

Obsessão ou alucinação musical? uma reflexão psicopatológica e psicofarmacológica a partir de uma vinheta fictícia

Musical obsession or musical hallucination? a psychopathological and psychopharmacological reflection based on a fictional vignette

Obsesión o alucinación musical? una reflexión psicopatológica y psicofarmacológica a partir de una viñeta ficticia

1 Rodrigo Nicolato  - [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Jussara Mendonça Alvarenga - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: 1 [Professor Titular, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil]; 2 [Clínica de Psiquiatria, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: César Augusto Trinta Weber

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Nicolato R, Alvarenga JM [1, 5, 10, 11, 12, 13, 14]

Conflito de interesses: declara não haver

Fontes de financiamento: não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 01/07/2026

Aprovado em: 02/07/2026

Publicado em: 07/07/2026

Como citar: Nicolato R, Alvarenga JM. Obsessão ou alucinação musical? uma reflexão psicopatológica e psicofarmacológica a partir de uma vinheta fictícia. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-10, e1637.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1637>

COMUNICAÇÃO BREVE

Quando uma música vira sintoma

A música é uma das formas mais universais de memória, afeto e identidade. Por isso, nem toda experiência musical repetitiva é patológica. Canções que “grudam” na mente, trechos melódicos que retornam espontaneamente e lembranças musicais involuntárias fazem parte da

experiência humana comum. O problema clínico surge quando a música deixa de ser uma lembrança ou incômodo passageiro e passa a ocupar a vida psíquica de modo persistente, intrusivo, sofrido ou perceptivamente estranho.

Nesse território, a pergunta diagnóstica é provocativa: trata-se de obsessão musical ou de alucinação musical? A resposta não é apenas semântica. Se o clínico chama de alucinação aquilo que é uma obsessão, pode produzir estigma psicótico, investigação inadequada e tratamento pouco específico. Se chama de obsessão aquilo que é uma alucinação, pode deixar de investigar perda auditiva, epilepsia, demência, medicamentos, privação sensorial ou outra condição neurológica e clínica. A fronteira entre esses fenômenos exige, portanto, psicopatologia fina e prudência terapêutica.

A literatura sobre obsessões musicais descreve fenômenos musicais intrusivos, repetitivos, indesejados e associados a sofrimento, frequentemente dentro do espectro obsessivo-compulsivo [1 - 2]. A literatura que compara obsessão musical e alucinação musical mostra a relevância clínica do diagnóstico diferencial [3]. Já as revisões sobre alucinações musicais descrevem a experiência de ouvir música sem estímulo externo correspondente, com associação frequente a perda auditiva, idade avançada, condições neurológicas, medicamentos e transtornos neurocognitivos, sem que isso signifique necessariamente psicose [4, 5, 6, 7]. O [DSM-5-TR](#) e a [CID-11](#) ajudam a organizar síndromes, mas não substituem a entrevista psicopatológica [8 - 9]. Este artigo propõe uma reflexão clínica e psicofarmacológica sobre essa fronteira, a partir de vinhetas clínicas inteiramente fictícias, elaboradas apenas para fins didáticos e não inspiradas em caso real.

Vinhetas clínicas fictícias: três modos de escutar a mesma queixa

Vinheta A: uma professora aposentada, socialmente ativa e sem história de transtorno psicótico, procura atendimento dizendo que “uma música não sai da cabeça”. Ela descreve o fenômeno como repetitivo, indesejado e cansativo. A experiência aumenta quando tenta suprimi-la, melhora transitoriamente quando se distrai e vem acompanhada de ansiedade, irritabilidade e rituais mentais para “substituir” a melodia. Quando perguntada, localiza a música “na mente”, reconhece o caráter absurdo do incômodo e não acredita que alguém esteja transmitindo sons. Aqui, a formulação obsessivo-compulsiva ganha força.

Vinheta B: uma mulher idosa, com perda auditiva progressiva e zumbido, relata ouvir hinos antigos ao anoitecer, sobretudo em ambiente silencioso. A música parece vir do quarto ao lado, mas ela não encontra fonte sonora. Não há delírios, alteração formal do pensamento, desorganização do comportamento ou convicção persecutória. O fenômeno tem qualidade perceptiva, depende do silêncio e se associa a privação auditiva. Aqui, a hipótese de alucinação musical por liberação sensorial precisa ser investigada antes de qualquer rótulo psicótico.

Vinheta C: um paciente com sintomas depressivos, insônia e uso recente de nova medicação passa a relatar fragmentos musicais repetitivos, ora como pensamento intrusivo, ora como som quase externo. A experiência é angustiante, mas o insight oscila. Esta vinheta é a mais próxima da clínica real: nem sempre a psicopatologia cabe em caixas limpas. A mesma queixa pode ter componentes obsessivos, perceptivos, afetivos, farmacológicos e neurossensoriais.

As três vinhetas são inteiramente fictícias. Não foram construídas a partir de prontuário, atendimento, lembrança clínica ou composição de casos. Servem para mostrar que a pergunta “obsessão ou alucinação?” só tem valor quando obriga o clínico a descrever a experiência, e não quando vira resposta rápida.

O ponto central é que a forma como o clínico pergunta muda o diagnóstico: “a música vem de fora ou de dentro?”, “o senhor acredita que alguém a está transmitindo?”, “há esforço para resistir?”, “a experiência é percebida como absurda ou como real?”, “há perda auditiva?”, “houve mudança de medicamento?”, “há declínio cognitivo?”, “há crise epilética, alteração do sono ou uso de substâncias?”.

A fenomenologia da obsessão musical

A obsessão musical se aproxima do campo obsessivo-compulsivo quando a música aparece como conteúdo mental intrusivo, repetitivo, indesejado e egodistônico. O paciente costuma reconhecer que a experiência é interna, excessiva ou sem sentido, ainda que não consiga interrompê-la. A ansiedade e a tentativa de resistência são elementos importantes: a pessoa procura suprimir, neutralizar, substituir ou “corrigir” a música, mas esse esforço pode aumentar a saliência do fenômeno.

Taylor et al. descreveram as obsessões musicais como fenômenos negligenciados na prática clínica, frequentemente confundidos com alucinações, rumações ou experiências musicais normais [1]. Revisões

posteriores reforçam que a música pode aparecer tanto como gatilho quanto como conteúdo de sintomas obsessivo-compulsivos [2]. A expressão stuck song syndrome é útil para comunicação clínica, mas não substitui o diagnóstico: uma música presa na mente pode ser banal; torna-se clinicamente relevante quando há sofrimento, prejuízo funcional, persistência, resistência e relação com ansiedade ou compulsões mentais [10].

Relatos e discussões clínicas mostram que obsessões musicais podem surgir em contextos diversos, inclusive associadas a alterações auditivas, resposta a clomipramina, apresentações eletrofisiológicas complexas e início tardio [11, 12, 13, 14]. Do ponto de vista classificatório, nem o DSM-5-TR nem a CID-11 reconhecem “obsessão musical” como categoria autônoma [8 - 9]. O fenômeno deve ser descrito como manifestação possível de obsessões no espectro obsessivo-compulsivo, quando os critérios sindrômicos são preenchidos. Essa prudência é importante: diagnosticar TOC exige mais do que identificar uma música repetitiva; exige avaliar tempo gasto, sofrimento, prejuízo, insight, neutralizações, compulsões e diagnósticos diferenciais.

A fenomenologia da alucinação musical

A alucinação musical é uma experiência perceptiva de música sem fonte externa correspondente. Pode ser simples ou complexa, familiar ou desconhecida, breve ou persistente. Ao contrário do estereótipo popular, alucinação musical não equivale automaticamente a esquizofrenia ou psicose. Muitos pacientes mantêm insight parcial ou pleno, reconhecendo que a música não vem do ambiente, embora seja percebida com qualidade sensorial.

Revisões sobre alucinações musicais destacam sua associação com perda auditiva, privação sensorial, lesões cerebrais, epilepsia, transtornos neurocognitivos, medicamentos e condições psiquiátricas [4, 7, 15 - 16]. Em idosos, a investigação auditiva é particularmente relevante. A redução de input sensorial pode favorecer fenômenos perceptivos musicais de modo análogo ao que ocorre em outras formas de liberação sensorial. Assim, perguntar sobre audição, zumbido, uso de aparelhos auditivos e isolamento sensorial não é detalhe; é parte do diagnóstico.

Também é essencial revisar medicações e substâncias. Certos fármacos podem precipitar ou agravar fenômenos perceptivos em indivíduos

vulneráveis, e a polifarmácia em idosos amplia esse risco. A presença de alucinação musical deve abrir investigação clínica, neurológica e auditiva, não apenas psiquiátrica.

Como diferenciar na entrevista clínica

A distinção não deve depender de uma única pergunta. O primeiro eixo é a externalidade: a música é vivida como pensamento/imagem mental ou como percepção sonora no espaço externo? O segundo é o insight: o paciente reconhece o caráter interno ou estranho da experiência, ou acredita literalmente que há uma fonte externa oculta? O terceiro é a relação afetiva: há ansiedade, nojo, medo, irritação e resistência, sugerindo obsessão, ou há experiência perceptiva mais passiva, sugerindo alucinação? O quarto é o contexto: há perda auditiva, alteração cognitiva, epilepsia, doença neurológica, mudança medicamentosa, depressão, ansiedade, TOC ou uso de substâncias?

A pergunta mais útil talvez não seja “é obsessão ou alucinação?”, mas “qual é a arquitetura psicopatológica da experiência musical?”. Em alguns pacientes, o fenômeno pode ocupar uma zona intermediária: é intrusivo como obsessão, sensorializado como alucinação e interpretado com insight variável. Nesses casos, a formulação deve ser descritiva, provisória e revisável. A pressa diagnóstica pode ser mais danosa do que a dúvida bem conduzida.

Uma matriz prática pode ajudar: obsessão musical favorece-se por intrusividade, egodistonia, resistência, ansiedade e reconhecimento do caráter interno; alucinação musical favorece-se por qualidade perceptiva, externalidade, associação com perda auditiva ou condição neurológica, e menor relação com neutralizações obsessivas. Nenhum desses elementos isoladamente é absoluto.

DSM-5-TR e CID-11: onde classificar sem empobrecer a clínica

O [DSM-5-TR](#) e a [CID-11](#) não oferecem um código específico para “obsessão musical” ou “alucinação musical” [8 - 9]. Essa ausência não significa que o fenômeno seja irrelevante; significa que ele deve ser formulado dentro de síndromes reconhecíveis ou como sintoma transdiagnóstico. Em uma formulação obsessiva, a pergunta é se há TOC, outro transtorno relacionado ao espectro obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade, depressão com ruminação ou fenômeno intrusivo não sindrômico. Em uma formulação perceptiva, a pergunta é se há transtorno psicótico, transtorno do humor com sintomas psicóticos, condição neurológica, epilepsia,

transtorno neurocognitivo, perda auditiva, intoxicação, abstinência ou efeito medicamentoso.

Essa distinção protege o paciente. A palavra “alucinação” pode ser tecnicamente correta e, ao mesmo tempo, clinicamente imprecisa se for comunicada como sinônimo de psicose. Da mesma forma, a palavra “obsessão” pode tranquilizar de modo indevido se encobrir fenômeno perceptivo por privação auditiva, epilepsia ou doença neurocognitiva. O uso competente das classificações exige que o diagnóstico categorial venha depois da descrição fenomenológica, não antes.

Na prática editorial, esse é o ponto provocativo: a música que invade a mente não é automaticamente obsessão; a música que parece tocar no ambiente não é automaticamente psicose. O diagnóstico nasce da relação entre forma, conteúdo, insight, contexto orgânico, curso temporal, sofrimento e resposta terapêutica.

Tratamento psicofarmacológico: tratar a formulação, não apenas a música
O tratamento deve seguir a formulação clínica. Quando predomina fenomenologia obsessivo-compulsiva, a lógica se aproxima do tratamento do TOC: psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental com prevenção de resposta quando aplicável, e estratégias farmacológicas antiobsessivas. Inibidores seletivos de recaptura de serotonina e clomipramina são opções clássicas no TOC, em doses e duração adequadas, com atenção à tolerabilidade, interações e comorbidades. Relatos de obsessão musical descrevem melhora com abordagens antiobsessivas, mas a evidência é limitada e não permite algoritmo específico para todos os casos [1, 2, 12, 14]. Em idosos, a escolha entre sertralina, escitalopram, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina ou clomipramina não deve ser estética; deve considerar carga anticolinérgica, intervalo QT, hiponatremia, risco de quedas, interação medicamentosa e adesão.

Quando há ansiedade intensa, insônia, depressão comórbida ou ruminação, o tratamento precisa abordar o conjunto sindrômico. Antipsicóticos em baixa dose podem ser considerados como potencialização em TOC resistente ou quando há fenômenos perceptivos, sofrimento intenso, insônia ou comorbidades específicas, mas seu uso deve ser cuidadoso, especialmente em idosos, pelo risco metabólico, motor, cognitivo e cardiovascular. Risperidona e aripiprazol têm racional como potencializadores no TOC resistente, mas a extrapolação para obsessão

musical deve ser individualizada. O objetivo não é “tratar psicose” automaticamente, mas modular sintomas-alvo bem definidos.

Quando predomina alucinação musical, a prioridade pode ser outra: corrigir ou compensar perda auditiva, reduzir privação sensorial, revisar medicamentos, tratar depressão, ansiedade, epilepsia ou transtorno neurocognitivo, e apenas então considerar psicofármacos específicos. Revisões mostram respostas heterogêneas a antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, inibidores de acetilcolinesterase e intervenções auditivas, dependendo da etiologia presumida [4, 15 - 16]. Portanto, a pergunta terapêutica não é “qual remédio tira música?”, mas “qual mecanismo provável sustenta esse fenômeno neste paciente?”.

Em psicogeriatría, a prudência é decisiva. Polifarmácia pode tanto tratar quanto produzir sintomas. A introdução de medicamentos deve ser acompanhada de metas claras, revisão periódica, atenção a interações, risco de quedas, efeitos anticolinérgicos, alterações de sono, síndrome metabólica e adesão. Em fenômenos musicais persistentes, uma boa formulação pode economizar medicamentos desnecessários.

Porque o tema é provocativo

O tema é provocativo porque desafia uma divisão simplista entre pensamento e percepção. A música pode ser memória, imagem, obsessão, alucinação, fenômeno de liberação sensorial, sintoma neurológico, expressão afetiva ou todos esses elementos em proporções diferentes. A clínica psiquiátrica empobrece quando transforma essa complexidade em rótulo rápido.

Também é provocativo porque mostra como o diagnóstico pode produzir estigma. Chamar uma experiência musical de alucinação sem qualificação pode assustar paciente e família, sugerindo psicose onde talvez exista fenômeno obsessivo, auditivo ou neurológico. Por outro lado, minimizar a experiência como “música grudada” pode invalidar sofrimento real e retardar investigação. A boa prática está entre esses extremos: levar a queixa a sério sem patologizar precipitadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fenômenos musicais persistentes exigem escuta clínica refinada. A distinção entre obsessão musical e alucinação musical não é um detalhe acadêmico; ela orienta diagnóstico diferencial, investigação orgânica, abordagem psicoterápica, tratamento psicofarmacológico e comunicação

com o paciente. Uma vinheta fictícia permite discutir essa fronteira sem risco de identificação e sem transformar caso real em material narrativo.

A pergunta “obsessão ou alucinação musical?” deve ser sustentada tempo suficiente para que a experiência seja descrita com precisão. Quando a música é intrusiva, egodistônica, resistida e ansiogênica, a formulação obsessiva ganha força. Quando é perceptiva, externalizada e associada a perda auditiva, alteração neurológica, medicamento ou declínio cognitivo, a hipótese de alucinação musical deve ser priorizada. Em ambos os cenários, o tratamento deve ser individualizado, parcimonioso e guiado por hipótese clínica explícita.

REFERÊNCIAS

- 1. Taylor S, McKay D, Miguel EC, de Mathis MA, Andrade C, Ahuja N, Sookman D, Kwon JS, Huh MJ, Riemann BC, Cottraux J, O'Connor K, Hale LR, Abramowitz JS, Fontenelle LF, Storch EA. Musical obsessions: a comprehensive review of neglected clinical phenomena. *J Anxiety Disord.* 2014;28(6):580-9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.003> PMid:24997394
- 2. 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):11799. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211799> PMid:34831558 PMCID:PMC8618048
- 3. Costa OPF, Dalcim ML, Smaira SI, Lovadini GB. Musical hallucination or musical obsession? A differential diagnosis between two cases. *Dement Neuropsychol.* 2024;18:e20230073. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2023-0073> PMid:38933080 PMCID:PMC11206231
- 4. Coebergh JAF, Lauw RF, Bots R, Sommer IEC, Blom JD. Musical hallucinations: review of treatment effects. *Front Psychol.* 2015;6:814. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00814> PMid:26136708 PMCID:PMC4468361
- 5. Linszen MMJ, van Zanten GA, Teunisse RJ, Brouwer RM, Scheltens P, Sommer IEC. Auditory hallucinations in adults with hearing

impairment: a large prevalence study. *Psychol Med*. 2019;49(1):132-39. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000594> PMid:29554989

6. Moseley P, Alderson-Day B, Kumar S, Fernyhough C. Musical hallucinations, musical imagery, and earworms: A new phenomenological survey. *Conscious Cogn*. 2018;65:83-94. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.07.009> PMid:30077016 PMCID:PMC6204882
7. Badcock JC, Dehon H, Laroi F. Hallucinations in Healthy Older Adults: An Overview of the Literature and Perspectives for Future Research. *Front Psychol*. 2017;8:1134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01134> PMid:28736541 PMCID:PMC5500657
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
9. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. <https://icd.who.int/pt/>
10. 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. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683629> PMid:26823252 PMCID:PMC4723199
11. Islam L, Scarone S, Gambini O. Obsessive-compulsive disorder presenting with musical obsessions in otosclerosis: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:384. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-384> PMid:25418908 PMCID:PMC4304165
12. Matsui T, Matsunaga H, Ohya K, Iwasaki Y, Koshimune K, Miyata A, Kiriike N. Clinical features in two cases with musical obsessions who successfully responded to clomipramine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(1):47-51. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01078.x> PMid:12519454

- 13. Praharaj SK, Goyal N, Sarkar S, Bagati D, Sinha P, Sinha VK. Musical obsession or pseudohallucination: Electrophysiological standpoint. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(2):230-34. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01926.x> PMid:19335393
- 14. Tan Y, Meng A, Kaur K. Late-Onset Musical Obsession: A Case Report of an Elderly Patient Treated in an Outpatient Psychiatry Clinic. *Cureus*. 2024;16(10):e71369. <https://doi.org/10.7759/cureus.71369>
- 15. Blom JD, Coebergh JAF, Lauw RF, Sommer IEC. Musical Hallucinations Treated with Acetylcholinesterase Inhibitors. *Front Psychiatry*. 2015;6:46. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00046> PMid:25904872 PMCID:PMC4387860
- 16. Coebergh JAF, Lauw RF, Sommer IEC, Blom JD. Musical hallucinations and their relation with epilepsy. *J Neurol*. 2019;266(6):1501-15. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09289-x> PMid:30972497 PMCID:PMC6517562