

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Suely Laitano S. Nassif \*

*“A coisa mais sublime que o homem pode experimentar é o mistério. É esta emoção fundamental que está na raiz de toda a ciência e arte.”*  
Albert Einstein

### 1. INTRODUÇÃO

---

De início, deve-se salientar uma questão fundamental que é a da compreensão do indivíduo, como um todo indivisível: corpo e mente, inserido num certo tempo e local, com sua história particular. Sob esse prisma, deixa-se de considerar a doença como centro, para focalizar a pessoa.

Quando nos referimos a um paciente com demência, estamos tratando de um **duplo comprometimento: 1) orgânico** (neurológico), que acaba produzindo, também, **2) alteração na conduta**. Trata-se, a nosso ver, de um fato provocante para o clínico que, acostumado a lidar com uma visão organicista, se depara com o **desafio** de ter que compreender o indivíduo como um todo, considerado em sua complexidade físico, psíquica e relacional.

As alterações na conduta implicam em duas questões psicológicas: a emocional e a cognitiva que vão afetar o indivíduo em sua auto-estima pelas repercursões da doença em sua vida social, profissional e, principalmente, pessoal.

**O paciente** que cuidava de sua vida, agora é aquele que depende. É aquele que senta, na frente do médico, ao lado do informante que o representa.

**O cuidador**, seja ele o cônjuge, o filho ou o profissional contratado, é aquele que relata o comportamento de inadequações do **paciente** que, de início, **ainda, percebe o que está acontecendo**. Tudo isto, contribui, em muito, para produzir sentimentos e emoções pouco claras em ambos: paciente e cuidador.

O **diagnostico neuropsicológico** a que deve ser submetido é importante, uma vez que irá indicar a etiologia e, desta forma, apontar as possibilidades de desaceleração, reversibilidade da doença, bem como, evidenciar as áreas íntegras ainda restantes, que poderão orientar um acompanhamento terapêutico adequado, do ponto - de - vista medicamentoso e de reabilitação. O que se recomenda é **um diagnostico mais precoce possível** . No entanto, nos pacientes portadores da DA, isso é muito difícil de ocorrer, uma vez que os **sintomas iniciais do quadro passam, habitualmente, despercebidos**, lidando-se com eles como se tratando de simples episódios isolados de esquecimento e de desorientação.

Nestas circunstâncias, quando o paciente é trazido para avaliação **não mais se trata de um paciente inicial**, uma vez que seus primeiros sintomas de esquecimento foram anteriormente desconsiderados, mais precisamente, negados. Assim, quando o paciente chega à consulta, **já traz uma história de fracassos que deve ser considerada**, não só pelas alterações nas suas relações familiares, como, também, pelas modificações produzidas em si mesmo.

O paciente, ao ser examinado, passará pelo **exame** físico geral, o neurológico, a avaliação neuropsicológica e a de enfermagem. Caso seja necessário, será encaminhado para a realização de outros exames complementares: laboratoriais, de imagem e de outras especialidades ,como por exemplo, o exame fonoaudiológico, ou o de fisioterapia.

**A avaliação neuropsicológica possibilita um diagnostico diferencial de quadros depressivos, demência ou de envelhecimento normal.** Por esta razão, na clínica, em geral, consideram-se mais os aspectos cognitivos do que os afetivos.

Nesta oportunidade, **estamos propondo que seja acrescentada à avaliação neuropsicológica uma observação clinica específica e sistemática dos aspectos psicológicos desse paciente, bem como do seu(s) cuidador(es)**, por um psicólogo habilitado na área. Entendemos ser necessário , estar atento àquelas informações percebidas clinicamente, relacionadas à aparência física, humor e comportamento,

como indicadores para uma compreensão do paciente, em sua manifestação psicológica, tão importantes, a meu ver, quanto a avaliação cognitiva (neuropsicológica).

Devemos salientar, ainda, que , se de um lado **os aspectos depressivos** podem ser beneficiados por um acompanhamento medicamentoso, por outro, os aspectos psico - relacionais podem ser beneficiados pelo acompanhamento psicológico extensivo não só ao paciente, como, também, aos familiares e cuidadores.

Temos visto, na nossa vivência ambulatorial, um grande número de casos, e todos eles, com a narrativa de muita dor, muito ressentimento que apontam para um sofrimento psicológico sem perspectivas. Deste modo, esse trabalho tem nos suscitado muitos questionamentos , e muitos deles acabam ficando sem resposta.

*Como compreender essa nova situação, que se apresenta de uma hora para outra? Como elaborar todos os sentimentos e emoções que acabam, inevitavelmente, afetando a todos, tanto paciente como familiares? .*

**Todas essas questões, psicológicas são deixadas à margem em uma abordagem unicamente cognitiva. Indispensável se torna, então, que, também, se faça uma avaliação desses transtornos afetivos.**

Ressalte-se que, na literatura, com mais freqüência, esses aspectos afetivos observados nos pacientes portadores da DA são relatados como conduta **depressiva**, observada através da apatia. Como se vê, muitos outros transtornos psicológicos, ditos afetivo - emocionais, precisam , ainda, ser acolhidos por ocasião do atendimento desses pacientes.

## **2. TRANSTORNOS AFETIVOS NA DOENÇA DE ALZHEIMER**

Observa-se, nos últimos anos, um interesse crescente na análise **dos sintomas não cognitivos** relacionados à DA. Os sintomas de **depressão** e, secundariamente,

de **ansiedade**, têm sido definidos como **alterações afetivas** que se apresentam como fonte de **interesse tanto teórico como prático**.

Em princípio, podemos considerar esses sintomas não só como alterações **primárias**, ligadas às modificações bioquímicas associadas à lesão cerebral, mas, também, como alterações **secundárias**, ligadas à reação psicológica ao “déficit”.

Do **ponto - de - vista prático**, esses sintomas oferecem informações sobre o perfil bioquímico do paciente e, assim, podem, também, contribuir para orientar a terapia medicamentosa (antidepressiva).

A sintomatologia **depressiva**, que tem sido a referência mais estudada na literatura, deve ser percebida, pesquisada e avaliada pelo clínico, muito embora deva também ser considerada, pela abordagem científica como uma questão, ainda, “subjetiva”, com maior dificuldade para objetivação e quantificação.

Bungener (1996), pesquisadora francesa, corrobora em seus estudos que a **depressão** diminui a capacidade funcional, seja de pacientes, como de cuidadores, afetando a qualidade de vida de todos.

#### **A ) Pesquisas sobre depressão em pacientes portadores da DA.**

A fenomenologia depressiva é variável de um para outro paciente portador da DA. Alguns são apáticos, atrasados e sem reação (déficit emocional); outros são ansiosos agitados e insones (perda de controle).

Na literatura, a apatia e perda de interesse têm sido consideradas como **depressão**. Assim, as pesquisas de **Petry (1988)** referem-se à passividade e à diminuição da espontaneidade; os estudos de **Sunderland (1988)** apontam para a diminuição da integração social e os de **Rabins (1994)** falam da apatia, retraimento e menor envolvimento nas atividades.

Por outro lado, as **escalas convencionais que avaliam a depressão** agrupam diferentes níveis de conduta como sendo humor deprimido. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido por **Bengener (1996)** demonstrou que as escalas de abordagem por categoria não são capazes de identificar os transtornos afetivos dos pacientes portadores da DA. Em seu estudo, a escala de abordagem dimensional EHD \* mostrou-se mais sensível para identificar os dois grupos de condutas

observadas nesses pacientes. Os comportamentos mais frequentemente observados de anedonia e hipoexpressividade são agrupados como **déficit emocional e não como depressão** e os comportamentos de irritabilidade e hiper expressividade são tidos como **perda de controle e não como ansiedade** (Bungener, 1996).

Pesquisas recentes apontam que **os pacientes portadores da DA não preenchem os critérios diagnósticos para depressão maior, ansiedade generalizada ou transtorno do pânico e que, dentre eles, apenas 8% apresentam transtorno distímico** (Bungener, 1996). No entanto, outras pesquisas apontam que, aproximadamente, 30% dos pacientes com demência podem apresentar **depressão** durante alguma fase da doença,. bem como, essa depressão, pode, ainda, indicar uma manifestação precoce da doença (HEILMAN, 1993).

Deve-se, além disso, estar alerta para a necessidade de se distinguir o quadro de demência propriamente dito do quadro depressivo psiquiátrico, que se apresenta como uma pseudodemência (FOGEL, 1996).

#### **B ) Pesquisas sobre a relação depressão e déficit cognitivo.**

Na literatura, a correlação de **depressão com déficit cognitivo** tem apresentado resultados diversos, provavelmente, pela utilização de diferentes escalas de avaliação e mesmo pela utilização de diferentes conceituações de depressão. Nesse sentido, os trabalhos de **Fritz (1994)** e de **Bungener (1996)** apontam para uma **correlação entre déficit cognitivo e a demência** nos quadros de demência moderada , com MEEM \*\*\*< 20 , em comparação com os escores para depressão da Escala de Avaliação de Hamilton de depressão (EAHD\*\*).

\* *Escala de Humor depressivo*

\*\* *Escala de Avaliação Hamilton de Depressão*

\*\*\* *Mine Exame do Estado Mental*

### C ) Pesquisas sobre ansiedade em pacientes portadores da DA.

A **ansiedade** é outro sintoma descrito pelos familiares, que podemos correlacionar com pacientes portadores da DA. Todavia, poucas, são as referências na literatura e os estudos encontrados demonstram resultados pouco conclusivos.

**Bungener (1966)** constata que o escores para **ansiedade** em portadores da DA são significativamente mais elevados do que no grupo de pessoas normais e menores do que no grupo de deprimidas.

Por outro lado, **Burns (1990)**, em suas pesquisa, encontra quadros de **ansiedade** em casos **de demências mais graves** e **Skoog (1993)** em pacientes com mais de 85 anos. Além de terem constatado que a sintomatologia ansiosa aparece de forma mais grave em mulheres e em jovens, sem relação com o nível de escolaridade.

### 3. TRANSTORNOS EMOCIONAIS EM PACIENTES PORTADORES DA DA.

Em conclusão, parece que as pesquisas dão maior ênfase aos **sintomas depressivos** em pacientes portadores da DA. No entanto, esses sintomas, não são específicos e não possuem uma mensuração apropriada para a DA.

Nesses pacientes, os **sintomas ansiosos**, relatados pelos familiares, não estão, ainda, suficientemente estudados (Cummings, 1990).

Todavia, encontramos na literatura o destaque dado por vários autores à importância de esclarecer as **mudanças de estado de ânimo**, nos estágios progressivos da DA.

Forsell (1994) identificou dois fatores que podem contribuir para o entendimento da **depressão** em idosos. O primeiro, seria o **Fator de Motivação**, semelhante ao déficit emocional; o segundo, seria o **Fator de Estado de Ânimo**, mais freqüente na demência leve.

1. O **Fator de Motivação**, que aumenta com a progressão da Demência, relaciona-se aos sintomas de alterações psicomotoras, perda de interesse, perda de energia e diminuição da concentração e do raciocínio. Estes sintomas são

compatíveis com os conceitos de anedonia e embotamento descritos nas doenças neurológicas, como Parkinson, esquizofrenia e HIV. Podem ser considerados como uma espécie de adaptação psicológica à doença. O menor envolvimento emocional diante do ambiente e das pessoas poderia ser visto como uma proteção ou fuga diante dos sentimentos desagradáveis e ameaçadores da doença.

**2. O Fator de Estado de Ânimo** estaria mais relacionado aos sintomas de disforia, mudança de apetite, sentimento de culpa e pensamentos suicidas.

Utilizando estas duas dimensões categoriais de conduta depressiva podemos obter indicações para uma melhor compreensão dos déficits cerebrais.

#### **4. PESQUISAS SOBRE DÉFICIT CEREBRAL E DISTÚRBO EMOCIONAL EM PACIENTES PORTADORES DA DA.**

Considerando que a evolução da doença varia de um contínuo entre a normalidade e a patologia, os transtornos afetivos podem nos informar ou indicar sobre as condições **primárias** relacionadas às alterações cerebrais, histológicas, bem como aquelas **secundárias ou reacionais** relativas aos déficits cognitivos percebidos.

Utilizando-se dois polos para a descrição das alterações afetivas, podemos correlacioná-las aos distúrbios cerebrais: 1) **Déficit Emocional (fator de Motivação)** que aumenta com a progressão da doença, e manifesta-se com sintomas de depressão, atraso e embotamento emocional, relaciona-se um **déficit dopaminérgico e noradrenérgico (Reifler 1986)**. Principalmente a **depressão** estaria relacionada a um **déficit noradrenérgico.**, consoante aponta **Zukenko (1987)**.

Por outro lado, 2) **Perda de Controle (fator de Estado de Ânimo)**, mais freqüente na demência leve, segundo estudos de **Van Praag (1987)**, é manifestada através de hipersensibilidade, irritabilidade, hiperexpressividade e ansiedade os quais estariam relacionados aos **déficits serotoninérgicos**.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A **avaliação neuropsicológica** que focaliza as funções cognitivas, pode ser complementada por uma **avaliação psicológica** ligados à pessoa do paciente e extensiva aos familiar(es) e cuidador(es).

Esta **avaliação dos transtornos afetivos** não só identificaria 1) o déficit emocional e a perda de controle, como sugerem as pesquisas, mas, também estaria 2) contribuindo com outras informações sobre as condições psicológicas desse paciente e de seus familiares. Esta avaliação psicológica estaria auxiliando tanto 3) na melhora de qualidade de vida do paciente e familiares, 4) e mesmo contribuindo para a maior eficácia do tratamento medicamentoso.

Esta é uma proposta que aponta para a formação de **uma equipe multidisciplinar**, seja para o diagnóstico, seja para o acompanhamento e atendimento do paciente portador da DA e seus familiares.

**É uma proposta que deveria estar presente em todo o atendimento médico que tivesse como objetivo central a pessoa do paciente e não sua doença.** No caso especial dos pacientes portadores de uma doença degenerativa, com conseqüências muito drásticas, este tipo de atendimento se impõe cada vez mais como uma necessidade.

Finalizando, a avaliação e o acompanhamento psicológico nos atendimentos médicos deveriam ser indicados por se tratar de medida salutar aos pacientes e aos seus familiares. Deveria, ainda, ser extensivo a toda a “equipe multidisciplinar”, com o estabelecimento de um espaço destinado ao acolhimento, análise e reflexão, das questões emergentes.

*Suely Laitano S. Nassif  
psicoterapeuta, doutoranda em neurociência - setor  
de neurologia do comportamento UNIFESP-EPM  
E-mail : fnassif@uol.com.br*

## 6. BIBLIOGRAFIA

---

1. BUNGENER e cols. Transtornos afetivos na doença de Alzheimer, J Am. Geriatr Soc, 1996; 44: 1066-1071.
2. CUMMING & Victoroff. Noncognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. Neuropsychiatry, Neuropsychol and Behav NEUROL 1990, 3: 140-45.
3. FOGEL, SCHIFFER, RAO - Neuropsychiatry, Pennsylvania, Rose: Tree Corporate Center, 1996
4. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª. edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.