

Auditory hallucinations in tinnitus patients: Emotional relationships and depression

Fenômenos alucinatorios auditivos em pacientes com zumbido: relações afetivas e aspectos depressivos

Rosa Maria Rodrigues dos Santos¹, Tanit Ganz Sanchez², Ricardo Ferreira Bento³, Mara Cristina Souza de Lucia⁴.

1) Mestre. Psicólogo Encarregado.

2) MD, PhD. Professora Associada do Departamento de Otorrinolaringologia da FMUSP.

3) MD, PhD. Professor Titular do Departamento de Otorrinolaringologia da FMUSP.

4) PhD. Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC - FMUSP.

Instituição: Clínica Otorrinolaringológica / Divisão de Psicologia do ICHC - FMUSP.
São Paulo / SP - Brasil.

Endereço para correspondência: Rosa Maria Rodrigues dos Santos - Rua Barata Ribeiro, 372 - Apto. 31 - Bela Vista - São Paulo / SP - Brasil - CEP: 01308-000 - E-mail: rmrodrigues@usp.br

Artigo recebido em 3 de Novembro de 2011. Artigo aprovado em 9 de Janeiro de 2012.

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, identificamos um número crescente de pacientes com zumbido que também referiam percepções repetidas de sons complexos, como músicas e vozes. Tais fenômenos alucinatorios nos instigaram a estudar suas possíveis relações com o psiquismo destes pacientes.

Objetivos: avaliar se os fenômenos alucinatorios dos pacientes com zumbido têm relação com psicose e/ou depressão, além de esclarecer seu conteúdo e função no psiquismo.

Método: Dez sujeitos (8 mulheres, idade média de 65,7 anos), selecionados por otorrinolaringologistas, foram avaliados pela mesma psicóloga por meio de entrevista semi-dirigida, Escala para Depressão de Hamilton e entrevistas psicanalíticas.

Resultados: Nenhum dos pacientes apresentou relação dos fenômenos auditivos com psicose, mas sim com aspectos depressivos. O discurso dos pacientes evidenciou que os fenômenos apresentam funções inconscientes na vida afetiva de cada um. A forte tendência à rememoração/repetição de fatos/situações desagradáveis foi marcante em todos os casos, tendendo a exacerbar o incômodo com o zumbido, com os fenômenos alucinatorios e a piorar aspectos depressivos.

Conclusões: Há uma importante relação entre zumbido, fenômenos alucinatorios e depressão, sustentada na rememoração persistente de fatos/situações que causam sofrimentos psíquicos. O conhecimento destes achados representa mais um passo em direção à necessidade de particularizar o tratamento deste subgrupo de pacientes com zumbido, envolvendo equipe multidisciplinar. Prospectivo.

Palavras-chave: alucinações, zumbido, depressão.

INTRODUÇÃO

O zumbido é uma percepção auditiva sem fonte sonora externa. Afeta até 15% da população (1), em todas as faixas etárias (2,3), predominando em idosos (4,5). Apesar de possuir múltiplas causas orgânicas – otológicas, metabólicas, neurológicas, somatossensoriais, cardiovasculares ou odontológicas –, apresenta importantes aspectos psicológicos implicados (4,3,6,7), que estão relacionados ao modo como o zumbido será interpretado e enfrentado, requerendo uma equipe multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento adequados.

Os tipos de zumbido mais mencionados pelos pacientes são compatíveis com tons puros (apito) ou bandas de frequências (chiados). Entretanto, ao longo da experiência no Grupo de Pesquisa em Zumbido do Ambulatório da Clínica Otorrinolaringológica do HCFMUSP, alguns pacientes começaram a referir percepções auditivas

curiosas e complexas, como músicas e vozes, associadas aos zumbidos convencionais.

De modo geral, as percepções sem objeto são consideradas alucinações. Como na psiquiatria há controvérsias e falta de consenso para essas definições (8,9), optamos por usar, neste estudo, uma nomenclatura geral para essas alterações: fenômenos alucinatorios.

Pouco se conhece sobre a ocorrência desses fenômenos na população em geral, mas há indícios de que sejam frequentes (10). As alterações auditivas e visuais são consideradas como fator de risco para doenças psiquiátricas (11), mas não são exclusivas das psicoses (12).

Entre os fenômenos alucinatorios, os auditivos são o de maior interesse para o otorrinolaringologista, pois necessitam de um diagnóstico diferencial. Entre eles, o tipo audioverbal (vozes) é mais comum que o musical. Teorias relacionam ambos os fenômenos a diversas alte-

rações: neurológicas (como acidentes vasculares cerebrais, tumores), psiquiátricas (como depressão, esquizofrenia), drogas (quetamina, ranitina, benzodiazepínicos, álcool etílico, cabinoídes etc) e outros (13,14). Os fenômenos musicais podem estar relacionados à privação sensorial auditiva (15,16,17), por desinibição de circuitos neuronais que liberariam traços de memória (15).

Além de alterações cerebrais propriamente ditas, outras teorias relacionam o surgimento dos fenômenos alucinatórios e seu conteúdo a aspectos psíquicos e afetivos do indivíduo. Segundo essas teorias, estas manifestações ocorrem quando os pacientes (psicóticos ou não) não dispõem de recursos de simbólicos suficientes para suportar determinadas situações traumáticas, como: o intenso sofrimento corporal, a perda sensorial, a eliminação das referências de tempo-espaço ou ataques aos próprios ideais (18). Nos psicóticos, por características de seu psiquismo, os fenômenos alucinatórios são percebidos como reais (19).

Em vista da necessidade de esclarecer determinados aspectos psicológicos dos pacientes otorrinolaringológicos que apresentam zumbido associado a fenômenos alucinatórios auditivos, este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar se os fenômenos alucinatórios auditivos:

1. apresentam relação com a psicose;
2. têm seu conteúdo ou forma relacionados com o psiquismo;
3. estão relacionados a aspectos depressivos, associados ou não ao zumbido.

MÉTODO

Esta pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP (Nº 1046/06).

Critérios de seleção

Pela raridade do fenômeno, foram incluídos todos os pacientes atendidos no Grupo de Pesquisa em Zumbido do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que apresentaram, além do zumbido, fenômenos alucinatórios auditivos, no período de fevereiro de 2007 a fevereiro de 2008.

Foram excluídos os pacientes impedidos de iniciar ou concluir as etapas previstas na pesquisa (por doenças neurológicas, afasia, surdez não reabilitada pelo método oral).

Assim, a amostra final foi composta por 10 pacientes (8 mulheres), com idade entre 43 e 85 anos (média de 65,7 anos).

Do ponto de vista orgânico, as avaliações médicas e audiológicas realizadas antes deste estudo, demonstraram que todos os pacientes apresentavam perda auditiva bilateral (condutiva, neurosensorial ou mista, de grau leve a profundo) e um apresentou epilepsia do lobo temporal mesial, com crises.

Os 10 pacientes foram avaliados em duas etapas:

- 1ª etapa (realizada por uma pesquisadora auxiliar devidamente treinada), composta por:
 - 1 a 2 entrevistas semi-dirigidas para caracterização do fenômeno alucinatório
 - aplicação da escala para Depressão de Hamilton (HAM-D) para avaliação da intensidade dos sintomas depressivos;
- 2ª etapa (realizada pela pesquisadora principal), composta por:
 - 2 a 4 entrevistas psicanalíticas com função diagnóstica da presença ou ausência de psicose, baseando-se no modo de organização do psiquismo, evidenciado pelo discurso livre do paciente ao analista (20,21,22).

A segunda etapa foi cega em relação à primeira.

A análise foi feita de acordo com os pressupostos teóricos de cada instrumento:

- Normas do HAM-D;
- Análise do conteúdo das entrevistas semi-dirigidas de acordo com os tópicos estabelecidos;
- Teoria freudiana e laciana para as entrevistas psicanalíticas.

A análise quantitativa foi realizada pela contagem dos eventos.

RESULTADOS

1ª etapa

Dentre as características principais dos fenômenos alucinatórios, houve o predomínio dos fenômenos musicais (n=8) em relação aos audioverbais (n=4), sendo que 2 pacientes apresentaram associação de ambos os fenômenos.

Dentre os 8 pacientes que referiram os fenômenos musicais, 4 ouviam músicas conhecidas desde a infância ou juventude, 3 ouviam coros com músicas conhecidas

ou coros religiosos. Uma referiu ouvir uma música, melodia, desconhecida que se assemelhava a uma valsa.

Dentre os 4 pacientes com fenômenos audioverbais, dois referiram apresentar mais de um tipo. O mais comum foi a percepção, bastante nítida para alguns, do chamado do próprio nome (n=3), principalmente em momentos de solidão e/ou medo intensos. Dois pacientes referiram ouvir sons semelhantes à fala de uma ou mais pessoas, porém sem compreensão do conteúdo.

Em relação à reação provocada, 6 pacientes referiram sentir medo dos fenômenos alucinatórios, especialmente de estarem enlouquecendo; cinco pacientes referiram dificuldade de concentração na presença dos fenômenos.

Metade dos pacientes (n=5) referiu melhora do incômodo com o zumbido e com os fenômenos alucinatórios quando estavam calmos ou distraídos, mas também referiram que pouco exploraram essa possibilidade. Também metade da amostra (n=5) informou que apresenta os fenômenos alucinatórios há 5 anos ou mais.

Todos os 10 pacientes sabiam que as músicas ou vozes provêm deles mesmos, tendo origem subjetiva. Entretanto, seis disseram se confundir, em alguns momentos, pela grande nitidez dos fenômenos.

Através do HAM-D, todos os pacientes evidenciaram sintomas depressivos de diferentes graus (Tabela 1).

2ª etapa

As entrevistas psicanalíticas permitiram identificar que todos os pacientes apresentaram ausência de indícios de psicose, inclusive aqueles que referiram fenômenos alucinatórios audioverbais.

Através do discurso nas entrevistas psicanalíticas, foi

possível observar que os fenômenos (músicas ou vozes) estão relacionados ao psiquismo desses pacientes não psicóticos.

De modo geral, os fenômenos funcionaram como uma metáfora de determinados aspectos da vida dos pacientes que haviam sido perdidos ou que estavam fortemente ameaçados. Assim, sua presença permitia uma espécie de retomada de tais aspectos e funcionava como um tipo de proteção inconsciente que facilitava o manejo de situações difíceis da vida. O conteúdo de música ou voz indicou isso de modo privilegiado, como pode ser explicitado nos dois exemplos a seguir (nomes fictícios):

1. Ana, 84 anos, viúva, mora sozinha. Apresenta perda auditiva neurosensorial severa bilateral há mais de 15 anos. Na entrevista, realçou resignada que “todos têm seus companheiros e não podem ficar comigo”. Precisou afastar-se da igreja, à qual sempre pertenceu, por problemas de locomoção. Logo depois desse afastamento, surgiram os fenômenos musicais que se manifestaram como hinos religiosos. Fez questão de contar que seu nome é o de uma profetiza bíblica, citando outra profetiza, Débora, “que com seu canto, reuniu seu povo”. Através de seus fenômenos alucinatórios, Ana conseguiu fazer, inconscientemente, algo próximo: logo depois de se ver afastada do grupo do qual sempre participou, pôde voltar a se reunir a ele através das músicas e hinos da igreja que passou a ouvir subjetivamente.
2. Cândida, 43 anos, ouvia cantigas infantis de curta duração. Sempre foi muito insegura e uniu-se contra sua vontade a um homem rude, que não lhe apoiava. Sustentava-se no apoio oferecido pelos filhos que teve com ele. Depois do suposto envolvimento com drogas do filho mais velho e da morte do irmão que havia forçado seu casamento, Cândida entrou em um período depressivo importante e logo passou a ouvir, com nitidez, a voz de pessoas que lhe chamavam. Diante da possibilidade de perder seu principal apoio, o filho, sentindo-se só e mais insegura, surge – através de seus

Tabela 1. Intensidade dos sintomas depressivos (HAM-D) e tipos de fenômenos alucinatórios auditivos (entrevistas semi-dirigidas).

	Depressão	Tipo de música	Tipo de voz
S1	Moderada	infância/juventude	—
S2	Leve	coro	Falas incompreensíveis
S3	Grave	infância/juventude	Chamado do próprio nome
S4	Leve	Melodia desconhecida	—
S5	Moderada	coro	—
S6	Moderada	—	Chamado do próprio nome
S7	Moderada	infância/juventude	—
S8	Grave	—	Chamado do próprio nome
S9	Grave	infância/juventude	—
S10	Leve	coro	Falas incompreensíveis

fenômenos alucinatórios – uma voz que a busca e a retira da solidão.

As entrevistas psicanalíticas evidenciaram, em todos os casos, uma forte tendência dos pacientes em repetir, evidenciar e supervalorizar seus sofrimentos, mantendo-se como sofredores, mesmo ao falar sobre fatos antigos ou já superados.

Tanto o zumbido quanto os fenômenos alucinatórios foram incluídos nesse rol da repetição e manutenção de uma condição de sofrimento na vida, sem perceberem ou aproveitarem possibilidades referidas que poderiam trazer um apaziguamento ou mudança – o que incluiu, por vezes, os tratamentos propostos pelos otorrinolaringologistas.

Todos os pacientes apresentaram um posicionamento depressivo na vida. Referiram o surgimento ou piora de sintomas depressivos, principalmente, diante das dificuldades em lidar com perdas ou mudanças na vida, realçando-se: o envelhecimento; a mudança de valores no mundo contemporâneo; e o temor de causar desagrado ou enfrentar a desconsideração dos outros.

Para dois pacientes, os fenômenos vocais estavam bastante vinculados à depressão grave, tendo uma delas melhorado consideravelmente após medicação antidepressiva.

DISCUSSÃO

Nessa amostra de pacientes com zumbido, os fenômenos alucinatórios não se mostraram vinculados à psicose, quando avaliados pelo discurso livre nas entrevistas. Condizendo com essa avaliação, apesar da nitidez dos fenômenos de alguns dos pacientes, todos mantiveram o princípio de realidade, preservando a dimensão de que o fenômeno é gerado subjetivamente, não sendo considerado como externo.

De acordo com o que aponta a literatura, os fenômenos alucinatórios audioverbais – vozes – são mais comuns, particularmente em pacientes esquizofrênicos ou naqueles com depressão grave (13,23); já os fenômenos musicais são mais raros, mas acometem principalmente mulheres idosas (14,16,17) com isolamento social, podendo estar associados principalmente a perdas auditivas, comprometimentos neurológicos ou psiquiátricos, especialmente depressivos (14,16,17).

Em nossa amostra, diferentemente, os fenômenos musicais foram mais prevalentes, mas corroboraram a literatura pela predominância em mulheres com perda auditiva e isolamento social.

O caráter repetitivo e intrusivo dessa percepção, com a preservação da crítica quanto à origem subjetiva, fez com que autores questionassem se são verdadeiramente fenômenos alucinatórios ou se estão próximos ao caráter obsessivo (24,25,26), sendo considerado como um ritual mental repetitivo.

Esse ritual mental repetitivo também está presente na forte tendência para rememoração apresentada por todos os pacientes, principalmente dos fatos e situações desagradáveis. Isso influencia e exacerba o incômodo referido ao zumbido e aos fenômenos alucinatórios auditivos, bem como marca um importante posicionamento depressivo na vida. Um indício interessante disso foi a referência de melhora do incômodo com o zumbido ou com os fenômenos alucinatórios, por metade dos pacientes (n=5), com a distração e a calma. Destaca-se que os mesmos referiram usar muito pouco essa possibilidade de melhora, mostrando uma preferência curiosa pela manutenção de seu desconforto.

Assim, não podemos dizer que os pacientes se tornaram deprimidos pela presença do zumbido e dos fenômenos alucinatórios, mas, diversamente, é possível dizer que o posicionamento depressivo dos pacientes, que tende a enfatizar os sofrimentos da vida, compromete o tratamento, reduzindo as condições de melhora do incômodo com os sintomas.

Apesar dos pacientes apresentarem a perda de audição como condição favorável ao aparecimento dos fenômenos alucinatórios (15,16,17), seu início ocorreu vários anos depois e esteve vinculado a vivências traumáticas, diante das quais os pacientes não dispuseram de recursos simbólicos suficientes para o seu enfrentamento.

Os fenômenos alucinatórios funcionaram como um tipo proteção psíquica inconsciente diante do desamparo gerado por uma situação nova e abaladora (18), como mostraram os exemplos de Ana e Cândida. Além do incômodo e medo referidos pelos pacientes, os fenômenos serviram como uma espécie de representação de algo perdido e reencontrado de modo curioso.

Assim, os traços de memória seriam ativados não por efeito da liberação aleatória de circuitos neuronais (15), mas por aspectos afetivos dotados de relevância para cada pessoa. Nos pacientes que não são psicóticos, o fenômeno alucinatório é uma criação do psiquismo que surge em momentos nos quais se dispõe de capacidade de simbolização limitada para o enfrentamento do sentimento de desamparo, sendo um resto de uma realidade vivida anteriormente que age como uma forma de proteção diante de um vazio simbólico (18).

Essa forma de considerar o fenômeno alucinatório lembra em alguns pontos o sonho, tal como compreendido por Freud: abre a possibilidade para a satisfação de um desejo inconsciente, bem como permite uma certa confusão entre a representação e a percepção (18).

Quase toda a amostra foi composta por pacientes idosos que, de algum modo, referiu-se aos problemas do envelhecimento e ao temor de causarem algum desagrado aos outros ou de serem desconsiderados. Isso marca que o humano tem necessidade de se sentir escutado/considerado e de se fazer escutar/considerar pelo outro, sendo este um ponto-chave na organização do psiquismo, que é buscado por toda a vida, desde o princípio da existência humana (27,28).

Em contrapartida, o isolamento decorrente da perda auditiva e o sentimento de desconsideração pelo outro, por vezes relacionado a algumas formas de vivência do envelhecimento, causam imenso sofrimento psíquico e podem chegar ao desinteresse pela vida, comprometendo as relações de linguagem e da percepção do mundo (29).

Confiar no apoio de outras pessoas serve como um importante mediador para a superação das limitações físicas ou afetivas (30). Inversamente, idosos isolados dos laços sociais e afetivos do cotidiano tendem a encontrar prazer apenas na lembrança do passado (29).

Assim, podemos levantar como hipótese que uma vivência empobrecida afetivamente, seja pelo envelhecimento ou pela perda auditiva, pode fazer com que os restos do passado, no qual se possuía condições melhores de vida, representadas de modo singular nos fenômenos alucinatórios, sejam investidos, inconscientemente, de modo muito intenso, o que talvez sustente sua repetição, bem como a dificuldade dos pacientes em, de fato, investirem nos meios que poderiam trazer sua diminuição.

A prática clínica com pacientes surdos do Grupo de Implante Coclear também favorece esta hipótese: alguns pacientes que se tornaram subitamente surdos também referem fenômenos alucinatórios musicais e audioverbais – às vezes de cunho reprovador –, também sem indícios de um diagnóstico de psicose. Contudo, nestes pacientes o fenômeno se mostra mais transitório, o que parece estar relacionado à condição de adaptação à surdez.

Embora não tenha sido objetivo deste estudo, verificamos que os fatores que causam danos emocionais aos pacientes com zumbido são muito importantes no tratamento (31,32). Isso também é válido para os pacientes com zumbido e fenômenos alucinatórios auditivos, principalmente no tocante aos aspectos depressivos.

CONCLUSÕES

Nossos resultados nos permitem afirmar que os fenômenos alucinatórios em pacientes com zumbido não apresentam relação direta com a psicose, mas podem estar fortemente relacionados à vida afetiva dos pacientes, ao modo como se vêem no presente, bem como à maneira como lidam com os problemas da vida, destacando-se comprometimentos trazidos por um posicionamento depressivo.

Certamente, a amostra pequena traz limitações para a generalização de nossos resultados, contudo indica aspectos interessantes para outros estudos, inclusive com outros pacientes que enfrentam condições abaladoras com a surdez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanchez TG, Bento RF. An evaluation of tinnitus treatment. *Exp Opin Ther Patents*, 2000; 10(12):1911-1917.
2. Coelho CB, Sanchez TG, Tyler R. Tinnitus in children and associated risk factors. *Prog Brain Res*, 2007; 166:179-191.
3. Moller AR. Tinnitus: presence and future. *Prog Brain Res*, 2007; 166:3-16.
4. Sanchez TG, Medeiros ÍRT, Levy CPD, Ramalho JRO, Bento RF. Tinnitus in normally hearing patients: clinical aspects and repercussions. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2005; 71(4):427-431.
5. Hébert S, Carrier J. Sleep Complaints in elderly tinnitus patients: a controlled study. *Ear Hear*, 2007; 28:649-655.
6. Rocha CACB, Sanchez TG. Myofascial trigger points: another way of modulating tinnitus. *Prog Brain Res*, 2007; 166:209-213.
7. Lloyd SKW, Baguley DM A patient with tinnitus. *Clin Otolaryngol*, 2008; 33:25-28.
8. Cheniaux E. Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? *Rev Bras Psiquiatr*, 2005; 27(2):157-62.
9. Blom JD, Sommer IEC Auditory Hallucinations Nomenclature and Classification. *Cog Behav Neurol*, 2010; 23(1).
10. Ohayon MM Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res*, 2000; 97(2-3):153-64.

11. Whalley HC, Gountouna V-E, Hall J, McIntosh A, Whyte M-C, Simonotto E, Job D E, Owens DGC, Johnstone EC, Lawrie SM. Correlations between fMRI activation and individual psychotic symptoms in un-medicated subjects at high genetic risk of schizophrenia. *BMC Psychiatry*; 2007; 7:61. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/61>.
12. Nasio JD. A alucinação e outros estudos lacanianos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1997:52-56.
13. Dalgalarrodo PA. Sensopercepção e suas alterações. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000:81-90.
14. Prommer E Musical Hallucinations and opioids: a word of caution. *J Pain Symptom Manage*, 2005; 30(4):305-307.
15. Hammeke TA, McQuillen MP, Cohen BA Musical hallucinations associated with acquired deafness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1983; 46:570-2.
16. Gordon AG Musical hallucination - correspondence. *Neurology*, 1994; 44:986.
17. Griffiths TD Musical hallucinosis in acquired deafness - phenomenology and brain substrate. *Brain*, 2000; 123(10):2065-76.
18. Alonso SL. Do sintoma simbólico ao mais além: a problemática do alucinatório (on-line) www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Silvia_Leonor_Alonso.pdf
19. Alvarenga E. Psicoses freudianas e lacanianas. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 2000; 28:40-3.
20. Leguil F. Mais-além dos fenômenos. A querela dos diagnósticos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1986:60-9.
21. Monseny JÁ. ética psicanalítica do diagnóstico. *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Quinet A (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001:69-72.
22. Quinet A. Como se diagnostica hoje? *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Quinet A (org.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001:73-8.
23. Kot T Serper M Psychological Mechanisms Mediate Psychotic Behavior. *J Nerv Ment Dis*, 2004; 192(6):428-429.
24. Hugo FJ, Stein DJ, Heerden BV Musical obsessions or hallucinations? (letters - In Reply). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2000; 12(4):519.
25. Ali J A Musical hallucinations and deafness: a case report and review of the literature. *Neuropsychiatry, Neuropsychol Behav Neurol*, 2001; 15(1):66-70.
26. Terao T, Ikemura N Musical obsessions or hallucinations? (letters). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2000; 12(4):518-9.
27. (Laznik M-C A voz como primeiro objeto da pulsão oral. A voz da sereia - o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Wanderley D (org.). Salvador: Ágalma, 2004, 69-87.
28. Ferreira ICH, A voz na constituição do sujeito e na clínica do autismo: o nascimento do Outro e suas vicissitudes. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2005.
29. Mannoni M, A velhice hoje. O nomeável e o inominável - a última palavra da vida. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995:13-38.
30. Taylor MG, Lynch SM, Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *J Gerontol: Social Sciences*, 2004; 9B(4):S238-46.
31. Lee S-H, Kim J-H, Hong S-H, Lee D-S Roles of cognitive characteristics in tinnitus patients. *J Korean Med Sci*, 2004; 19:864-9.
32. Folmer R L Long-term reductions in tinnitus severity. *Ear, Nose Throat Dis*, 2002; 2:3.