – do *Kit Estimulação e Integração dos Hemisférios Cerebrais* da Menteologia no Processo Terapêutico Integrado. Este método foi idealizado e produzido pelo psicanalista clínico Marcelo Peçanha de Paula, renomado profissional que faz parte da equipe multidisciplinar liderada pela doutora Maria Lílian Soares Couto, na CLIMED, em Formiga (MG).

Entre músicas, pulsações e outras sonoridades, a audição desses CDs por uma hora diária pretende estimular, alternadamente, os dois hemisférios cerebrais, levando-os a elaborar e fixar novas conexões neuronais. E integra os dois hemisférios. Ao seu uso, aguarda-se que aconteça o afloramento de conteúdos simbólicos, figuras, lembranças ou sensações armazenados nas diversas áreas do cérebro. A alternância dessas duas funções – estimular e integrar – pretende harmonizar o funcionamento dos dois hemisférios cerebrais. Pretende-se o equilíbrio das funções cerebrais e, por consequência, a melhoria do funcionamento psicofísico.

A paciente ouviu, durante 38 noites seguidas, deitada e sozinha, de olhos fechados, no seu quarto, esses 3 CDs. Ficou combinado encontros uma vez por semana com a musicoterapeuta.

Para reconhecer e trabalhar a situação traumática que desencadeou toda a problemática apresentada pela paciente, ficou estabelecido entre nós que ela faria o relato das experiências diárias, redigindo-as, ao fim de cada audição. E que os traria à próxima sessão semanal, para serem analisados os conteúdos aflorados do seu inconsciente. Nessas ocasiões, fazia parte do procedimento encaminhar a paciente ao reconhecimento da dinâmica do seu processo de pânico, levando-a a arquitetar, por si mesma, uma solução racional para dissolvê-lo.

3.2.1 O desenvolvimento do tratamento:

A paciente foi muito além do combinado. Além de redigir as suas impressões, logo após a audição do disco, ela resolveu repassá-las depois para um caderno especial. Ao refazer essa primeira redação, ela tinha oportunidade de reviver e re-elaborar as suas impressões. E depois, uma vez por semana, ela fazia o relato de suas experiências, para depois as analisarmos.

Ouvindo nas sete primeiras noites o CD1 (estimulação), definiu-se a continuidade do trabalho. O sofrimento e angústia experimentados durante o tempo da 1ª audição desta seqüência produziram nela um medo incontável que a deixou imobilizada (“*segurava o corpo inteiro*”(*)) em posição fetal e com dores nos ombros e na coluna – “*tinha medo de mudar de posição e sentia um tremor (movimentação?) nos olhos*”(*) – uma experiência idêntica a da hipnose, anteriormente abandonada por ela. Observou-se presa a uma grande irritação, testa franzida, dentes cerrados e um “*choro doído*”, segundo suas palavras. Muitas experiências tácteis, também: arrepios de frio, dormência, desconforto. Aliadas às sensações físicas estavam visões de cores, coisas e fatos sem muita coerência.

Esta peculiaridade, “fatos sem muita coerência”, já fora observada em outras circunstâncias de aplicação do método e se justifica por estar relacionado ao processo dos sonhos, sono REM (Movimentos Rápidos dos Olhos), e sua relação com a memória e seus registros (DEPAULA⁴, 2006). A correlação de imagens mentais, sensações variadas e visões simbólicas já fora extensamente estudada por Bush (1995) em *A Música e a Terapia das Imagens*.

No 2º dia de audição, as sensações persistiam, pois me pareciam tão reais causando reações de medo e angústia. Ao término do CD fechou os olhos, passando

a sentir enorme tristeza. Sentiu-se abandonada. *Novamente frio, calafrios, me cobri até com cobertor, apesar de ser verão. Continuou a sensação de que alguém queria me fazer mal; não sabia quem ou o que era. Sentia-me insegura, apreensiva, perseguida. Boca seca. Chorei de gritar!*”(*). A paciente descreve uma sucessão de flash cenas incompreensíveis, sensações conflitantes.. A boca seca denunciava o seu mal estar, diante da cenas, que não entendia. A descrição feita pela paciente consistia em imagem representativa de suas angústias, medos e anseios.

No dia seguinte, o 3º, veio uma tristeza, absoluta, somada à indiferença por tudo. “*Até a Energia eu ignorei*”(*). Cabe destacar que a paciente referia a energia que muitas vezes as cores ou as sensações e imagens lhe transmitia.

Ela atribuiu as visões à flauta que escutava, refere-se aqui a forte influência que os sons produzem em seu comportamento. Grande tristeza se instalou nela e persistiu até depois da sessão, enquanto redigia suas experiências.

Ao 4º dia, aflora a 1ª lembrança da vida extrauterina: viu-se menina, nadando na piscina do clube, diante de um antigo treinador, a quem queria agradar e, através dele, aprender como “*obter melhor tempo para competir*”(*). Demonstrar-se capaz de superação, nas competições que enfrentaria, era essa a sua meta de criança magrinha, no maiô azul, dentro da piscina de água turva, da qual enxergava até os detalhes arquitetônicos da borda, à qual se agarrava por não nadar ainda muito bem.

Sentindo que “a flauta” lhe fazia bem, passou a se sentir como uma borboleta, voando. Suspirou profundamente, muito calma. As apreensões se diluíam. “*Meu semblante se abriu*”(*), relatou-me ela. “*Comecei a ver focos de luz, de um lilás fosco, de um verde brilhante, alguns azuis. Pareciam dançar, se entrelaçando, no fundo de um*

túnel. *Quase chegavam a mim e voltavam. Meus olhos tremiam agradavelmente, como se eu gostasse daquele lugar. Senti minha nuca pulsar, de um lado ao outro; e uma respiração próxima do meu rosto. Sem medo, envolto na proteção de Deus, me senti calma, afinal*”(*).

No 5º dia, a calma foi intercalada por episódios de aperto no peito, fibrilação, taquicardia, que não a atemorizaram. *“Logo dormi e relaxei, até o final*”(*).

No 6º dia, repetiram-se as mesmas sensações boas. Apesar do desconforto no coração acelerado, fibrilando, das suas batidas ora muito fortes, ora muito lentas; e da sensação de pânico eminente, denunciada pela respiração ofegante, conseguiu controlar-se.

A paciente afirma que nesse dia houve uma seqüência forte de imagens e sensações, sentindo desconforto físico *“Então, minha fisionomia se fechou. Tive a testa franzida. Calafrios. Não me sentia bem, mas, ainda assim, não tive medo. Estava com os ombros tensos. Minha nuca doía. O coração disparou. Eu respirava mal. Nada mais vi. Fiquei apática, longe, sem pensar em nada*”(*).

O sétimo dia de audição do CD1 ocorreu sem maiores acontecimentos. Calma, a paciente só viu *“lialz com preto como numa TV fora do ar, com defeito*”(*). Acordou tranqüila, ao final.

Do oitavo(CD2) ao décimo dia (o CD1 foi ouvido da 9ª à 14ª noite), alternaram-se, nas audições, sensações de paz e de mal estar. Visualizava cores (lilás, branco e preto), *“um feto, a figura de Gandhi”*...

Teve dor *“nas juntas das pernas e nas coxas, que subia até a região dos rins, como nas antigas cólicas renais que já tivera. Uma dor forte, que depois sumiu*”(*).

Considerações sobre a paciente; o comportamento da paciente, no cotidiano, começava a mudar, para grata surpresa

nossa, principalmente dela. Relatou ter levado o filho, ela dirigindo o carro, para o aniversário de um amigo dele. A festa era num acampamento fora da cidade, e ela voltara sozinha para casa. Era noite, e ela se sentiu *“tranqüila e serena*”(*). A partir desse dia, ao terminar a audição diária, seus olhos não ficavam tão pesados, como no início do tratamento.

O 12º dia foi de muitos *flashes*, motivando muitas análises: é interessante ressaltar que as visões e sensações estão diretamente ligadas aos estímulos que elas produzem. Em determinado momento a paciente diz-se sentir tão incomodada que teve ímpetos de desligar *“quis desligar o som*”(*).

Alguns flash traziam sensações físicas e emocionais tão fortes que lhe ocasionam enjôos e náuseas.

A análise desses conteúdos figurados foi um momento forte da sua compreensão dos fatos de sua vida familiar.

O próximo dia de audição foi de descanso. Nada viu ou sentiu. Ouviu até certo ponto e apagou, só voltando à realidade ao fim da mesma.

O 14ª dia reservou-lhe surpresas. Após cochilar, acordou com desconforto nas pernas, com vontade de encolhê-las, sem conseguir. De esticá-las, também em vão; não conseguia mover as pernas. Elas doíam, pesadas. Uma sensação ruim! Também doeram os tornozelos e na altura dos rins. Esta sensação persistiu, após o término da audição. Nas pernas e nos rins.

No 15º dia (CD2), ela deitou-se para a audição *“morrendo de medo*” de sentir o mal estar da noite anterior. É que se tratava do CD2, que iria ouvir pela 2ª vez. A 1ª audição tinha sido muito forte, tendo sido acometida pela *“dor nos rins*” pela 1ª vez. Todas as demais sessões, até ali, foram com o CD1. Sentiu grande estímulo em variadas áreas do cérebro. Seu rosto também reagiu como se recebesse choques. Veio a sensação de perigo eminente. Como nas antigas crises de pânico, respiração e coração alteraram

a frequência, veio o suor frio, ela pensou em tirar o CD. Resistiu, porém, e foi recompensada, com uma sensação de estar noutra dimensão, “*solta no espaço*”. Sentiu-se acalmar e caiu num sono profundo do qual acordou “*super-tranqüila*” e fisicamente muito bem.

O 16º dia (a 1ª de 5 noites de Cd1) foi ainda melhor. Antes de sentir um formigamento no alto da cabeça e pegar no sono, visualizou uma figura masculina de cabelos longos, sorrindo para ela. Tinha a barba por fazer, pele clara, olhos azuis que pareciam duas águas marinhas. “*Tive a sensação de ser Jesus, mas em seguida tive dúvidas. Poderia ser apenas uma visualização que me fazia bem...*”(*)

O 17º dia de audição começou com alternância de cores sobre fundo preto: lilás, branco, azul, verde, até que apareceu o vermelho, prenúncio de coisas desagradáveis, segundo ela.

“O meu semblante mudou, franzi a testa, fechei o rosto. E aí eu tive medo. Fiquei tonta, com pressão na cabeça. Parecia que eu balançava dentro d’água, mudei a cabeça de posição mas não adiantou... Comecei a querer ter crise de pânico – peito apertado e fincada no peito. Até pedi a Deus para ter pena de mim...enquanto isso, vendo vermelho ainda, senti no alto da minha cabeça um leve formigamento. Depois atrás. Aí, parou e eu deixei de sentir a tontura e o mal estar. Não visualizei nada mas tive a sensação de uma presença masculina. Cochilei e, ao acordar, nada mais vi nem senti. Só ouvi uns sons e me veio a sensação de alguma coisa sendo jogada de um lado para o outro. Era uma coisa ressentida, com raiva e tristeza misturadas. Meu semblante estava contraído, enquanto o CD ia se acabando”(*)...

No 18º dia, relaxada, pensando em sua prova de Inglês, como na véspera, começou a ver tudo vermelho e antecipou que teria visões fortes. E elas vieram.

“O vermelho parecia uma fogueira, queimando muitas coisas que eu

não identifiquei. De repente, o pânico se instalou. Meu corpo todo se alterou, gelei por dentro. A sensação de apreensão era grande! Minha testa se franziu, meu rosto até doía e por mais que eu tentasse relaxar, não conseguia. Pareceu-me ter comido alguma coisa que não me tivesse feito bem. Meu estômago, inchado, doía e tive ânsia de vômito. Eu me senti muito mal até vir sensação de vomitar. À medida que eu vomitava (e eu sentia que o corpo curvado, vomitando, não era o meu), o vermelho foi sumindo até acabar”. “Parece que cochilei.”

Acordei pensando em minha prova de Inglês...

Cinco dias se passaram, sem nenhuma sensação. A paciente se desligava ao início da audição, só acordando ao final, com grande bem estar. Ouviu novamente o Cd2, na 21ª noite, retornando, por 4 noites, ao CD1 .

Ao 23º dia de tratamento, ficou sozinha em sua casa, pela primeira vez, desde que se casara. O marido viajou, a negócios, e por sugestão dela, levou com ele o filho, em seu lugar. Neste contexto desafiante, só, ela ouviu o CD pensando nos dois, imaginando-os felizes pela viagem. Dormiu e só acordou ao final.

No 24º dia, ainda sozinha, pensando nos seus familiares que ainda viajavam, por um momento os olhos fechados tremeram. Começou a ver cores. O lilás surgiu suave, antecedendo o temido vermelho! O medo de ter sensações ruins, ela sozinha em casa, quase a dominou. Tentou relaxar. A cor persistia

. “Pedi a Jesus que tivesse pena, que, por Deus, retirasse o vermelho. Mas a cor continuava ali, como a me mostrar que é uma cor como qualquer uma, que não me faria mal, que é inofensivo. Realmente, nada aconteceu. Nada mais vi ou senti. E o vermelho se foi”. Daí por diante, ficou se auto-observando e às suas sensações corporais. Sentiu o alto da cabeça, a nuca, os dois lados da nuca parecendo dois círculos que doíam.

Relembrou uma situação de superação quando viajara, dirigindo seu carro, tendo ao lado uma amiga que não sabia dirigir. Fora um desafio e uma ótima experiência. Não se lembrava se, naquela ocasião, tinha tomado o remédio ou não. Mas que ficara feliz, pois não sentira o temido pânico. Após a lembrança gratificante, “*vi tudo verde, ouvi uma flauta tocando e apareceu um gnomo. Era ele a tocar a tal flauta, querendo me encantar, sentado no galho de uma árvore... Achei estranho e engraçado*”(*).

Observação: Celebração?
Gratificação?

Continuou a pressão nas têmporas, como uma fita apertando sua cabeça, à altura da testa. Também a nuca doía. E os olhos. Mesmo depois de terminar a audição do Cd, isso persistiu, por algum tempo.

Essas sensações continuaram na próxima sessão (a 25^a), em que não dormiu, ficando a ver algumas cores, sobre um fundo preto. No dia seguinte, o 26^o, ouvindo o CD2, só dormiu. Sentia-se muito bem.

O 27^o dia (seriam mais 3 noites de CD1) lhe trouxe a última visão, muito interessante e esclarecedora:

Parecia que estávamos, eu e outras pessoas, numa batalha. Depois me vi num quartel. E acabou..

Novamente, senti o alto da minha cabeça, e senti formigamento uns sete dedos acima da nuca.

Adormeci e só acordei ao final”.

Três dias de audição tranqüila e agradável aconteceram, depois disso. Sem nada de especial. Nem no 30^o, de CD2. Ao 31^o dia de audição (seriam 2 noites de CD1), ela relatou:

“Por três vezes, pareceu-me cair num vazio, de costas. Meu corpo todo reagia com uma espécie de calafrio de susto e um tranco, em que eu tentava me segurar em alguma coisa. Passava logo. Era bem rápido. Depois, fiquei inquieta, parecia que ia ter dor nas pernas. Tinha dor de cabeça, por não ter tomado

Alprasolan. Continuei inquieta, até o fim”.

Ao 32^o dia, na audição do CD2, a dor nas pernas também incomodou. Ao 33^o (CD1), teve sono tranqüilo, nada vendo ou sentindo. No 34^o (CD3, até o 38^o), prestou bastante atenção aos sons cardíacos sugeridos pelo CD1 e acordou um pouco tonta. No 35^o, teve enjôo e tontura leve, mas não deu importância a estes sintomas. Ao 36^o, calma e serena, nem viu quando a audição terminou. O marido foi quem tirou-lhe os fones de ouvido.

Finalmente, os dois últimos dias, 37^o e 38^o, foram de “*uma saudade antecipada de ouvir as músicas*”(*) que tanto a incentivaram a mudar.

Ainda estão acontecendo os encontros, a cada semana, para analisarmos as crescentes mudanças da paciente. Nessas ocasiões, uso de música clássica instrumental como pano de fundo. *Às vezes paramos, a paciente e eu, de conversar e comentamos sobre algum elemento da estrutura musical que pareça interessante, naquele contexto.* Desde a sua 2^a sessão semanal, a paciente passou a vir a pé e sozinha. Começou a ‘esquecer’ o remédio sem o qual não sobrevivia, até então. Passa dias sem tomar Alprazolam. E reduziu a dose à metade do comprimido de 0,5 mg. Começou a frequentar uma academia. Faz compras, sozinha. Está encantada pela sua liberdade de ir e vir. Diz que se sente leve, livre e solta. E muito feliz. Quer voltar ao estudo de música, do piano que estudou na adolescência. A mãe tem um, em casa...

Cada vez mais, ela vê o medo como o ingrediente aglutinante na sua dinâmica familiar, tanto na casa paterna como agora. Percebeu que sua nova família – ela, o marido e o filho – também vêm se unindo, até aqui, em torno dele, de suas decorrências e de seu evitamento. Isto porque o marido e o filho vivem em função dela e dos seus reconhecidos temores. A proteção é elemento fortíssimo entre todos os seus familiares

(incluindo aí os seus pais e sua irmã) onde aparece como a maior forma de demonstrar amor e de afeto, entre todos os personagens da sua história.

Quer reverter esse sentimento no filho, agora que se sente mais conscientizada de suas conseqüências doentias na sua própria vida. *Comentei com ela que a mudança é inevitável e que acontecerá como decorrência da sua transformação pessoal, desde que esta seja percebida positivamente por todos.* Seu exemplo e suas novas dinâmicas de pensamento e ação farão o trabalho, por eles mesmos.

Combinamos refazer, nela e nos seus, a estrutura da linguagem. Algumas antigas e arraigadas expressões apavorantes podem ser substituídas por outras formas diretas de comunicar. Em lugar do conotativo: “*Cuidado! É um perigo!*” e outras expressões, presentes na sua infância e adolescência, em casa dos pais, ela pretende dar informações e alertas precisos ao filho e ao marido, daqui por diante.

Seu gestual, expressões fisionômicas e corporais também estão sendo objetos de sua observação, análise e cuidados.

Em lugar de vínculos de medo, pretende formar vínculos de fortalecimento e estímulos positivos. Espera que sua mudança possa determinar outras e acredita nisso. E que, também, outras cumplicidades amorosas irão surgir entre os membros do seu grupo familiar, substituindo as antigas.

No início do tratamento, o filho passou por momentos em que se sentiu rejeitado por ela, que passou a não mais depender de sua mão e seus cuidados constantes. Por conseqüência, não queria ir à escola, onde sentia dor de barriga, preocupando aos professores e à diretora. Telefonava para a mãe várias vezes, durante o tempo em que ali permanecia. Após um esclarecimento dela a ele, sobre os progressos e fortalecimentos pelos quais ela estava passando, ele entendeu e,

no momento, está a incentivá-la a continuar e persistir na terapia. Ela agora consegue perceber algo que não via – que a criança tem uma antiga ansiedade que se expressa em mãozinhas sempre suadas e frias. Exercícios de respiração para fazerem juntos, sugeridos por mim, parecem estar ajudando a ambos, nesta hora de estabelecimento de novos posicionamentos e funções, na família.

O medicamento usado por ela ainda permanece como ajuda eventual, em momentos especiais. Depois de tanto tempo de uso, não é aconselhável o seu abandono repentino. Só com o tempo isso poderá ou não ocorrer. Para que isto se faça de maneira suave e confiante, foi passado o caso à dra. Maria Liliam Soares Couto, para sua avaliação e continuidade do tratamento, ou até a retirada total do medicamento.

4. Estudo de Caso

Analisando o trabalho da co-autora com a paciente percebe-se que ela seguiu os passos adequados ao uso do Método Neuroacústica conforme orientação disposta no conteúdo do **Manual do Kit Neuroacústica: Estimulação e Integração dos Hemisférios Cerebrais** (DePaula² 1997) e da apostila do Curso de Formação em Neuroacústica, Psicoacústica aplicada (DePaula¹, 1998) com a aplicação do *Protocolo Para Resultados Duradouros*. O trabalho com as memórias e os relatos da paciente e as intervenções da co-autora tornam este trabalho único dentro da EAD – Estimulação Auditiva Dirigida já que sua aplicação possuía foco específico, neste caso, atenuar os sintomas do Transtorno do Pânico.

Ao instruir a paciente sobre o funcionamento do processo de estimulação auditiva de forma lúdica e acessível possibilitou reunir os elementos necessários à construção subjetiva,

embora não estruturada, do FRAME/TARGET de intervenção que é o elemento diferencial do uso da EAD.

A construção do objeto de intervenção, aqui denominado FRAME/TARGET, consiste na identificação estrutural dos componentes que entende-se compõe a estrutura básica de um trauma, ou memória traumática (SHAPIRO, 1995; DE PAULA⁴, 1997; SERVAN-SCHREIBER, 2004).

A importância desta conceituação é fundamental para que se compreenda que o estímulo auditivo, em suas inúmeras aplicações, pode destinar-se a resultados funcionais-orgânicos passivos (De Paula^{1, 3}, 1997 e 2006; De Paula & Moraes, 2006), assim como, um instrumento clínico de intervenção específica num problema ou memória apresentadas pelo paciente, sendo este o caso em estudo. Com o relato de vários eventos traumáticos à perspectiva subjetiva da paciente.

4.1. Uma avaliação médica dos resultados:

Na anamnese, seus Medos foram sua principal referência na vida, o que confirmou a anamnese anterior, feita pela musicoterapeuta. A paciente relata que sempre foi uma pessoa muito medrosa. Desde a infância os medos a acompanham. O pai declarado claustrofóbico tinha um importante papel nessa história, pois passava para as filhas a impressão de que tudo na vida representava um perigo iminente. Informa que a mãe, grávida dela, passou por muitos problemas com a sogra.

Relata ter sido prematura, que nasceu muito mal e o médico disse que ela não sobreviveria. Recém nascida, teve problemas respiratórios. Na infância sentia-se sempre sozinha, pois a mãe deixava as filhas com outras pessoas para acompanhar o pai no trabalho. Este era

totalmente dependente da presença da esposa, por causa dos medos.

Aos 10 anos teve nefrite (sic). Na adolescência esses medos afloraram e chegou a fazer alguns tratamentos, inclusive com psicólogos, mas não resolveram. Já casada, ficando os medos insuportáveis, procurou um profissional para tratamento com hipnose e medicamentos alopáticos, sendo receitados: Alprazolam e Clonazepam. Passou um tempo melhor, apesar de sua vida social ser limitada. Chegou a retirar alguns medicamentos. Estava difícil continuar o tratamento, pois tinha que ir até Belo Horizonte e não suportava andar de ônibus. Mais tarde tratou-se com outro psiquiatra que vinha até Formiga, mas teve que interromper o tratamento por problemas financeiros. Nesse meio tempo, engravidou. E durante a gestação foi diagnosticado Lupus. Teve a gestação considerada de alto risco e acompanhada por vários profissionais.

Abro aqui um parêntesis para relatar um fato que considero importante dentro do contexto.

Ao entrar em contato com a paciente no meu consultório tive uma surpresa. Ela foi anestesiada por mim há quase 12 anos para a Cesariana do seu filho. Na época eu atuava como anesthesiologista na Santa Casa de Caridade em Formiga, mas ainda não trabalhava com homeopatia, nem acupuntura. Lembro-me perfeitamente do seu caso, por vários motivos. Um deles era o fato de ser uma gestante de alto risco, com diagnóstico de Lupus, por essa e outras causas foi indicado o parto cesario. O outro foi porque eu realizei nela um bloqueio peridural e a paciente desenvolveu um quadro de Raqui total, ou seja, a anestesia subiu muito além do necessário, levando-a a uma depressão respiratória, que foi prontamente diagnosticada e tratada, sem nenhuma repercussão clínica desfavorável para ela ou para o bebê. Eu estava ao seu lado o tempo todo e muito atenta. Quando

percebi que o bloqueio estava subindo e dificultando a respiração conversei muito com a paciente, tentando esclarecer, ao máximo, o que estava acontecendo e tranquilizando-a. Tive que sedá-la durante os procedimentos de ventilação assistida, pois é muito desconfortável e angustiante para o paciente, por isso ela não estava consciente durante o ato cirúrgico. Ao final da cesariana a paciente respirava normalmente, mas ainda permaneceu sob o efeito de benzodiazepínicos empregados para sedação. Fecho o parêntesis.

Quatro meses depois do parto os exames não mostravam mais o Lupus. Foi acompanhada por mais algum tempo e depois considerada curada dessa doença. Mais recentemente, depois que a família passou por sérios problemas financeiros, os sintomas de medo passaram a incomodá-la muito. Não conseguia sair de casa a pé. Só de carro e mesmo assim com uma outra pessoa que sabia dirigir. Também não conseguia permanecer em lugares cheios ou fechados, tipo elevador. Fisicamente reagia com sudorese, adormecimento nas mãos e lábios, taquicardia, falta de ar e rigidez de todos os músculos do corpo. Frequentemente dores lombares. Ficava quieta, pois não conseguia se mexer. A segunda-feira para ela era um martírio. Então resolveu tomar os medicamentos sem acompanhamento de um profissional especializado. Chegou a usar quatro comprimidos de Alprazolam. Tinha a impressão de que poderia morrer se continuasse assim. Decidiu que precisava de ajuda.

Sempre teve muita vontade de fazer uma terapia de regressão, pois acreditava que seus problemas tiveram início ainda na vida intra-uterina e/ ou na infância.

Um dia soube do trabalho da Dra. Elizabeth e ficou muito interessada, pois o mesmo abordava o uso das músicas e dos sons para bebês. Então, em abril de 2007 procurou-a e começou a musicoterapia. No começo o tratamento foi difícil. Mas logo foi entendendo o

processo e passou a evoluir muito bem (ver relato). Passou a ter coragem. Embora medrosa, sempre foi muito otimista, mas não tinha coragem de experimentar as coisas. Agora já é capaz de fazer isso, de se conhecer. Relata estar “se experimentando”.

Já é capaz de sair à rua, de fazer uma caminhada sozinha, o que era impossível antes do tratamento. Ainda se sente insegura em alguns aspectos, mesmo sair de casa. Tem medo de ter a crise de “pânico” que apresentava anteriormente.

Sente-se cobrada pelo filho e pelo marido. Por isso usa a expressão: “parece que está no fio da navalha”.

Observei, através dos relatos durante a escuta dos CDs, que a paciente apresentou algumas reações muito semelhantes às de evolução prognostica dos tratamentos homeopáticos.

A homeopatia é um método terapêutico que aplica clinicamente os princípios de semelhança e que utiliza em seus tratamentos doses mínimas ou infinitesimais (AVILÉS, 1996).

Foram reações que mostraram uma evolução favorável e de acordo com as leis de cura na concepção filosofia homeopática. Para mais informações pode-se consultar Avilés (1996), que apresenta as leis do *Princípio de Hering* e do *Princípio de Kent*.

Percebi que a musicoterapia pelo Método Neuroacústica, atuou nela evocando, por outra via, a Força Vital. Esta Força que é capaz de curar, no sentido estrito da palavra, o paciente, segundo os preceitos de Hahnemann.

Mesmo com alguns sintomas residuais a minha impressão é a de que a M.L.G.V. está novamente no fluxo da vida. Já é capaz de discernir sobre suas questões. Conseguiu um entendimento mais claro do seu processo de vida, tem uma visão bem definida de seu papel na família e sociedade. Já é capaz de caminhar quase sozinha.

Quer muito deixar de tomar os 0,5mg de Alprazolam, mas sente que nos momentos de ansiedade ainda precisa recorrer a esse medicamento.

A meu ver a paciente em questão não necessita, no momento, de um medicamento homeopático, que trabalha profundamente a recuperação da Força Vital. Decidi usar um medicamento fitoterápico, que pode substituir os alopáticos sem causar os efeitos colaterais dos mesmos, até que se perceba que não precisa mais do apoio de medicamentos para encarar de frente os problemas.

4.2. Conclusão

O estudo sobre paciente em tratamento Transtorno do Pânico, com sucesso apenas relativo na medicina convencional, na hipnose e na terapia e que se submeteu ao tratamento com Neuroacústica e apresenta recuperação da vida social e da possibilidade de exercer o seu direito de cidadã de ir e vir, obtendo, assim, o alívio dos sintomas deste transtorno limitante, justifica-se, visto que vem comprovar que o método pode auxiliar nos tratamentos de doenças com diagnóstico formal de psiquiatria, a exemplo de outros casos como o Transtorno do Estresse Pós-Traumático, decorrentes tanto de alterações neuroquímicas e neurometabólicas como de mudanças de padrão comportamental e cognitivo. É o resultado do esforço de superação das próprias dificuldades e limitações, por indivíduos em situação de estresse, somado aos benefícios dos estímulos auditivos em questão.

A discussão sobre os estímulos auditivos e sua aplicabilidade terapêutica não se esgota aqui. Não obstante, introduz um novo conceito nas pesquisas sobre a audição humana.

De acordo com Menezes, Caldas-Neto e Motta (2005), no capítulo *Neurofisiologia da Audição* (Griz, Lins e

Menezes) ressaltam que a complexidade na compreensão do sistema auditivo e suas estruturas que englobam desde a orelha externa até as conexões existentes no sistema nervoso central. Daí a fisiologia coclear e sua interação entre propriedades metabólicas e biomecânicas, os núcleos do sistema auditivo (complexo olivar e colículo), variedade funcional e estrutural das relações entre neurônios, o número desses neurônios e as sinapses que crescem geometricamente do VIII par craniano (30.000 fibras) até o córtex auditivo (10 milhões de fibras) e o sistema auditivo eferente a aferente.

A *neuroacústica*, De Paula⁴ (1998), pode - com os recursos que já dispõe - mostra-se uma ferramenta fundamental na solução de traumas e diagnósticos formais da psiquiatria. Inclusive, em outros casos da medicina cujos trabalhos em outras metodologias não se mostram frutíferos, ou suficientes (DE PAULA⁵ & MORAES, 2006).

Bibliografia:

- ABRISQUETA-GOMEZ, J. & SANTOS, F. H. Reabilitação Neuropsicológica: da Teoria à Prática. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 2006.
- ADD CENTRE, Biofeedback Institute of Toronto. *The Neurofeedback Book: na introduction to Basic Concepts in Applied Psychophysiology*. Canada: AAPB, 2003.
- AQUINO, Antonio M. C. M. (org.). *Processamento Auditivo: Eletrofisiologia & Psicoacústica*. São Paulo: LOVISE, 2002.
- AVILÉS, Juan Carlos. *Prontuário de Homeopatia y terapias biológicas*. Madrid: EDAF, 1996.
- BONFANTE, Marta. http://br.geocities.com/apoio_pânico/tpsp.html acessível em 01 de agosto de 2007.

- BUSH, Carol A. *A Música e a Terapia das Imagens: caminhos para o eu interior*. São Paulo: CULTRIX, 1995.
- CID-10, *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. Coordenação da Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DAHLKE, Rüdiger. *A Doença como Linguagem da Alma*. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 2000.
- DE PAULA¹, Marcelo Peçanha. Curso *Neuroacústica: psicoacústica aplicada*. Realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1997.
- DE PAULA², Marcelo Peçanha. *Processo terapêutico integrado: neuroacústica*. Belo Horizonte, Minas Gerais, Fundação Biblioteca Nacional, registro: 58611, 1998.
- DE PAULA³, Marcelo Peçanha. *Os sons e a sua importância no equilíbrio dos hemisférios cerebrais*. XVII Encontro Mineiro de Musicoterapia, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006. Acessível em <http://www.neuroacustica.com/artigos/Os%20sons%20e%20a%20sua%20importancia%20V2.pdf> em 01 de agosto de 2007.
- DE PAULA⁴, Marcelo Peçanha. *Dessensibilização e Reprocessamento de Memórias Traumáticas Utilizando Estímulo Auditivo*. XIII Semana de Musicoterapia da UNAERP, Ribeirão Preto, São Paulo, 2006. Acessível em <http://www.neuroacustica.com/artigos/Reprocessamento%20e%20de%20sensibiliza%C3%A7%C3%A3o%20por%20est%C3%ADmulo%20auditivo%20vers%C3%A3o%201.1.pdf> em 01 de agosto de 2007.
- DE PAULA⁵, Marcelo Peçanha & MORAES, Élcio. *Neuroacústica Aplicada no Tratamento de Um Caso de Bursite Aguda*. Acessível em <http://www.neuroacustica.com/artigos/Busite%20aguda%20v%202.4c.pdf> em 01 de agosto de 2007.
- DSM-IV, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- EVANS, James R. & ABARBANEL, Andrews. *Quantitative EEG and Neurofeedback*. London: Academic Press, 1999).
- FULLER, George D. Ph.D. *Biofeedback: Methods and Procedures in Clinical Practice*. Califórnia: Biofeedback Press, 1977.
- HARRIS, Judith R. *Não há dois iguais: natureza humana e individualidade*. Rio de Janeiro: GLOBO, 2007.
- KELEMAN, Stanley. *Corporificando a Experiência: construindo uma vida pessoal*. São Paulo: Summus, 1995.
- LEVITIN, Daniel J. *This Is Your Brain on Music: The Science of a Human Obsession*. ISBN 0-525-9494969-0. USA: DUTTON, 2006.
- ListPAN. <http://valleser.rumo.com.br/pan.htm> acessível em 01 de agosto de 2007.
- MENEZES, P.L.; CALDAS NETO, S. & MOTTA, M.A. *Biofísica da Audição*. São Paulo: LOVISE, 2005.
- Mineiro, Fernando. <http://www.psiq.ue.br/transtornodopanico.htm#transtornodopanic> acessível em 01 de agosto de 2007.
- PSICOSITE. <http://www.psicosite.com.br/tran/ans/panico.htm> acessível em 01 de agosto de 2007.

- RUSSO, Ieda Chaves Pacheco. *Acústica e Psicoacústica Aplicadas à Fonoaudiologia*. 2ª edição. São Paulo: LOVISE, 1999.
- SERVAN-SCHREIBER, David. *Curar: o stresse, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise*. 2ª ed. São Paulo: Sá Editora, 2004.
- SHAPIRO, Francine. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. 3ª ed. New York: Guilford, 1995.
- SOUZA, Elizabeth Castro Baptista. *Sons, Música e Acalanto: Efeitos dos Sons e da Música sobre os Bebês*. XVIII Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil. Curitiba, Paraná, 2005.
- SPEAKS, C.E. – *Introduction to Sound – Acoustic for the Hearing and Speech Sciences*. San Diego, Singular Publishing Group Inc., 1992.