

**Obsessões Musicais:
Uma revisão da literatura numa perspetiva
autobiográfica**

Rodrigo Alexandre Rodrigues Mateus

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
Mestrado Integrado

Orientadora: Doutora Diana Mendonça Cruz e Sousa
Co-orientadora: Doutora Silvia Alexandra Albuquerque e Castro

março de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Rodrigo Alexandre Rodrigues Mateus, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41588 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /03 /2024

Resumo

Introdução: Obsessões musicais são um fenómeno que se caracteriza por pensamentos intrusivos na forma de canções ou melodias, que são indesejados e, por isso, indutores de stress e ansiedade. Mantêm uma relação estreita com a Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC), ainda que não sejam exclusivas desta patologia. É um sintoma bastante raro e, por isso, também negligenciado e de difícil diagnóstico diferencial com outras patologias psiquiátricas. O tratamento é semelhante ao da POC e inclui principalmente antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRI), clomipramina e terapia cognitivo-comportamental.

Métodos: Foram recolhidas 38 fontes bibliográficas com relevância para o tema, que incluem informação importante para entender este fenómeno, bem como vários estudos de caso que o incluem. É ainda apresentado um novo estudo de caso, numa perspetiva autobiográfica.

Estudo de caso: É apresentado um estudo de caso de um jovem de 24 anos, com obsessões musicais inseridas em contexto de POC, que condicionam impacto a nível funcional e que levaram ao aparecimento de sintomas associados.

Discussão: Este caso apresenta paralelismos com outros já documentados na área e também com a literatura disponível e, por ser algo raro, ganha maior relevância.

Conclusão: Obsessões musicais são um fenómeno subvalorizado e a literatura disponível até à data é escassa. São necessárias adaptações, quer a nível de instrumentos de avaliação, quer a nível de tratamentos para que melhor se adequem a esta dimensão. É importante um maior investimento nesta área, a fim de consensualizar definições e promover uma maior investigação para que se entenda melhor este sintoma, de modo que sejam reduzidos erros de diagnóstico e/ou tratamento e para que seja melhor detetado e compreendido, quer pela classe médica quer pela população geral.

Palavras-chave

“Obsessões Musicais”; “Perturbação Obsessiva-Compulsiva”; “*Involuntary Musical Imagery*”; “*Earworms*”; “*Stuck Song Syndrome*”

Abstract

Introduction: Musical obsessions are a phenomenon characterized by intrusive thoughts in the form of songs or melodies that are unwanted and thus induce stress and anxiety. They maintain a close relationship with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), although they are not exclusive to this pathology. It is a rare symptom and therefore often overlooked, with a difficult differential diagnosis from other psychiatric diseases. Treatment is similar to that of OCD and primarily includes antidepressants, such as Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs), clomipramine, and cognitive-behavioral therapy.

Methods: 38 bibliographic sources relevant to the topic were collected, including valuable information to understand this phenomenon, as well as various case studies that encompass it. A new autobiographical case study is also presented.

Case study: A case study of a 24-year-old patient with musical obsessions embedded in the context of OCD is presented, which significantly impacts functionality and has led to the emergence of associated symptoms.

Discussion: This case exhibits parallels with others documented in the field and with existing literature, gaining greater relevance due to its rarity.

Conclusion: Musical obsessions are an undervalued phenomenon, and the available literature to date is scarce. Adaptations are needed, both in terms of assessment instruments and treatments, to better suit this dimension. Increased investment in this area is important to standardize definitions and promote further research to better understand this symptom, thereby reducing diagnostic and/or treatment errors. It is crucial for it to be better detected and understood, both by the medical community and the general population.

Keywords

“Musical Obsessions”; “Obsessive-Compulsive Disorder”; “Involuntary Musical Imagery”; “Earworms”; “Stuck Song Syndrome”

Índice

Introdução	1
Pensamentos involuntários	1
<i>Involuntary musical imagery, earworms & stuck song syndrome</i>	1
Obsessões musicais	5
Diagnóstico diferencial de obsessões musicais	6
Características clínicas de obsessões musicais	8
Relação entre obsessões musicais e POC	8
Epidemiologia de obsessões musicais	10
Coping e tratamento de obsessões musicais	11
Estudos de caso	12
Análise de dados	19
Materiais e métodos	23
Caso clínico	25
Discussão	27
Conclusão	31
Referências bibliográficas	33

Lista de Figuras

Figura 1 – Método de recolha e seleção dos artigos

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Compilação de estudos de caso que incluem obsessões musicais, com o papel deste sintoma no quadro, comorbilidades, tratamentos instaurados e resultados dos respectivos tratamentos.

Lista de Acrónimos

A	Anos
AVD	Atividades de Vida Diária
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
Dx	Diagnóstico
EEG	Eletroencefalograma
F	Feminino
IMI/INMI	<i>Involuntary Musical Imagery</i>
M	Masculino
mg	Miligrama
Obs	Observações
OC	Obsessivo-Compulsivo
PAB	Perturbação Afetiva Bipolar
PDM	Perturbação Depressiva Major
POC	Perturbação Obsessiva-Compulsiva
SNRI	Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
SSRI	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
Tx	Tratamento

Introdução

No presente trabalho, iremos procurar definir e compreender os aspetos relacionados com um fenómeno clínico raro e, até hoje, muito pouco explorado – obsessões musicais. Começaremos por caracterizar vários conceitos introdutórios, que levarão a uma melhor compreensão deste sintoma, bem como procurar estudar as suas características clínicas, nomeadamente epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Na sequência, será apresentada uma compilação de casos de estudo previamente publicados e relevantes para o tema, bem como elaborado um novo estudo de caso, autobiográfico, em que obsessões musicais são a característica clínica central.

Pensamentos involuntários:

A existência de pensamentos involuntários é uma experiência transversal à generalidade da população. Estes, podem ser definidos como cognições espontâneas, seja na forma de pensamentos, de lembranças, ou de planeamento de tarefas por exemplo, e muitas vezes mantêm pouca ou nenhuma relação com a atividade que a pessoa está a praticar no momento. (1) São, por vezes, também nomeados como “divagações mentais” [do inglês *mind-wandering*], ou “*mind-pops*” e estima-se que até 40% de todos os pensamentos que temos ao longo do dia possam inserir-se nesta categoria. (2)

Também devemos considerar a existência de pensamentos intrusivos, uma entidade igualmente involuntária, e que recorrentemente interrompe os pensamentos de base. Estes são dotados de um carácter predominantemente negativo, embora nem sempre o sejam. Em determinadas situações, na presença de incongruência com a tarefa atual ou por influência do estado de espírito no momento, mesmo memórias positivas podem tornar-se intrusivas. Também estes pensamentos são muito prevalentes na população geral e não têm relevância clínica, a não ser que evoluam para perturbação, ao tornar-se incomodativos ou frequentes, passando a ser obsessões. (3,4)

Involuntary musical imagery, earworms & stuck song syndrome

Uma parte destes pensamentos involuntários ou intrusivos, pode surgir na forma de *Involuntary Musical Imagery* (INMI, por vezes denominado IMI). INMI é definido como o surgimento de uma música, seja esta apenas instrumental ou com conteúdo lírico (5), no espaço interno, na forma de pensamentos, que são iniciados e mantidos de forma não planeada, pelo indivíduo. De uma forma simplista, é a vulgar sensação de “ter uma música na cabeça”. (6) Estes são pensamentos involuntários, que não pressupõem a existência de um estímulo sensorial externo [i.e. audição da música] (6,7) e que, embora não seja fator patognomónico, tendem a repetir-se, de uma forma involuntária e cíclica (em *loop*) (6,8) – embora este carácter de repetitividade não seja consensual entre autores, considerando que INMI é, por vezes, também caracterizado como “involuntariamente repetitivo na sua natureza” [e, portanto, necessariamente

repetitivo]. (9) Com efeito, destaca-se que vários estudos anteriores acerca desta temática não conseguem diferenciar episódios de INMI repetitivos daqueles que surgem de forma isolada. (6)

É importante, no entanto, comparar algumas definições. Alguns autores (1,3,7,9–13) introduzem o conceito de “*Earworms*” como um termo sinónimo, mais coloquial, para se referir a INMI partilhando, portanto, a sua definição. Por outro lado, há autores que consideram que não são exatamente o mesmo – que INMI é um termo mais genérico e abrangente e que apenas se fala de *earworms* quando estes pensamentos adquirem um carácter repetitivo. (14)

É também utilizado um terceiro termo, também não consensual entre autores: “*Stuck song Syndrome*”, este como sinónimo de “*earworms*” (14–17) ou de “obsessões musicais”. (8)

Assim, e motivado pela ausência de consenso a nível das definições destes conceitos, e de forma a minorar a dubiez, no presente trabalho, os termos INMI, *Earworms* e *Stuck Song Syndrome* serão utilizados como sinónimos, sendo que o conceito mais utilizado neste contexto será INMI. “Obsessões musicais” serão referidas apenas através deste mesmo termo, por ser o objeto em estudo neste projeto e para uma melhor distinção do mesmo.

INMI é um fenómeno considerado muito comum, com estudos a indicar que pelo menos 85 a 90% da população geral experiencia esta ocorrência no mínimo semanalmente (2,6,9,12,13,15,18–20), e 33.2% diariamente (1,12,13,15,20), embora não tenha impacto nas atividades quotidianas em 66% das ocasiões. (6,21) Os números apontam ainda para uma ligeira predominância no sexo feminino. (6,15)

INMI surge sob a forma de excertos musicais que poderão, ou não, corresponder ao refrão, e que têm uma duração variável, podendo ir de apenas alguns segundos até à completude da canção, embora este último fenómeno seja menos comum. (9,18) É também considerado que os episódios de INMI podem oscilar temporalmente, indo de escassos minutos até prolongar-se por horas. (11)

Como referido acima, INMI não necessita de um estímulo auditivo externo para surgir. (6,7) No entanto, segundo um estudo, são reconhecidos alguns *triggers* (em até 72% das vezes) (6), nomeadamente “exposição à música” (1,11,18); “*triggers* de memória” (1,11), sinónimo de “*triggers* por associação” – que ocorrem quando há a recuperação de uma música no pensamento, por a termos associada a algum local, ou após ler uma frase que lembre a sua letra, por exemplo (18); “estados afetivos” – quando os indivíduos estão mais cansados, aborrecidos, sozinhos (1,6,11) ou mais felizes e eufóricos (13); “estados de baixa atenção” – ao propiciar momentos de *mind-wandering* (1,6,9,11,22), embora este último *trigger* seja menos consensual na medida em que alguns autores consideram que estados em que é necessária mais atenção, como estudar ou trabalhar, também propiciam este fenómeno. (2,23)

O *trigger* reportado mais comumente é a exposição a uma determinada peça musical (6,18) – e algo que apoia isso é o facto de ser relatado que canções de Natal têm maior tendência a tornar-

se INMI nesta época festiva, uma vez que é neste momento que mais são ouvidas estas composições. (18) Um estudo atribui INMI a este *trigger* em até 40% dos casos. (9) O segundo mais reportado tende a ser o “*trigger* por associação”. (2) Por outro lado, em 27.6% dos casos, os indivíduos não conseguiram associar nenhum *trigger*. (9)

Conhecidos os seus *triggers*, foi concluído por um estudo que é, não só possível, como relativamente fácil induzir este tipo de pensamentos, tendo a sua taxa de sucesso atingido os 94% no imediato, dos quais 58% tornaram-se INMI repetitivos nos 5 minutos seguintes e 50% mantiveram esta repetitividade até ao dia seguinte. (6) Esta indução foi também inversamente proporcional à carga cognitiva experienciada pelos indivíduos estudados ao executarem simultaneamente tarefas progressivamente mais desafiantes – particularmente nas que exigem algum tipo de atenção verbal ou auditiva. (6,11) É, também, considerado que música com letra é 50% mais eficaz a induzir INMI do que a meramente instrumental. (6)

Uma forma teorizada de reduzir a incidência de INMI, recai sobre o ato de mascar uma pastilha elástica – algo que foi suportado por um estudo em que a indução de INMI mostrou ser inferior no grupo que o estava a fazer, relativamente ao grupo de controlo. Foi levantada a hipótese de que, neste caso, uma “carga nos *articulatory motor programmes*”, através de uma ativação do aparelho vocal, justifique este efeito – e também se considera que a mesma causa tenha efeito positivo na supressão de outras categorias de pensamento que não somente a musical. (6,11,13,17,23)

Foram ainda documentadas algumas características próprias das canções que podem aumentar a probabilidade de se converterem em INMI – “familiaridade com a canção”; “gostar da canção”; “refrão” e “canções não apenas instrumentais”. (6,11)

Apesar de poder ser considerado intrusivo (21), INMI não é, por definição, inerentemente egodistónico ou frustrante para quem o experiencia. (1,2,6,12,18) De facto, é até mais comumente considerado como algo emocionalmente positivo, ou apenas neutro, pela população geral. (6,9,13,21,23,24)

Começando pelas autoavaliações negativas da experiência de INMI, não é consensual o papel da repetitividade desta experiência na sua avaliação – há quem, por um lado, reporte que se tornam tanto mais incomodativas quanto maior a repetição de músicas (6,14) e, por outro lado, é também considerado que o carácter repetitivo não causa necessariamente aversão, e que esta, a par da maior frequência de INMI, dependem mais do estado basal do indivíduo, particularmente dos níveis de stress ou ansiedade, mas principalmente da presença de um “estilo de pensamento mais ruminativo”. (3) Em parte, este facto advém de ser reportada uma menor capacidade de controlo dos pensamentos nesta população (3), o que também condiciona uma resposta emocional predominantemente negativa, aumentando a sensação de intrusão. (4)

INMI é também mais frequente e duradouro em indivíduos cuja personalidade predominante no modelo *Big 5 Personality Traits* é “abertura à experiência” (6) – embora nestes seja mais

percecionado como agradável (13) – e mais perturbador naqueles com traços de personalidade obsessivo-compulsivos ou cujo “neuroticismo” é mais preponderante. (6,9,13,14,21,24) Aliás, neuroticismo chega mesmo a correlacionar-se positivamente com a frequência e suscetibilidade a pensamentos intrusivos e, em casos de Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC), com obsessões – mais do que qualquer outro sintoma desta patologia. (13) Esquizotipia também é um preditor de difícil supressão de INMI. (9,24)

Apesar do facto de gostar de uma determinada canção aumentar a probabilidade de esta se tornar em INMI, não há uma relação entre essa característica e a ocorrência deste fenómeno ser mais ou menos agradável – ou seja, qualquer canção tem o potencial de se tornar perturbadora. (3)

Quanto ao componente positivo de INMI, é de realçar que foi reportado que músicos tendem a ter mais episódios de INMI do que não músicos (13,15,20), em cerca de 71% (6) mas que, por vezes, isso é visto por este grupo como algo até positivo e vantajoso, na medida em que lhes permite melhorar a sua performance musical, ensaiar partes de atuações que vão desempenhar ou imaginar novas composições. (7,21) Mesmo dentro da indústria musical, o estudo de INMI/*earworms* pode ser vantajoso, uma vez que dotar canções de características potencialmente indutoras deste fenómeno é um aspeto positivo para este mercado, ao permitir incrementar o seu sucesso comercial. (5)

Mesmo em não-músicos, é assumido que quanto maior for a importância atribuída a música, maior a frequência e duração de INMI. (2,15,21,24)

Alguns indivíduos reportam que um dos momentos em que experienciam mais INMI, e quando este fenómeno é mais incomodativo é na hora de adormecer, o que condiciona insónia inicial, por estarem a pensar numa canção em *loop*. Neste estudo foi também reportada uma pior qualidade do sono (estudo por polissonografia) em pessoas que têm por hábito ouvir muita música e esta situação agrava-se se as canções forem apenas instrumentais. Nestes, a aversão da experiência acaba por não ser atribuída a esta, em si mesma, mas por ser motivo de interferência com o sono. Num dos ensaios do mesmo estudo, entre os participantes que sofrem de INMI na hora de tentar dormir, 25% acordam no dia seguinte ainda com este fenómeno. (22)

A nível de *coping* de INMI/*earworms* há uma variedade de comportamentos e abordagens para responder a este fenómeno:

Considerando que uma boa parte das experiências de INMI são neutras ou positivas (6,9,13,21,23,24), nestes casos, uma abordagem mais passiva, como a aceitação e apenas aguardar que o episódio cesse, estão entre os comportamentos mais comuns (cerca de 56% escolhem este método). (2,6,9)

Quando o objetivo é, por outro lado, suprimir INMI, há técnicas mais ativas como: distração com outras músicas – escutar, cantar ou trauteá-las (2,6–8,11) (neste contexto, foram relatados

casos em que indivíduos tinham até “canções cura [*cure tunes*]”, às quais recorriam repetidamente para se livrar da canção de base) (2); elaborar as *earworms* – escutando a canção causadora na sua totalidade (2,11,15); distração com outras tarefas – por exemplo atividades com componente verbal (2,11), ou manter-se ocupado com exercício físico, ou tarefas cognitivamente mais exigentes, como trabalho ou leitura. (2,6,7,15,18) Ainda assim, há um efeito paradoxal que pode surgir com técnicas de *coping* ativas, fazendo questionar a sua real utilidade, dado que alguns autores reportaram que os indivíduos, ao tentar deliberadamente não pensar em INMI, acabavam por fazê-lo ainda mais e, por conseguinte, aumentando a sua duração e entendendo-os como ainda mais intrusivos. (2,4,6,7,15,17)

Assim, em suma, é considerado que a experiência de INMI pode ser vivida com bastante heterogeneidade, podendo adquirir vários significados: ser uma experiência aprazível ou neutra, como supracitado (6,9,13,21,23,24); tratar-se de um elemento apenas distrativo (8); ou ganhar contornos efetivamente perturbadores, como por exemplo, quando surgem em indivíduos com tendências obsessivo-compulsivas de base, nos quais INMI pode tornar-se algo mais frequente, perturbador e difícil de controlar. (3,6,9,13,14,21,24)

Obsessões musicais

Neste seguimento, INMI pode começar a entrar no domínio das obsessões, a partir do momento em que se torna persistente, disruptivo e interfere na vida de quem o sofre. (19)

Assim, importa começar por definir o conceito de obsessões que, segundo o DSM-V, são “pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, que são experienciados como intrusivos ou indesejados”. (25 p235) Alguns autores defendem que a repetição de sons e não apenas de imagens deve ser incluída nesta definição, dada a existência de obsessões musicais (8), algo que é também apoiado pela inclusão de “sons” e “músicas” enquanto obsessões na “*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*” (Y-BOCS). (26)

É importante destacar o facto de que o termo “Obsessão musical” não é mencionado no manual de referência, o DSM-V, pelo que a sua definição enquanto “verdadeira obsessão prototípica” baseia-se sobretudo na literatura clínica publicada até ao momento. (16,18)

Por este motivo, é considerado que pensamentos musicais partilham características psicopatológicas com “verdadeiras obsessões”, o que pode ser particularmente útil ao observar este fenómeno no contexto de POC (12,18,27): Primeiro, formas de INMI, podem preencher critérios para obsessões segundo o DSM-V (25 p235) – ao ser vividas como algo intrusivo, persistente, inapropriado, ansiogénico, consumidor de tempo e que tem impacto na vida diária dos indivíduos (18,27,28); Segundo, obsessões musicais costumam surgir em associação a outros sintomas obsessivo-compulsivos, tal como é típico acontecer com outros tipos de obsessões, relativamente à POC. (18); e terceiro, as obsessões musicais podem levar a formas de evitamento ou a compulsões, da mesma forma que ocorre com obsessões prototípicas – por exemplo, já foram relatados casos em que os indivíduos passam a evitar ouvir música ou

frequentar locais onde consideram que potencialmente possam vir a escutá-la, com receio que essa exposição lhes provoque mais obsessões. (18)

Neste contexto, é importante definir compulsões, que segundo o DSM-V são “comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.” (25 p235)

Deste modo, entende-se que se está perante uma obsessão musical quando os episódios de INMI reúnem critérios de sintomas obsessivo-compulsivos. (10,18) Neste seguimento, obsessões musicais, podem ser definidas como pensamentos intrusivos, repetitivos e inapropriados, na forma de melodias, canções ou palavras cantadas, em fragmentos ou não, de forma indesejada, e que provoquem ansiedade, stress ou alterações funcionais ao paciente e cuja supressão ou mera abstração, sejam difíceis. (8,10,16,18,26,28,29)

Obsessões musicais são, ainda, entendidas como uma entidade criada pela própria mente e, por isso, subjetiva, “figurativa”, sem controlo voluntário que, mantendo *insight* (de que os sintomas musicais são irracionais e excessivos), pode ou não ter compulsões associadas. (12,27,28) É por entenderem que os sintomas são excessivos e, por alguma “vergonha destes” ou por “medo de perder o controlo ou de enlouquecer”, que muitos pacientes optam por tentar ativamente ocultar as suas obsessões. (30)

Não obstante, é importante destacar que apesar de existir uma forte associação entre obsessões musicais e POC – e de efetivamente estas surgirem quase na totalidade em pacientes com esta patologia (26) – obsessões musicais não devem ser vistas como exclusivamente associadas a POC uma vez que já foram relatados casos de obsessões musicais isoladas, ou seja, como sintoma obsessivo-compulsivo único. (31,32)

Mesmo aqui, fruto da discrepância de definições, alguma confusão pode surgir – se por um lado há quem defenda que ao serem intrusivos, “*earworms* são um tipo de obsessão” por si só, (17) por outro, há quem considere também que “*earworms* são patologicamente diferentes de obsessões, uma vez que estas últimas são, por definição, *distressing* [perturbadoras]”. (15) Na mesma linha de pensamento, as definições neste contexto continuam algo divergentes, havendo autores que utilizam como sinónimos “Obsessões musicais”, “*Earworms*”, “*Stuck Song Syndrome*” e “INMI”. (16,33) Deste modo, para evitar equívocos, irá manter-se a diferenciação entre estes conceitos, acima explicitada, ao longo do restante trabalho.

Diagnóstico diferencial de obsessões musicais

Do ponto de vista clínico, por vezes, obsessões musicais podem ser confundidas com alucinações ou com pseudoalucinações, dada a semelhança dos quadros sintomáticos destas três entidades. A sua incorreta identificação pode condicionar diagnósticos errados e, por conseguinte, tratamentos inadequados. (16,27,30,34) Por esse motivo, é relevante diferenciá-los:

Alucinações musicais

Segundo o DSM-V, alucinações surgem no contexto de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e podem ser definidas como “experiências semelhantes à percepção, que ocorrem sem um estímulo externo, que são vívidas e claras, e que estão além do controlo voluntário”. (25 p87) Não têm um estímulo associado, apesar de serem interpretadas pelos indivíduos como tal. (18) Particularizando às alucinações auditivas, estas são a experiência de sons, neste caso, sem um estímulo sonoro associado. (14) Um subgrupo destas, com relevância para o trabalho atual, são as alucinações musicais – um tipo de alucinação auditiva, em que o som em questão surge na forma de melodias, “ouvidas” de forma muito vívida, e interpretadas como vindo do espaço exterior (9,13), e que podem ser contínuas ou intermitentes. (8)

Nestes casos, os indivíduos não têm *insight* – não entendem que este fenómeno é um constructo das suas próprias mentes e que o som não vem efetivamente do espaço exterior. (12) São sensações “completas e tangíveis” para quem as experiencia e, por ausência de *insight*, não comportam a presença de resistência às mesmas ou de compulsões associadas – distinguindo-se, assim, de obsessões musicais. (12,28)

Casos de alucinações musicais podem também surgir, por exemplo, no contexto de traumatismo cranioencefálico (TCE), epilepsia, efeito de drogas, lesões cerebrais ocupantes de espaço, como tumores (8) ou durante episódios de enxaqueca (17) e em casos “*de novo*”, é mandatário realizar um estudo de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética cranioencefálicas) ou eletroencefalograma (EEG) para descartar estas possibilidades. (35)

Quando comparadas a obsessões musicais, as canções mais reportadas neste contexto tendem a ser predominantemente instrumentais, menos familiares e menos frequentes e, por oposição às obsessões, há uma menor prevalência deste fenómeno em indivíduos com maior experiência musical. (14)

Pseudoalucinações musicais

O termo “pseudoalucinações” não consta no DSM-V com uma definição própria e o seu conceito é pouco consensual, não existindo uma clara distinção de alucinações ou obsessões musicais. (18) Ainda assim, alguns autores propõem o termo de pseudoalucinação como um “intermédio” entre alucinações e obsessões musicais. Ou seja, são experiências que ocorrem no espaço subjetivo e, maioritariamente com *insight* relativamente à origem do som no espaço interior, que não motivam compulsões ou resistência por parte de quem as experiencia. (12,18,28) É, também, colocada uma outra diferença entre as pseudoalucinações e os outros dois termos – estas poderão ocorrer, por exemplo, apenas em intoxicações por alucinogénios ou no seguimento de causas orgânicas, como perda auditiva. (18) No entanto, no contexto de perda auditiva também não há consenso, uma vez que há autores que consideram que neste caso estar-se-ia perante uma alucinação e não uma pseudoalucinação. (17)

Concluindo de uma forma mais sistemática a distinção entre obsessões musicais, alucinações e pseudoalucinações, entende-se que: As primeiras são invariavelmente entendidas no espaço subjetivo, preservam sempre insight, originam sempre resistência e podem, ou não, gerar compulsões; As segundas são entendidas como vindas do espaço exterior, com ausência de insight e, também, sem resistências ou compulsões relacionadas; As terceiras, são também entendidas no espaço subjetivo, com insight variável, mas sem compulsões ou resistências associadas. (12,18,28)

Características clínicas de obsessões musicais

Parte-se do princípio de que INMI é uma espécie de aura de obsessões musicais sem critérios de diagnóstico para obsessões (19,26), o que faz com que muitas das características sejam partilhadas entre estes dois domínios, como por exemplo os seus *triggers*, o seu conteúdo e forma ou outros atributos. (8) Também se refere que a frequência e a duração de INMI têm correlação com o aparecimento de obsessões mais tarde e que tanto a frequência como a severidade destas são tanto piores quanto maior o valor que o indivíduo dá a pensamentos intrusivos. (18) Alguns autores consideram que é a “sensibilidade à intrusão” o aspeto crucial na transição de INMI para a esfera das obsessões musicais, na medida em que esta aumenta a aversão a pensamentos intrusivos, o que no seguimento aumenta a aversão a INMI o que, por sua vez aumenta a sensação de perda de controlo e de stress, culminando num paradoxo em que a tentativa de suprimir o pensamento intensifica-o, como observado em obsessões musicais. (3) Não obstante, são dimensões diferentes e, obsessões musicais, em específico, têm muitas particularidades que devem ser distinguidas.

Relação entre obsessões musicais e POC

Tal como referido em epígrafe, segundo a literatura, obsessões musicais são maioritariamente associadas a POC havendo, inclusive, muitos autores que consideram que estas são indissociáveis (35), embora haja raros casos documentados em que esta condição de base não fosse considerada necessária. (5,26,31,36,37) Admite-se a existência de uma relação entre música, traços de personalidade obsessivo-compulsivos e POC: Indivíduos com estas características tendem a expressar um envolvimento e resposta emocional mais fortes a canções ou melodias, potenciando a probabilidade de desenvolver INMI. (12) Não obstante é, no geral, considerado que obsessões musicais se podem tornar mais debilitantes em indivíduos com POC (8), e que o mesmo acontece com episódios de INMI sem que estes se tornem necessariamente obsessões (12,15) – de facto, pessoas que consideram INMI mais perturbador têm maior tendência a sofrer de outros sintomas típicos de POC. (17) Além de mais perturbador, é também assumido que INMI é mais frequente em indivíduos que sofrem de obsessões, mesmo que não necessariamente musicais. (13)

POC é, segundo o DSM-V, “caraterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões” [definidos anteriormente]. Outros distúrbios obsessivo-compulsivos relacionados, são também “caracterizados por preocupações e comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta às

preocupações (...) e pelas tentativas repetidas de atenuar ou cessar os comportamentos”. (25 p235) É, por definição, acompanhado de grande angústia e de uma elevada capacidade de induzir ansiedade – tanto pela desmesurada intrusão das obsessões como pela potencial necessidade extrema de sucumbir às compulsões associadas. (10) POC é, também, tida como uma “dificuldade em lidar com pensamentos intrusivos”. (15)

A nível de critérios de diagnóstico de POC, também segundo o DSM-V consideramos que estamos perante um caso confirmado quando: “1) Estão presentes obsessões, compulsões, ou ambos”; “2) Quando estes são severos o suficiente para consumir muito tempo ou causar prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo”; “3) Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem a efeitos de substâncias ou outras condições médicas” e “4) A perturbação não é melhor explicada por sintomas de outra perturbação mental.” (12,25 p237)

Obsessões e compulsões são atributos muito próprios de POC, e o mais comum continua a ser a sua presença simultânea, porém em 5% dos casos apenas estão presentes as primeiras – um quadro de POC apelidado de “perturbação puramente obsessiva” por alguns autores. Há alguns exemplos de obsessões musicais documentados que se inserem neste contexto. (12,27,28,30)

Estima-se que a prevalência de POC seja de até 2% na população geral, e que nos adultos tenha predominância no sexo feminino, enquanto em crianças e jovens, esta seja maior no sexo masculino. Foi ainda reportado um aumento do risco de suicídio que pode ser até 10 vezes maior do que se verifica na população geral. Mesmo quando comparado a outras patologias psiquiátricas, considera-se que os doentes com POC tenham menor qualidade de vida, assim como os seus familiares e/ou cuidadores. (12) Estima-se que o traço de personalidade dominante em pacientes com POC é o neuroticismo e que esta característica se correlaciona particularmente com a incidência de obsessões. (13)

Por causa da configuração das escalas de severidade de POC, pacientes que padeçam de muitas obsessões, mas com poucas compulsões associadas – como é o caso de doentes com obsessões musicais – incorrem na possibilidade do seu *score*, nestes instrumentos de medida, não corresponder adequadamente ao seu contexto clínico. Por exemplo, num caso de uma doente com obsessões musicais, mas sem compulsões, a escala Y-BOCS sugeria uma POC moderada, mas pelos contornos deste quadro e pelo seu impacto na vida da paciente, esta deveria ser considerada uma doente severa. Esta situação torna-se relevante clinicamente porque, neste caso, a doente acabou por não cumprir critérios de inclusão para um estudo de um potencial novo tratamento. (19)

Quanto ao tratamento de POC, este realiza-se através da prescrição de antidepressivos serotoninérgicos, como SSRI (12,35) ou de clomipramina, um antidepressivo tricíclico (33), em combinação com terapia cognitivo-comportamental. (26) Os tratamentos farmacológico e não farmacológico têm um efeito sinérgico. (12)

Epidemiologia de obsessões musicais

À escala mundial, as obsessões musicais são uma entidade rara (8,15,18,26,27,36,37) e tanto a sua prevalência como a sua relevância são subestimadas (8,10,26,36), embora um estudo indique que até 33% da população com POC possa ter obsessões musicais associadas. (35) Dada a complexidade e a heterogeneidade de POC, tornou-se insuficiente abordar apenas sintomas como verificações ou “*washings*”, porém está estabelecida uma relação entre a prevalência de obsessões musicais e estes sintomas clássicos. Aliás, a presença de um sintoma de POC, prediz a existência de outros, dado que a comorbilidade de sintomas é comum nesta patologia. (18) Assim, sintomas como obsessões musicais tendem a ser negligenciadas no contexto de POC – e um exemplo disso é que na escala Y-BOCS este tipo de obsessões está contemplado, mas surge apenas no parâmetro “outras obsessões” sendo, por isso, por vezes não abordado. (12,18,19,26,32) No passado, já surgiu a sugestão, por parte de alguns autores, de incluir obsessões musicais na escala Y-BOCS como uma categoria própria, além de ser realçada a necessidade de encontrar melhores métodos para avaliar especificamente este tipo de sintomas de forma compreensiva ao considerar um eventual diagnóstico de POC. (12,19)

Poucos pacientes discutem sintomas de obsessões musicais com o seu médico assistente, a não ser que seja um sintoma principal por eles experienciado e, do outro lado, poucos serão os médicos que abordam ativamente este sintoma. (17,18,37) Em pacientes com POC, sintomas musicais podem progredir de “apenas” distrativos ou incomodativos para quadros verdadeiramente disruptivos. Assim, é importante explorar melhor este sintoma, para que não passe despercebido, e caracterizá-lo adequadamente para evitar que se confunda com quadros potencialmente semelhantes, tais como alucinações musicais, como explorado em epígrafe, uma vez que há casos relatados em que esta distinção foi insuficiente e pacientes acabaram a ser erroneamente diagnosticados com perturbações psicóticas e, por conseguinte, sujeitos a um tratamento inapropriado. (8,16–18,27,30,34,35)

A nível de epidemiologia, obsessões musicais distinguem-se de INMI – cuja prevalência é predominantemente feminina (6,15) – uma vez que o padrão epidemiológico nestas é a ocorrência de uma maior prevalência em jovens, mas sem predominância de género. (8) Por outro lado, tal como em INMI, são mais prevalentes em população com maior exposição a música ou formação musical (29,36), e surge mais em momentos de stress. (29)

As características do conteúdo e da forma das obsessões musicais são muito semelhantes ao que é discutido relativamente a INMI, mas com algumas particularidades. Tal como ocorre em INMI, as obsessões musicais costumam surgir na forma de fragmentos de melodias ou, mais raramente, canções completas, e primariamente sobre canções populares e que foram ouvidas no passado, em particular as escutadas recentemente – *trigger* de exposição. (8,18) Podem ainda ser várias canções distintas ou recorrentemente a mesma (8) e os episódios poderão ter duração variável, desde alguns minutos a várias horas, e ser intermitentes ou contínuos. São, no entanto, consideradas no geral mais frequentes e prolongadas e com maior prejuízo ao indivíduo do que INMI. (8,18)

A nível de *triggers*, alguns casos relatam que estes episódios de obsessões podiam surgir meramente no seguimento dos indivíduos pensarem na possibilidade de virem a ter uma música na cabeça – desempenhando um papel paradoxal na génese destes episódios; Outros casos associavam o aparecimento ou exacerbação das obsessões a momentos de stress; Num caso de estudo, foi relatado que uma paciente com diagnóstico prévio de POC começou a recorrer a música e a cantar como forma de *coping* face a outras obsessões não-musicais que tinha, acabando por desenvolver neste contexto uma obsessão musical. (18)

É considerado que as obsessões musicais podem originar estados ansiosos ou depressivos, que surgem como comorbidade. (33)

Coping e tratamento de obsessões musicais

Relativamente aos mecanismos de *coping* de obsessões musicais, estes partilham algumas semelhanças com o que foi previamente documentado, no caso de INMI, particularmente quando o objetivo é tentar eliminar ou, pelo menos, atenuar estes pensamentos (10,18):

Desde logo, os indivíduos tentam evitar que estes episódios iniciem, ao reduzir as chances de estarem expostos a *triggers* que possam despoletar obsessões musicais – como por exemplo ouvir música; estar em locais ou situações onde receiam que pode existir algum estímulo musical – por exemplo evitar idas ao supermercado (18) ou retirar os sons de toque de telemóvel. (38)

Técnicas de distração são pouco consensuais entre autores. Apesar de esta técnica ser rotineiramente considerada útil e benéfica no caso de INMI/*Earworms* (2,7,8,11,17,18), não está indicada para sintomas prototípicos de POC. (17,18) Ainda assim, a sua utilidade nas obsessões musicais em particular, ainda é debatida, havendo autores que colocam a hipótese de ser benéfica (10,16,18,26) e quem considere que é infrutífera neste contexto. (8) Assim como em INMI, pode recorrer-se a distrações com outras músicas, como estímulo competitivo com a obsessão de base (10,18) ou com atividades não relacionadas. (18)

Focando no tratamento de obsessões musicais propriamente ditas, tal como na POC, este inclui um componente farmacológico e um não farmacológico. No entanto, antes de iniciar qualquer tratamento, é premente avaliar bem o quadro clínico em questão, tendo em conta os possíveis diagnósticos diferenciais, para perceber se o paciente sofre efetivamente, ou não, de obsessões musicais. (18) Casos mal diferenciados de alucinações musicais tendem a ser medicados com fármacos antipsicóticos que, não só não melhoram as obsessões como, em alguns casos, chegam a agravar este sintoma. (16,18,27,30,34) Assim, a indicação de tratamento em obsessões musicais passa por medicamentos classicamente usados para tratamento de POC – SSRI (em particular a fluvoxamina) (8,12,16–18,30,35) ou outras classes de antidepressivos, nomeadamente clomipramina, quer em monoterapia, quer em combinação. (8,12,16–18,29,30) Foi reportado que a grande maioria dos pacientes tratados com SSRIs e/ou clomipramina

responderam ao tratamento, embora haja alguns cuja resposta a estes foi nula ou insuficiente. (10,12,33,34)

Relativamente a tratamentos não farmacológicos, é considerado que terapia cognitivo-comportamental, tal como na POC, pode ser benéfica. (10,17,18,26,34) Não obstante, admite-se que a utilização destes modelos requer alguma revisão, para que melhor se adaptem a obsessões musicais, dado que estes estão mais formatados para “*visual obsessional imagery*”. (8,18) Ainda assim esta valência torna-se útil para tentar alterar componentes associados ao pensamento obsessivo, particularmente crenças disfuncionais, como por exemplo “medo de perder o controlo mental”. (18) Um outro método em que a terapia cognitivo-comportamental se pode tornar útil é em intervenções baseadas na aceitação. De forma semelhante ao que se verifica em INMI, é possível encorajar os doentes a aceitar estes pensamentos em vez de tentar ativamente livrar-se deles. (16,18) Foi também testado outro modelo de terapia cognitivo-comportamental, também utilizado na POC, que é o modelo de “exposição com prevenção de resposta”. Neste, quando uma música surge obsessivamente no pensamento (exposição), os pacientes aprendem a inibir os seus comportamentos ou pensamentos compulsivos (resposta). (17,18,26)

Em suma, estudos apontam que o tratamento ideal deve incluir uma combinação de fármacos de classes diferentes ou então uma combinação de psicofármacos com métodos não farmacológicos, dado que estas mostraram uma maior resposta em obsessões musicais. (12,16)

Estudos de caso

Na tabela 1 consta uma compilação de estudos de caso que incluem obsessões musicais, bem como o papel deste sintoma no quadro, comorbilidades, tratamentos instituídos e resultados dos respetivos tratamentos, para permitir uma visualização abrangente destes casos.

Tabela 1: Compilação de estudos de caso que incluem obsessões musicais, com o papel deste sintoma no quadro, comorbilidades, tratamentos instaurados e resultados dos respetivos tratamentos. A – Anos; Dx – Diagnóstico; F – Feminino; M – Masculino; mg – miligrama; Obs – Observações; OC – Obsessivo-Compulsivo; PDM – Perturbação Depressiva Major; TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental; Tx – Tratamento

Caso	Sexo, Idade	Papel das Obsessões Musicais	Comorbilidades e Antecedentes Psiquiátricos	Tratamento final	Resposta ao tratamento
1. (12,29,31)	M, 19A	Sintoma OC isolado	Sem comorbilidades ou antecedentes a destacar.	Diazepam 6mg/dia + TCC	Remissão completa
Obs.: Estudante, sintoma piorava em épocas de stress, em particular, exames. Obsessões surgiam após ser exposto a melodias na vizinhança. Não cumpre critérios de diagnóstico de POC, segundo o DSM.					

2. (12,29,31)	M, 18A	Sintoma OC inaugural	Compulsões na forma de verificações, após surgimento de obsessões musicais.	Bromazepam 6mg/dia	Mantém sintomas após 5 anos
Obs.: Obsessões surgiam apenas quando estava sob stress a estudar. Não cumpre critérios de diagnóstico de POC, segundo o DSM.					
3. (10,12)	F, 51A	Sintoma OC inaugural (no quadro descrito)	POC, desde os 15A Otosclerose Estado basal depressivo e ansiedade moderada, decorrentes das obsessões musicais.	Paroxetina 20 a 40mg/dia + Aripiprazole 2.5mg/dia	Melhoria nos sintomas depressivos e ansiosos, e Y- BOCS score reduzido de 36 para 16, ao longo de 20 semanas
Obs.: Aos 30A iniciou tratamento com SSRI e Clomipramina, com remissão total dos sintomas de POC. Interrompe medicação por já não achar necessária. Recorreu também a TCC, que parou ao fim de 1 ano e meio, por não achar útil. Desenvolve obsessões musicais, de forma contínua, 3 meses após dx de otosclerose. Neste episódio, é medicada com risperidona 3mg por suspeita de alucinações musicais, sem melhoria sintomática. Personalidade com alto neuroticismo e baixa abertura à experiência. A doente teve resposta parcial a um tratamento com paroxetina (Y-BOCS score passa de 36 para 26 em 6 semanas, mantendo-se nas 12 seguintes). É adicionado aripiprazole, com consequente redução do Y-BOCS score de 26 para 16, em 2 semanas)					
4. (12,27)	M, 20A	Sintoma OC isolado (aos 18A)	POC e Distímia (ambos diagnosticados após quadro atual)	Clomipramina 25 a 150 mg/dia	Menos sintomas depressivos e Y- BOCS score reduz de 14 para 6, em 12 semanas.
Obs.: Obsessões musicais tinham forma de <i>jingles</i> comerciais. Foi erroneamente diagnosticado com esquizofrenia com alucinações musicais – para a qual fez tratamento com haloperidol 12mg/dia (por 10 semanas) e depois com risperidona 6mg/dia (por 12 semanas), ambos descontinuados por ausência de resposta. A distímia foi considerada secundária às obsessões musicais.					
5. (12,27)	M, 28A	Sintoma OC isolado (aos 22A)	POC e PDM (ambos diagnosticados após quadro atual) Estado basal ansioso e deprimido, decorrente das obsessões musicais.	Clomipramina 25 a 150 mg/dia	Melhoria do status depressivo e Y- BOCS score reduz de 12 para 5, em 12 semanas.
Obs.: Obsessões na forma de canções comerciais e músicas populares antigas. Submetido a tratamento com haloperidol 6mg/dia (por 2 meses), sem melhoria sintomática. A PDM foi					

	considerada secundária às obsessões musicais.				
6. (12,38)	M, 22A	Sintoma OC inaugural (no quadro descrito)	POC, desde os 19A, com predomínio de compulsões. Quadro depressivo, decorrente das obsessões musicais.	Fluvoxamina 200mg/dia + Clomipramina 75mg/dia	Melhoria subjettiva dos sintomas em 90% e ausência de défices funcionais em <i>follow-up</i> após 3 meses.
Obs.: Antecedente de compulsões na forma de verificações, limpeza, contagens. Obsessões musicais na forma de toques de telemóvel. Inicialmente diagnosticado e tratado para POC, com Fluoxetina (40mg/dia), com remissão completa em 3-4 meses – suspensa esta medicação. Surgem obsessões musicais, com verificações ocasionais associadas. Nesta recorrência, tem Y-BOCS score de 27. Inicia quadro depressivo secundário a estas obsessões.					
7. (8,12)	F, 32A	Sintoma OC isolado (há 12A)	POC (dx após quadro atual) Bulimia nervosa na adolescência. Insónia secundária às obsessões musicais.	Fluoxetina 60 mg/dia	Melhoria sintomática em 60%, com redução do score Y-BOCS de 33 para 13.
Obs.: Bulimia nervosa na adolescência tratada apenas com psicoterapia. Obsessões musicais na forma de músicas variadas, iniciaram há 12 anos em episódios de 1 a 2 semanas, progredindo até ocupar mais tempo e provocando insónia. Para as obsessões, iniciou tratamento com fluvoxamina 200mg/dia, com ligeira redução da frequência das obsessões, mas não da sua intensidade. Opta-se por trocar terapêutica por paroxetina 50mg/dia, descontinuada por efeitos adversos intensos. Optou-se por fluoxetina 60mg/dia, escalando até 80mg/dia, o que provocou cefaleias como efeito adverso – manteve-se dose de 60mg/dia. Doente recusou TCC ou psicoterapia. (Não foram documentadas outras obsessões ou compulsões associadas)					
8. (12,32)	F, 25A	Sintoma OC isolado	Desenvolveu sentimentos de desrealização e despersonalização secundários à obsessão musical	Clomipramina 75mg/dia + Alprazolam 0.75mg/dia	Sem resposta ao tratamento. (Abandono terapêutico)
Obs.: Obsessão musical na forma de uma música proveniente de um filme, durante várias horas por dia. Este sintoma surge no seguimento de uma infeção, considerada achado coincidente. Paciente suspendeu tratamento autonomamente, motivado por efeitos adversos. Sem dx de POC.					
9. (12,29)	M, 20A	Sintoma OC isolado (há 1A)	Personalidade pré- mórbida ansiosa. Dx de POC e PDM no seguimento das	Desvenlafaxina 50 mg/dia + Escitalopram 10 a 30 mg/dia +	Remissão completa às 12 semanas de tratamento.

			obsessões musicais. Insónia secundária às obsessões.	TCC	
Obs.: Obsessões musicais na forma de canções ouvidas recentemente, mais reportadas em momentos de stress ou em que precisa de estar mais concentrado. Com alto impacto na atenção e concentração, provocando ansiedade, perda de apetite, insónia, sentimentos de inutilidade e prejuízo funcional. Desenvolve quadro depressivo com agravamento de sintomas obsessivos, motivando uma tentativa de suicídio. Inicia tx com desvenlafaxina 50mg/dia, com melhoria sintomática em 20 a 25% em 8 semanas. Por estagnação do quadro, adiciona-se escitalopram 10-15 mg/dia e TCC, com remissão de sintomas depressivos e redução de sintomas musicais, em 6 semanas. Sintomas obsessivos agravam mais tarde, em contexto de stress, sendo preciso subir dose de escitalopram para 30mg/dia.					
10. (12,35)	F, 57A	Sintoma OC associado a POC de base (início há 5 meses)	Antecedentes de POC e PDM (sem dados sobre data de diagnóstico)	Sertralina 150mg/dia + TCC	Melhoria moderada dos sintomas
Obs.: Obsessões musicais na forma de uma canção de Natal que a paciente não ouvia desde criança. A doente iniciou sertralina 100mg/dia para tratamento da PDM, escalada para 150mg/dia aquando do surgimento de obsessões musicais. Associada TCC neste contexto.					
11. (12,35)	M, 25A	Sintoma OC associado a POC de base	Antecedentes de POC (sem data de início) Desenvolve quadro depressivo no seguimento das obsessões musicais.	Sertralina 150mg/dia	Melhoria sintomática
Obs.: Obsessão musical na forma de uma canção rock que surge de forma intermitente. Iniciada sertralina 100mg/dia, que apenas melhorou sintomas depressivos, mas não os obsessivos. Escala-se tratamento para sertralina 150mg/dia, com conseqüente melhoria de ambos os sintomas.					
12. (12,35)	M, 47A	Sintoma OC associado a POC de base (há 1 ano)	Antecedentes de POC (sem data de início) Desenvolve quadro de ansiedade moderada no seguimento das obsessões musicais.	Citalopram 40mg/dia + Alprazolam 1mg/dia + TCC	Melhoria dos sintomas de ansiedade e remissão total das obsessões musicais.
Obs.: Obsessões musicais na forma de músicas variadas, ao longo do dia. Medicado com citalopram 20mg/dia, sem melhoria sintomática. Após ausência de resposta e surgimento de sintomas ansiosos, escalada terapêutica para citalopram 40mg/dia e iniciado alprazolam 1mg/dia e TCC.					
13. (12,34)	M, 22A	Sintoma inserido em quadro de múltiplos	Antecedentes de sintomas obsessivo- compulsivos (há 8A) e tiques (há 10A) Quadro	Clomipramina 150 mg/dia + Flupentixol 1mg/dia + TCC	Melhoria das obsessões musicais em 20%, de outros

		sintomas OC (início há 3 anos)	ansioso secundário às obsessões musicais. POC com perturbação de tiques vocais crónica associada (dx após quadro atual)		sintomas obsessivo-compulsivos em 70% e de tiques em 50%, além de melhor qualidade de vida.
Obs.: Obsessões musicais na forma de canções variadas, com alívio durante atividades mais exigentes, e quando dorme. Inicialmente diagnosticado com esquizofrenia e medicado com olanzapina 10mg/dia, com conseqüente agravamento dos sintomas. À reavaliação do quadro clínico foi formalmente diagnosticado POC com perturbação de tiques vocais crónica – inicia clomipramina 50mg/dia, escalando até 150mg/dia. Mais tarde é associado flupentixol 1mg/dia. Todos os sintomas melhoraram à exceção de obsessões musicais, que só aliviaram após associar TCC.					
14. (12,16)	M, 25A	Sintoma inserido em quadro de múltiplos sintomas OC (início há 10A)	Antecedentes de múltiplos sintomas obsessivo-compulsivos e humor depressivo (há 15A) Diminuição do apetite e insónia (há 4 meses) POC com PDM associada (dx após quadro atual)	Escitalopram 40 mg/dia + TCC	Melhoria sintomática, com redução de Y-BOCS score de 26 para 9.
Obs.: Paciente com obsessões sexuais, com masturbação como compulsão associada (há 15 anos) e obsessões musicais na forma de canções, melodias ou poemas com conteúdo variável, há 10 anos, e surgem na sequência de um evento traumático. Os sintomas agravaram há cerca de 1 ano. Ao longo do tempo, realiza vários tratamentos, com Escitalopram, Desvenlafaxina, Clomipramina, Fluvoxamina, Risperidona (sem informação de doses ou da ordem pela qual foram administrados). Sabe-se que este tratamento surtiu efeito e que, por estabilização do quadro, o doente optou por abandonar o tratamento. Depois disso, os sintomas regressaram com maior intensidade, e é formalmente diagnosticada POC com PDM associada, iniciando escitalopram 40mg/dia e TCC.					
15. (12,28,29)	M, 21A	Sintoma inserido em quadro de múltiplos sintomas OC (início há 5A)	Antecedentes de múltiplos sintomas obsessivo-compulsivos, há 5 anos. Desenvolve humor depressivo, ideação suicida, alteração do apetite e de sono e distúrbios funcionais secundários ao quadro obsessivo-	Fluvoxamina até 300mg/dia + risperidona 2mg/dia + TCC	Diminuição da duração e frequência de obsessões musicais em 6 semanas.

			compulsivo. POC associado a PDM severa (dx após quadro atual)		
<p>Obs.: Sintomas obsessivo-compulsivos de base na forma de contaminações, limpezas, verificações e imagens perturbadoras. Obsessões musicais na forma de canções de filmes, durante várias horas por dia, todos os dias, com impacto funcional. Após diagnóstico formal de POC associado a PDM, inicia tratamento com fluvoxamina 300mg/dia e risperidona 2mg/dia, com melhoria de sintomas obsessivo-compulsivos, à exceção das obsessões musicais. Só depois de associar TCC é que estas melhoraram.</p>					
16. (12,29,36)	M, 30A	Sintoma OC inaugural (início há 4 anos)	Desenvolve compulsões, no seguimento das obsessões musicais. Sem diagnóstico formal de POC	Fluvoxamina 200 mg/dia + Fluoxetina 60 mg/dia + Lítio 900mg/dia + TCC	Melhoria sintomática em 4 semanas, redução do Y-BOCS score em 8 semanas e remissão quase completa dos sintomas em 6 meses.
<p>Obs.: O paciente em questão é músico. Obsessões musicais na forma de músicas de filmes ou compostas pelo próprio, com progressiva perturbação da capacidade de concentração e impacto funcional consequente. Inicia também obsessões na forma de versos de canções. Desenvolveu compulsões na forma de verificações, correções e simetrias.</p>					
17. (33)	F, 34A	Sintoma OC isolado.	Perturbação Depressiva Major	Vortioxetina 20mg/dia	Melhoria sintomática e redução do Y-BOCS score de 10 para 3, em 12 semanas.
<p>Obs.: Apresenta-se no quadro atual com humor depressivo, anergia, dificuldade de concentração, ansiedade, insónia, perda de apetite e obsessões musicais – diagnosticada com PDM, e tratada com escitalopram 20mg/dia com alguma melhoria sintomática, exceto das obsessões musicais, que passaram a condicionar uma maior dificuldade de concentração, em tarefas como ler livros ou manter diálogos. Diagnóstico neste momento de obsessões musicais, associadas a PDM de base. <i>Shift</i> terapêutico de escitalopram para vortioxetina 20mg/dia. Sem diagnóstico de POC.</p>					
18. (30)	F, 17A	Sintoma principal em quadro de múltiplos sintomas OC	POC (diagnóstico no quadro atual)	Fluvoxamina 300mg/dia	Remissão total de sintomas obsessivo-compulsivos e redução de Y-BOCS score de 25 para 0, em 3 meses.

	<p>Obs.: A paciente apresenta-se com ansiedade intensa, insônia, irritabilidade, pensamentos obsessivos, despersonalização e desrealização, com 1 mês de evolução, condicionando grande perturbação funcional. Diagnosticada com psicose aguda, e neste seguimento inicia olanzapina 20mg/dia, que interrompe ao fim de 6 semanas, por efeitos secundários. <i>Shift</i> terapêutico para risperidona 6mg/dia, interrompida ao fim de 6 semanas por exacerbação de pensamentos obsessivos. Inicia haloperidol 4mg/dia, sem melhoria sintomática ao fim de 6 semanas. Ajuste terapêutico com clozapina 150mg/dia, que interrompe ao fim de 6 semanas por ainda maior agravamento de pensamentos obsessivos, aqui já na forma de sons e melodias (músicas populares e <i>jingles</i> comerciais). Por suspeita de alucinações musicais, faz-se escalada terapêutica de clozapina para 200mg/dia e adiciona-se flufenazina 5mg/dia, com os sintomas a tornarem-se os piores já experienciados. Reduz-se clozapina para 75mg/dia e flufenazina para 2.5mg/dia e adiciona-se ziprasidona 160mg/dia. Obsessões musicais agravam ainda mais. À reavaliação, é diagnosticada com POC, com Y-BOCS <i>score</i> de 25. A partir daqui é descontinuada a terapêutica antipsicótica e iniciada fluvoxamina 200mg/dia e depois escalada para 300mg/dia.</p>				
19. (19)	F, 24A	Sintoma OC principal	POC (início há 8 anos) Quadro depressivo secundário	Tratamento experimental à base de ultrassom + TCC	Redução de sintomas obsessivos em <i>follow-up</i> de 12 meses, e diminuição do Y-BOCS <i>score</i> em 62%. Resolução dos sintomas depressivos.
	<p>Obs.: No quadro de POC, iniciou com obsessões, sobretudo na forma de imagens perturbadoras. Tinha também compulsões na forma de verificações, contagens, seguir caminhos específicos e outros rituais. Entretanto compulsões cessam e surgem obsessões musicais, na forma de canções ou toques de telemóvel em loop na sua cabeça, condicionando isolamento social, impacto funcional, ideação suicida e humor deprimido. Inicia tratamentos com fármacos, psicoterapia e estimulação transcraniana, sem sucesso. Selecionada para tratamento experimental (capsulotomia não-incisional por ultrassom, guiada por ressonância magnética), com ligeira melhoria, reiniciando depois TCC. Ainda tem sintomas de obsessões musicais ocasionalmente, mas muito mais controlados, em <i>follow-up</i> de 14 meses.</p>				
20. (26)	M, 34A	Sintoma inserido em quadro de múltiplos sintomas OC (com início na adolescência)	Perturbação Afetiva Bipolar tipo I e POC (início aos 9 anos)	Sem dados de tratamento	Sem dados de seguimento

	Obs.: Obsessões musicais, que surgem na adolescência, na forma de fragmentos de canções, bem como de sons como campainhas, particularmente antes de adormecer, condicionando insónia. Maior incidência em momentos de stress ou em que se sente mais deprimido. Este caso serve particularmente para ilustrar um caso de obsessões musicais num doente com perturbação afetiva bipolar.
--	---

Análise de dados

No total foram analisados 20 casos clínicos.

Destes 20 casos, 13 (65%) ocorreram em homens, e sobretudo em indivíduos jovens (aqui considerados até aos 25 anos, inclusive), com 12 dos 20 (60%) a pertencerem a este grupo, algo também suportado pela literatura. (32) 9 dos 20 casos (45%) reuniam ambas as condições, eram homens e tinham 25 ou menos anos.

Relativamente à relação entre POC e obsessões musicais, dos casos analisados, 7 (35%) tinham diagnóstico prévio de POC, 8 (40%) apenas foram diagnosticados no surgimento dos respetivos quadros que incluíam obsessões musicais e 5 (25%) não chegaram a cumprir critérios de diagnóstico de POC – estando em concordância com os autores que referem que obsessões musicais são mais prevalentes em pacientes que sofrem de POC. (26) Além disso, a nível de restantes antecedentes: 2 pacientes (casos 10 e 17) já tinham diagnóstico de perturbação depressiva major; 1 (caso 14) tinha humor depressivo há vários anos; 2 (casos 9 e 17) tinham personalidade ansiosa de base; 1 (caso 13) tinha perturbação de tiques vocais; 1 (caso 20) tinha perturbação afetiva bipolar (PAB); 1 (caso 3) tinha traços de personalidade com neuroticismo marcado.

Quanto à forma de apresentação do sintoma de obsessões musicais, em 7 dos casos (35%) este era o único sintoma obsessivo-compulsivo, corroborando a hipótese de obsessões musicais poderem surgir como sintoma isolado. Já em 13 dos 20 casos (65%), as obsessões musicais surgem em associação a outros sintomas obsessivo-compulsivos, sendo o sintoma obsessivo-compulsivo inaugural em 4 destes casos e o principal sintoma deste tipo em 2 dos casos.

A nível de comorbilidades psiquiátricas, destaca-se que, no seguimento do quadro caracterizado pelas obsessões musicais, se desenvolveram:

- Quadros depressivos, em 8 casos (40%), (Casos 3, 4, 5, 6, 9, 11, 15, 19);
- Insónia, em 5 casos (25%), (Casos 7, 9, 14, 15, 20);
- Quadros ansiosos, em 4 casos (20%), (Casos 3, 9, 12, 13);
- Outros sintomas obsessivo-compulsivos, em 4 casos (20%), (Casos 2, 6, 14, 16);
- Alterações do apetite, em 3 casos (15%), (Casos 9, 14, 15);
- Ideação suicida com ou sem tentativa de suicídio, em 3 casos (15%), (Casos 9, 15, 19);
- Desrealização e despersonalização, em apenas 1 caso (5%), (Caso 8).

Estes dados vão de encontro aos estudos que referem uma maior comorbilidade de quadros depressivos ou ansiosos em indivíduos que sofrem de obsessões musicais. (33)

Relativamente a fatores de alívio ou agravamento de obsessões musicais, poucos foram os estudos de caso que documentaram estes componentes. Ainda assim, 3 pacientes (Casos 1, 2 e 9) reportaram agravamento de sintomas em momentos de stress e com maior necessidade de concentração, 2 dos quais, estudantes (Casos 1 e 2), que referiram particularmente dificuldades em épocas de exames, enquanto estudavam para estes, por oposição ao paciente do caso 13, que refere melhoria sintomática durante atividades mais exigentes, no caso, trabalhar ou conversar.

A nível de auto percepção de aversão a este sintoma, foi referido por apenas 2 estudos de caso que se torna mais incomodativo no momento de tentar adormecer (caso 20) e durante leituras ou diálogos (caso 17).

No que toca às características das obsessões musicais, a nível de *triggers*, conteúdo e forma, também poucos estudos de caso abordam esta vertente. Apenas foi reportado que dois pacientes (casos 1 e 9) associavam as suas obsessões musicais a canções ouvidas recentemente (*trigger* de exposição). Quanto ao conteúdo das obsessões, não houve propriamente um padrão, com a maioria dos casos (9 casos) a reportar músicas variadas, havendo 3 referências a músicas de filmes, 2 a toques de telemóvel, 1 a campainhas, 1 a *jingles* publicitários e 1 a músicas do próprio, por se tratar de um músico.

Quanto ao diagnóstico desta condição, foram reportados diagnósticos incorretos e, conseqüentemente, tratamentos desadequados, por confusão com quadros psicóticos e/ou alucinações musicais, em 4 casos (casos 3, 4, 13 e 18).

A nível dos tratamentos farmacológicos instaurados, 12 pacientes foram tratados com SSRI: 4 com fluvoxamina, 2 com fluoxetina, 2 com sertralina, 2 com escitalopram, 1 com citalopram e 1 com paroxetina. Em 5 casos recorreu-se a um antidepressivo tricíclico, a clomipramina. Em 4 casos foram usadas benzodiazepinas, tendo a escolha recaído sobre alprazolam em 2 pacientes, diazepam em 1 e bromazepam em apenas 1 também. Apesar de haver vários doentes tratados com fármacos antipsicóticos, em consequência de erros de diagnóstico, 3 mantiveram esta classe terapêutica no seu plano de tratamentos – 1 com aripiprazol, 1 com flupentixol e 1 com risperidona. Houve ainda casos em que foram testadas outras classes farmacológicas – num dos casos recorreu-se ao lítio, noutra um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina (SNRI), a desvenlafaxina e noutra vortioxetina, um modulador serotoninérgico.

Destaca-se ainda o caso 19 que foi submetido a um tratamento experimental que consiste em uma capsulotomia não-incisional, por ultrassom, guiada por ressonância magnética.

A nível de tratamento não farmacológico, 9 pacientes fizeram terapia cognitivo-comportamental.

Nos 20 casos apresentados, registou-se resposta ao tratamento em 17 doentes, 4 dos quais com remissão sintomática completa, e 13 que, apesar de sem remissão total, registaram uma melhoria sintomática. 2 não registaram qualquer melhoria, e 1 dos casos não tem dados de seguimento.

A análise destes tratamentos, será feita à luz dos tratamentos preconizados por estudos anteriores: SSRI (8,12,16–18,30,35) e/ou clomipramina (8,12,16–18,29,30), além da associação a TCC (10,17,18,26,34), pelo que as restantes classes farmacológicas não serão especificadas nesta secção. Analisando os 17 pacientes com alguma resposta ao tratamento, verifica-se que:

Em 11 destes doentes foram utilizados SSRI, 3 dos quais em monoterapia, 1 associado a clomipramina, 1 associado a outros fármacos e 6 com TCC como tratamento adjuvante, com ou sem associação a outras classes farmacológicas.

Relativamente ao recurso a clomipramina (usada em 4 doentes), além do caso referido acima em que foi associado SSRI, foi utilizada em 2 pacientes em monoterapia, e em 1 clomipramina juntamente com TCC, além de fármacos de outras classes.

Quanto aos pacientes que recorreram a TCC, foram 9 no total – 6 dos quais junto com SSRI (com ou sem outros fármacos), 1 dos quais associado a clomipramina (com outro fármaco) e 2 associados a outros tratamentos, que não os supracitados.

Destaca-se ainda o recurso a vortioxetina, em apenas 1 dos casos com resposta parcial.

Os sintomas mantiveram-se inalterados em apenas 2 casos – um deles foi tratado com bromazepam (caso 2) e a falência terapêutica do outro foi atribuída ao abandono do tratamento, pelo que não se consegue tirar conclusões (caso 8).

A nível do prognóstico, entre os casos que descrevem este parâmetro, conclui-se que a melhoria sintomática ocorreu predominantemente entre as 6 e as 12 semanas, sendo 12 semanas a moda apurada (30% dos casos).

Materiais e métodos

Foram realizadas pesquisas na plataforma PubMed com os termos “*Earworms NOT Corn*”; “*Musical Obsession*”; “*Musical Obsessions*”; “*Stuck Song Syndrome*”; “*INMI*”

Posteriormente foram adicionadas duas fontes bibliográficas, uma delas por ser um caso de estudo referenciado num dos artigos selecionados na pesquisa e outra por ser o manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais.

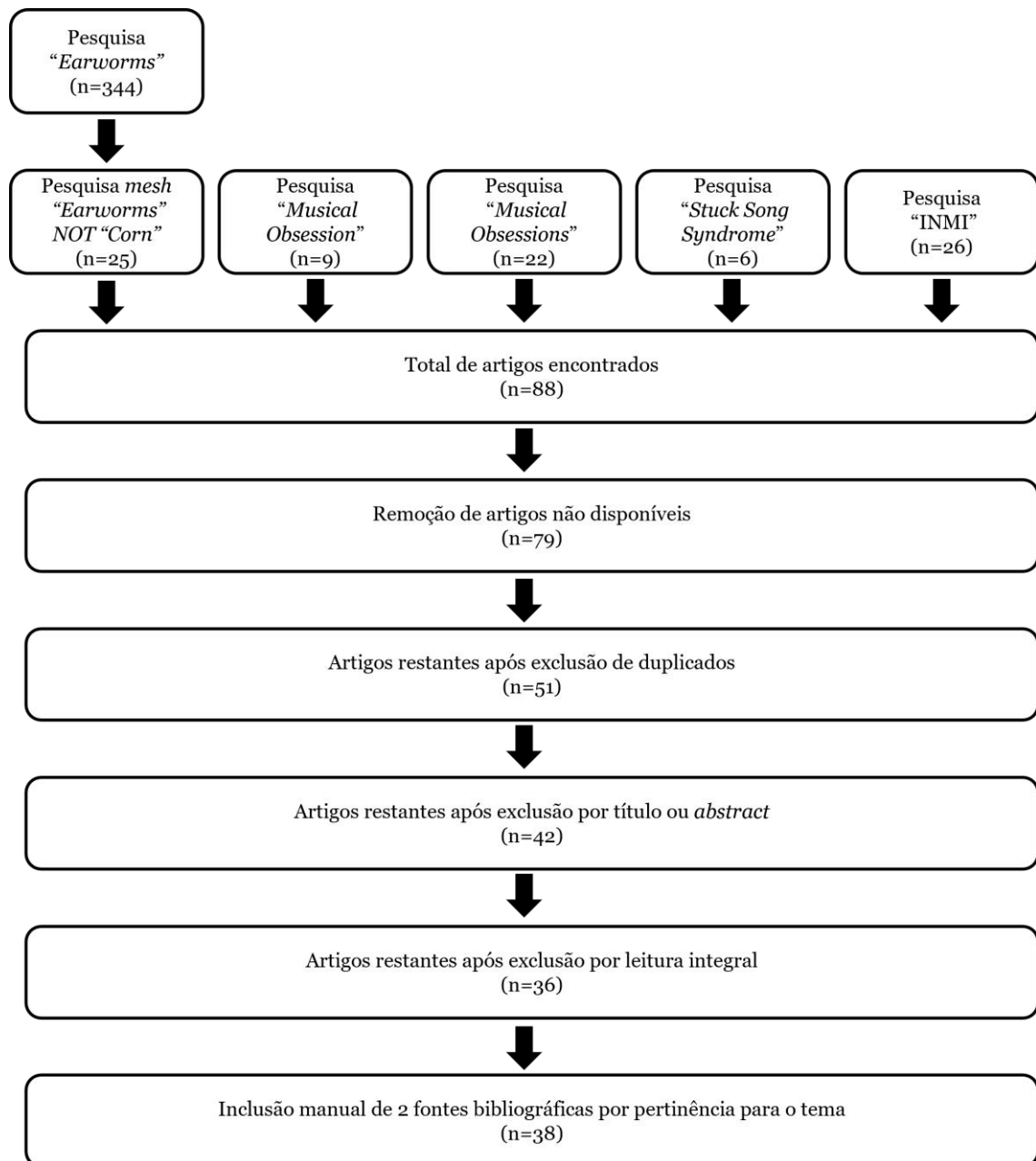


Figura 1: Métodos de recolha e seleção de artigos

Caso clínico

Apresenta-se um caso clínico autobiográfico, de um jovem do sexo masculino, de 24 anos de idade, solteiro, estudante de Medicina. Este apresenta pensamentos intrusivos recorrentes, na forma de canções, ou suas frações, no espaço interior, com humor depressivo e irritável, baixo limiar à frustração, insónia, ansiedade, compulsões e dúvida patológica.

Os sintomas musicais surgiram há cerca de 10 anos, como pensamentos repetitivos, de forma involuntária e egodistónica, com insight preservado. Surgem na forma de fragmentos de músicas ou, por vezes, canções completas – com predomínio de canções populares variadas e, por vezes, canções infantis. Refere que, desde sempre, ouve muita música, e que é uma área de interesse que considera particularmente relevante. Inicialmente, estes sintomas eram apenas associados a situações causadoras de stress – como vésperas de exames – e principalmente no momento antes de adormecer, condicionando insónia inicial. Nesta altura, apesar de incomodativos, estes pensamentos eram ainda relativamente toleráveis e, por isso, não motivavam tentativas de supressão. Ao longo do tempo houve um agravamento sintomático progressivo, sendo atualmente diários e constantes. Há cerca de 4 anos estes sintomas começaram a tornar-se mais frequentes e perturbadores, com interferência nas atividades de vida diária (AVDs) – deterioração da capacidade de concentração, atenção e retenção de informação (com necessidade de releitura constante por fácil distratibilidade), agravamento da insónia e dificuldades em relações interpessoais, uma vez que mesmo durante estas interações, estes pensamentos continuam a surgir, obrigando a uma maior necessidade de atenção para manter o diálogo, ainda assim com ocasional prejuízo na retenção de informações. Há cerca de 1 ano, os sintomas musicais agravaram ainda mais, e atualmente ocupam várias horas do dia, quer de forma intermitente, quer contínua, condicionando grande impacto nas AVDs e uma maior sensação de frustração por incapacidade de controlo destes sintomas. O indivíduo considera que, mais do que o aumento da frequência destes pensamentos, são a perturbação e a frustração decorrentes, os responsáveis pelo maior impacto deste quadro.

Como fatores de agravamento identifica o cansaço e ansiedade/stress, que contribuem quer para o aumento da frequência, quer para a magnitude do impacto funcional. Na maioria das vezes, os sintomas surgem de forma espontânea (sem identificação de um *trigger*), embora a exposição recente a músicas contribua, por vezes, como fator precipitante ao aparecimento dos sintomas.

Tenta ignorar ou suprimir as obsessões através das seguintes formas: elaboração da obsessão, por audição completa da música pensada; distração através da audição de outras músicas ou com outras tarefas não relacionadas; tentativas ativas de ignorar o pensamento; aceitação do pensamento. Refere ainda que utiliza como método de *coping* ouvir melodias instrumentais em momentos que sabe que requerem maior capacidade de concentração (como estudar), de forma a minorar o surgimento de canções com lírica, que dificultam em maior grau estas atividades. Estes comportamentos usados como métodos de *coping* têm sucesso variável.

Mais recentemente, desenvolveu outros sintomas obsessivo-compulsivos associados – verificação do travão do carro, dúvida patológica sobre atividades que realizou ou sobre o próprio discurso, ambivalência na toma de decisões e tricotilomania (pelos da barba). Evita evidenciar as verificações e os momentos de distração ou dúvida, por receio de julgamento por terceiros.

Também no decorrer do último ano surgiram sintomas ansiosos, por aumento da frustração causada por este quadro, bem como sintomas depressivos, com humor depressivo, sentimentos de tristeza, acompanhados por visão negativa do próprio, do mundo e do futuro. Descreve ainda tendência para humor irritável, baixo limiar à frustração e anedonia, com abandono de atividades que previamente via como prazerosas (por exemplo leitura recreativa ou videogames), que relaciona com cansaço e stress vivenciados pelo desconforto causado pelos sintomas supracitados. Atualmente, considera que, pelo conjunto de todos os sintomas experienciados, o quadro encontra-se no maior grau de severidade já sentido.

Assim, relativamente ao exame do estado mental, destaca-se: alteração do conteúdo do pensamento, na forma de obsessões musicais, sobre as quais tem pouco controlo, e que despertam luta interior, ansiedade, fácil distratibilidade e falta de atenção; humor depressivo; afetos superficiais, mas congruentes com o humor e algum embotamento afetivo. Nos ritmos biológicos realça-se insónia inicial. O restante exame do estado mental não apresenta alterações.

Em relação ao modelo *Big 5 Personality Traits* (39), quando aplicado o questionário indicado, revela predominância dos traços de personalidade de neuroticismo e abertura à experiência.

Descartam-se outras patologias mentais/orgânicas ou consumos toxicofílicos que justifiquem o quadro. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

Estudo analítico sem alterações, incluindo estudo de drogas de abuso negativo. Sem estudos de imagem realizados.

No decorrer do episódio atual, é diagnosticado com perturbação obsessiva-compulsiva, com predomínio de obsessões musicais, suportado pelo cumprimento dos critérios desta patologia constantes no DSM-V (25 p237). Quando aplicada a escala Y-BOCS (40) para a severidade de POC, apresenta como resultado 21 pontos, o que corresponde a doença moderada.

Ainda de acordo com o DSM-V (25 pp160-161), cumpre também critérios diagnósticos para perturbação depressiva major, com severidade estimada como patologia leve a moderada, obtida por um resultado de 17 pontos na escala de Beck. (41)

No presente momento não realiza qualquer tratamento psicofarmacológico ou psicoterapêutico direcionado aos sintomas acima descritos.

Discussão

O caso clínico apresentado neste trabalho partilha várias semelhanças com a fundamentação teórica e com os casos previamente descritos de obsessões musicais, constantes na tabela 1, por isso torna-se relevante traçar alguns paralelismos entre estes.

Começando pela demografia da população afetada, este caso debruça-se sobre um jovem, do sexo masculino, enquadrando-se tanto na base teórica (8), como na compilação de casos clínicos acima citados (em que 65% eram homens, 60% jovens, e 45% homens jovens). Neste caso estamos também perante um jovem que refere um especial interesse em música e que consome muito deste conteúdo, algo documentado como fator predisponente ao surgimento de obsessões musicais. (29,36) Há também predomínio dos traços de personalidade de neuroticismo e abertura à experiência, algo previamente suportado por vários autores (13) e que também é uma característica comum ao caso 3.

Quanto às características das obsessões musicais em si, assim como citado na introdução, este caso apresenta-se com pensamentos na forma de músicas, de forma repetitiva e intrusiva, entendidas no espaço subjetivo, com insight preservado, geradoras de resistência, ansiedade e frustração motivadas pelo seu fraco controlo. Ocorrem na forma de canções populares, muitas vezes de forma espontânea, mas por vezes recaindo sobre músicas ouvidas algo recentemente – também concordante com o principal *trigger* documentado em quadros de obsessões musicais, o *trigger* de exposição (8,18), um achado também encontrado nos casos 1 e 9 da tabela 1.

À semelhança do caso clínico aqui apresentado, também na compilação da tabela 1 houve relato, por parte de 3 pacientes, de agravamento sintomático em momentos de maior stress e necessidade de concentração, 2 dos quais (casos 1 e 2) em circunstâncias muito semelhantes ao doente em estudo – são estudantes que referem particulares dificuldades em momentos próximos a avaliações académicas. Outro paralelismo encontrado é a particular perturbação causada pelas obsessões musicais antes de dormir (assim como no caso 20) ou durante leitura ou interações interpessoais (semelhante ao caso 17).

A nível de *coping* para estes sintomas musicais, da mesma forma que previamente relatado (10,18), o doente apresentado recorre a distrações, seja na forma de outras canções, seja com outras atividades não relacionadas. Da mesma forma que descrito na literatura (30), aqui o doente procura também não evidenciar os seus sintomas perante terceiros.

Assim como referido anteriormente, obsessões musicais não dependem necessariamente da existência de um diagnóstico de POC de base para surgir, apesar de serem bastante mais comuns nesta população. (26) O mesmo achado é encontrado no caso aqui descrito, em que o doente cumpre critérios de diagnóstico para esta patologia, algo que também se verificou em 75% dos casos descritos na tabela 1 (35% com diagnóstico prévio + 40% com diagnóstico nos respetivos quadros descritos).

Tal como acontece em 65% dos casos compilados na tabela 1, bem como na literatura existente (18), no relato atual, as obsessões musicais surgem associadas a outros sintomas obsessivo-compulsivos. Também no caso aqui relatado, obsessões musicais foram o sintoma inaugural, o que ocorre em 20% dos casos que são descritos na mesma tabela.

Assim como exposto na fundamentação teórica, indivíduos que padecem de obsessões musicais têm uma maior predisposição ao desenvolvimento de sintomas ansiosos ou depressivos associados (33), bem como outros sintomas obsessivo-compulsivos, algo que é também verificado tanto no presente caso retratado, como em estudos de caso da tabela 1 (40% destes desenvolveram quadros depressivos, 20% ansiosos e 20% outros sintomas obsessivo-compulsivos). Outro achado relacionável entre o caso descrito neste trabalho e a compilação na tabela 1 é o surgimento de insónia, também experienciada em 25% dos pacientes que constam nesta.

A nível de tratamento não é possível estabelecer correlações entre o doente estudado no presente trabalho e os restantes casos ou fundamentação teórica dado que este não cumpre nenhuma terapêutica dirigida a este quadro clínico, no entanto é possível traçar algumas previsões nestes aspetos:

A literatura aponta para o recurso a fármacos classicamente utilizados no contexto de POC, em particular SSRIs e/ou clomipramina (8,12,16–18,29,30,35), associados, ou não, a terapia cognitivo-comportamental. Os dados adquiridos através da análise dos casos clínicos compilados na tabela 1 apontam de igual forma para a utilidade destes tratamentos. Também de acordo com estes dados, a nível de prognóstico, é esperada uma melhoria sintomática em cerca de 6 a 12 semanas. Dada a similaridade entre o caso clínico elaborado neste trabalho e os restantes, anteriormente relatados, espera-se que com tratamentos à base de SSRI e/ou clomipramina e/ou TCC seja atingida uma melhoria sintomática num período equiparável ao descrito acima.

Após análise dos casos clínicos, ressalta-se que o fenómeno de obsessões musicais deve ser bem distinguido tanto da sua contraparte não patológica – INMI que, nas suas características basais é bastante semelhante, mas sem grandes repercussões funcionais aos indivíduos – quanto de outros quadros sintomatologicamente similares – alucinações ou pseudoalucinações musicais, que entram no domínio das perturbações psicóticas. Esta última distinção é particularmente relevante, não só a nível de diagnósticos, mas sobretudo tendo em conta a diferença entre os tratamentos de obsessões e alucinações musicais. Há vários exemplos na literatura de pacientes que padeciam de obsessões musicais e que, ao ser erroneamente diagnosticados com alucinações, acabaram a iniciar tratamento antipsicótico. Isto torna-se um fator merecedor de particular atenção na medida em que nestes mesmos casos, foi reportado um agravamento dos sintomas musicais após instaurar terapêuticas com esta classe farmacológica, o que representa danos ainda maiores para os doentes. Podemos atentar no caso 18 da tabela 1: neste, acompanha-se uma paciente do sexo feminino, com pensamentos obsessivos (junto com outros

sintomas), diagnosticada com psicose aguda e posteriormente tratada com vários antipsicóticos – olanzapina, risperidona, haloperidol, clozapina, flufenazina e ziprasidona – ao longo de vários meses, com progressivo agravamento dos sintomas experienciados. Mais tarde esta, ao ser diagnosticada com POC, descontinuando o tratamento antipsicótico e iniciando terapêutica adequada a esta patologia, com fluvoxamina (um SSRI), atinge remissão completa dos sintomas em apenas 3 meses.

Como já referido, a literatura aponta para que a terapêutica farmacológica ideal, nestes casos, assente na mesma que é comumente aplicada à POC – pelo que o caminho a percorrer no futuro seja mais sobre uma melhor distinção diagnóstica do que sobre novos tratamentos neste campo.

Conclusão

Obsessões musicais são um fenómeno que consiste no pensamento repetitivo e obsessivo de canções, com impacto na vida diária, incluindo-se no espectro dos sintomas obsessivo-compulsivos. Pode ou não fazer-se acompanhar de um diagnóstico prévio ou atual de POC, embora se admita ser bastante mais usual a ocorrência deste sintoma em indivíduos com este diagnóstico, apesar de haver casos isolados reportados. Ainda assim, na população geral, é um fenómeno muito raro e, por isso, fruto de não ser tão bem descrito na literatura, é também muitas vezes negligenciado. É, também, pelo caráter de raridade clínica e pela escassa literatura sobre o tópico, que se torna relevante este trabalho, cujo objetivo é compilar a informação até agora disponível sobre obsessões musicais, bem como um conjunto de casos clínicos marcados por este sintoma, com as suas respetivas particularidades, além de descrever e caracterizar ainda um novo estudo de caso, autobiográfico, que tem este sintoma como principal destaque.

Além de ser um sintoma pouco ou nada abordado a nível de prática clínica, os instrumentos de estratificação de severidade de sintomas obsessivo-compulsivos – em particular a escala Y-BOCS – também poderiam beneficiar de algumas alterações: primeiro, tal como referido anteriormente, existe a possibilidade de haver uma perturbação obsessivo-compulsiva sem grandes compulsões, sendo o principal sintoma as obsessões, que por mais perturbadoras que sejam, sem compulsões associadas, nunca iriam atingir, por exemplo, um grau de severidade superior, recorrendo a este questionário; segundo, as obsessões musicais praticamente não constam nesta escala – inserem-se meramente no parâmetro “outras obsessões” contribuindo, mais uma vez, para que nem cheguem a ser abordadas. A título de revisão futura, poderia ser interessante reestruturar esta escala, ou mesmo desenvolver outra, de forma que contemple mais compreensivamente este sintoma e que avalie as obsessões e as compulsões de modo a traduzirem de forma mais fidedigna os impactos na vida dos indivíduos.

O limiar entre reunir critérios para obsessões musicais ou apenas “ter uma música na cabeça” [INMI], é razoavelmente ténue. Isso, a adicionar ao facto de INMI ser algo extremamente comum na população geral, enquanto obsessões serem, pelo contrário, tão raras, leva a uma enorme desvalorização deste sintoma, tanto pela generalidade da população como pela classe médica. É importante um maior investimento na literatura acerca deste tema, de forma que seja melhor avaliado e, sobretudo, melhor compreendido, até porque isso contribui ainda para que quem sofre deste sintoma não se sinta tão desacompanhado na sua abordagem.

Quanto às técnicas de terapia cognitivo-comportamental atualmente disponíveis, tal como referido na introdução, estudos anteriores já ressaltaram a necessidade de serem adaptadas, de modo a melhor se aplicarem ao tratamento de obsessões musicais, pelo que uma reavaliação deste tipo de terapêutica possa ser benéfica no futuro.

Como perspetivas futuras sobre o tema aqui em estudo, apela-se a uma melhor distinção de termos e consensualização de definições: Obsessões musicais, *earworms*, INMI [*Involuntary*

musical imagery], *stuck song syndrome* e outros termos são ainda muitas vezes usados como sinónimos ou, pelo menos, sem uma correta distinção de, no mínimo, se estamos a abordar uma situação patológica ou não. Isto obriga a que trabalhos, como o presente, se vejam algo forçados a escolher que termos utilizar e a que condições patológicas ou fisiológicas os atribuir. Torna-se relevante uma diferenciação mais clara entre estes conceitos, de modo a atingir uma maior uniformidade a nível da literatura, limitando potenciais obstáculos ou fatores de confundimento que possam advir desta situação.

Relativamente a limitações do estudo atual destaca-se: a possível ocorrência de um viés de observação, na medida em que o caso em estudo é autobiográfico e que, por isso, revestido de subjetividade, sendo atribuída à situação clínica um caráter inerentemente mais negativo; a escassez de literatura acerca deste tema; e a ausência de consenso entre autores, a nível de vários dos componentes relativos a obsessões musicais, quer a nível da sua relação com POC, quer a nível de uma insuficiente distinção entre conceitos e definições, relevantes para o presente trabalho.

Referências bibliográficas

1. Floridou GA, Müllensiefen D. Environmental and mental conditions predicting the experience of involuntary musical imagery: An experience sampling method study. *Conscious Cogn* [Internet]. 2015;33:472–86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.02.012>
2. Williamson VJ, Liikkanen LA, Jakubowski K, Stewart L. Sticky tunes: How do people react to involuntary musical imagery? *PLoS One*. 2014;9(1).
3. Akerman-Nathan A, Naftalovich H, Kalanthroff E. The aversiveness of intrusiveness: Evidence from involuntary musical imagery. *J Clin Psychol*. 2024;80(1):110–26.
4. Jalbert MC, Hyman IE, Blythe JS, Staugaard SR. Investigating features that contribute to evaluations of intrusiveness for thoughts and memories. *Conscious Cogn*. 2023;110(February).
5. Killingly C, Lacherez P. The song that never ends: The effect of repeated exposure on the development of an earworm. *Q J Exp Psychol*. 2023;76(11):2535–45.
6. Liikkanen LA, Jakubowski K. Involuntary musical imagery as a component of ordinary music cognition: A review of empirical evidence. *Psychon Bull Rev*. 2020;27(6):1195–217.
7. Cotter KN. Mental control in musical imagery: A dual component model. *Front Psychol*. 2019;10(AUG):1–13.
8. Orjuela-Rojas JM, Rodríguez ILL. The stuck song syndrome: A case of musical obsessions. *Am J Case Rep*. 2018;19:1329–33.
9. Jakubowski K, Farrugia N, Halpern AR, Sankarpani SK, Stewart L. The speed of our mental soundtracks: Tracking the tempo of involuntary musical imagery in everyday life. *Mem Cogn*. 2015;43(8):1229–42.
10. Islam L, Scarone S, Gambini O. Obsessive-compulsive disorder presenting with musical obsessions in otosclerosis: A case report. *J Med Case Rep*. 2014;8(1):4–7.
11. Floridou GA, Williamson VJ, Stewart L. A novel indirect method for capturing involuntary musical imagery under varying cognitive load. *Q J Exp Psychol* [Internet]. 2017;70(11):2189–99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17470218.2016.1227860>
12. Truong TPA, Applewhite B, Heiderscheit A, Himmerich H. A systematic review of scientific studies and case reports on music and obsessive-compulsive disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22).

13. Negishi K, Sekiguchi T. Individual traits that influence the frequency and emotional characteristics of involuntary musical imagery: An experience sampling study. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(6):1–16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234111>
14. Moseley P, Alderson-Day B, Kumar S, Fernyhough C. Musical hallucinations, musical imagery, and earworms: A new phenomenological survey. *Conscious Cogn* [Internet]. 2018;65(April):83–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.07.009>
15. Beaman CP, Williams TI. Earworms ('stuck song syndrome'): Towards a natural history of intrusive thoughts. *Br J Psychol*. 2010;101(4):637–53.
16. Naskar S, Victor R, Nath K, Choudhury HA. "Radio inside my head": A curious case of early onset "stuck song syndrome" or obsessive-compulsive disorder with predominant musical obsession. *Indian J Psychol Med*. 2017;39(3):373–5.
17. Euser AM, Oosterhoff M, Van Balkom I. Stuck song syndrome: Musical obsessions - when to look for OCD. *Br J Gen Pract*. 2016;66(643):90.
18. Taylor S, McKay D, Miguel EC, De Mathis MA, Andrade C, Ahuja N, et al. Musical obsessions: A comprehensive review of neglected clinical phenomena. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2014;28(6):580–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.003>
19. Davidson B, Hamani C, Rabin JS, Meng Y, Richter MA, Giacobbe P, et al. Magnetic Resonance–Guided Focused Ultrasound Capsulotomy for Musical Obsessions. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2021;90(10):e49–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.07.005>
20. Bacon A, Beaman CP, Liu F. An Exploratory Study of Imagining Sounds and "Hearing" Music in Autism. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2020;50(4):1123–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04346-w>
21. Beaty RE, Burgin CJ, Nusbaum EC, Kwapil TR, Hodges DA, Silvia PJ. Music to the inner ears: Exploring individual differences in musical imagery. *Conscious Cogn* [Internet]. 2013;22(4):1163–73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2013.07.006>
22. Scullin MK, Gao C, Fillmore P. Bedtime Music, Involuntary Musical Imagery, and Sleep. *Psychol Sci*. 2021;32(7):985–97.
23. Beaman CP, Powell K, Rapley E. Want to block earworms from conscious awareness? B(u)y gum! *Q J Exp Psychol* [Internet]. 2015;68(6):1049–57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17470218.2015.1034142>
24. Farrugia N, Jakubowski K, Cusack R, Stewart L. Tunes stuck in your brain: The frequency and affective evaluation of involuntary musical imagery correlate with cortical structure. *Conscious Cogn* [Internet]. 2015;35:66–77. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.04.020>

25. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. 2013. 1–947 p.
26. Thomson M, Sharma V. Bipolar disorder and musical obsessions. *Bipolar Disord.* 2020;22(3):313–5.
27. Matsui T, Matsunaga H, Ohya K, Iwasaki Y, Koshimune K, Miyata A, et al. Clinical features in two cases with musical obsessions who successfully responded to clomipramine. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(1):47–51.
28. Praharaj SK, Goyal N, Sarkar S, Bagati D, Sinha P, Sinha VK. Musical obsession or pseudohallucination: Electrophysiological standpoint. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(2):230–4.
29. Aneja J, Nebhinani N, Grover S. Musical obsessions: A case report and review of literature. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(1):102–4.
30. Marsanić VB, Aukst-Margetić B, Grgić N, Kusmić E. Misdiagnosis and exacerbation of unusual obsessive-compulsive disorder presentation with risperidone and clozapine in an adolescent girl - A case report. *Coll Antropol [Internet].* 2011;35 Suppl 1:293–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21648350>
31. Gomibuchi T, Gomibuchi K, Akiyama T, Tsuda H, Hayakawa T. Obsession of hearing music: From the viewpoint of Morita theory. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;54(2):203–6.
32. Pfizer N, Andrade C. Isolated musical obsessions. *Indian J Psychiatry [Internet].* 1999;41(1):77–8. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2962290&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
33. Yoshimura R, Okamoto N, Konishi Y, Ikenouchi A. Major depression with musical obsession treated with vortioxetine: a case report. *Ann Gen Psychiatry [Internet].* 2021;20(1):19–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00340-8>
34. Nath K, Bhattacharya A, Hazarika S, Roy D, Praharaj SK. A Case of Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder With Musical Obsessions and Comorbid Tic Disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2013;25(1):14–5.
35. Matta APC, Ribas MCA, Carod-Artal FJ. Musical obsessions in obsessive-compulsive. *Rev Neurol.* 2012;54(8):508–9.
36. Saha A. Musical obsessions. *Ind Psychiatry J.* 2012;21(1):64.
37. Andrade C, Rao NS. Musical obsessions : a case report. *Indian J Psychiatry [Internet].* 1997;39(2):178–80. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21584068>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2967106>

38. Mendhekar DN, Andrade C. Musical obsession: Repeated auditory imagery of a cell phone ring tone. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(4):591.
39. Novikova IA. Big Five (The Five-Factor Model and The Five-Factor Theory). *Encycl Cross-Cultural Psychol.* 2013;(August):136–8.
40. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney DS. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). 1989;
41. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychol Corp. 1996;