

Reabilitação neuropsicológica e terapia cognitivo-comportamental aplicadas a paciente com doença de Alzheimer.

Neuropsychological rehabilitation and cognitive behavior therapy for a patient with moderate Alzheimer disease.

Rehabilitación neuropsicológica y terapia cognitivo-conductual aplicadas a paciente con enfermedad de Alzheimer.

Elisangela Cordts Longo Dainez ✉

UNICAMP

RESUMO

A doença de Alzheimer prejudica a cognição, a emoção, o comportamento, o desempenho funcional e o vínculo sociofamiliar dos idosos. O objetivo deste artigo é apresentar a intervenção da Reabilitação Neuropsicológica (RN) e da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicadas a pacientes com essa doença. O método do estudo é descritivo de investigação, análise e tratamento dos dados de acordo com a abordagem qualitativa de estudo de caso. Os instrumentos de avaliação empregados foram: Inventário Neuropsiquiátrico, Avaliação de Incapacidade na Demência, Escala de Cornell para Depressão, Escala de Depressão Geriátrica-15 e Inventário de Ansiedade. A intervenção compreendeu 6 meses de RN, e após essa, mais 6 meses de TCC. A discussão refere-se ao desempenho do idoso ao longo das técnicas da RN e da TCC. Os resultados mostram melhoria no estado de humor, comportamento e relacionamento familiar do paciente.

Palavras-chaves: *doença de Alzheimer; reabilitação neuropsicológica; terapia cognitivo-comportamental; idoso.*

ABSTRACT

Alzheimer's disease impairs cognition, emotion, behavior, function performance and the social-familiar vinculum of the old person. The objective of this article is to present interventions of neuropsychological rehabilitation (NR) and cognitive-behavioral therapy (CBT) for patients with this disease. The method is descriptive, with qualitative analyses of a case study. Evaluations used Neuropsychiatry Inventory, Disability Assessment for Dementia, Cornell Scale for Depression in Dementia, Geriatric Depression Scale -15 and Anxiety Inventory. The intervention was planned to have 6 months of NR, and 6 months of CBT. Patient's performance during RN and CBT was discussed. Improvements of mood, behavior and family relationships were observed.

Keywords: *Alzheimer's dementia; neuropsychological rehabilitation; cognitive-behavioral therapy; aging.*

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer afecta la cognición, la emoción, la conducta, el rendimiento funcional y los lazos sociales y familiares de los ancianos. El propósito de este artículo es presentar los planes de tratamientos e intervenciones de rehabilitación neuropsicológica (NR) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada al paciente con esta enfermedad. El método de estudio es la investigación descriptiva, análisis y procesamiento de datos de acuerdo con el enfoque cualitativo de un estudio de caso. Los instrumentos de evaluación empleados fueron: Inventario Neuropsiquiátrico, Evaluación de la Discapacidad en la Demencia, Cornell Escala de Depresión Geriátrica-15 y el Inventario de Ansiedad Depresión Scale. La intervención constó de 6 meses de RN, y después de eso, otros 6 meses de TCC. La discusión se refiere a la actuación de la edad sobre el RN y el TCC. Los resultados muestran una mejora en el estado de ánimo, el comportamiento y la relación familiar de lo paciente.

Palabras clave: *Enfermedad de Alzheimer; rehabilitación neuropsicológica; terapia cognitivo-conductual; ancianos.*

Há um consenso, entre os profissionais que reabilitam pacientes com doença de Alzheimer (DA), que idosos sem atividades cognitivas, ocupacionais, físicas e de lazer perdem mais rapidamente algumas de suas capacidades intelectuais e funcionais. Dentro desse foco, a reabilitação neuropsicológica (RN) tem a finalidade de proporcionar ao indivíduo com DA o seu ótimo funcionamento cognitivo, psíquico, físico

e social, por meio de técnicas que possibilitam estímulos diversos e reorganize a vida do paciente (Ávila, 2004; Ávila & Miotto, 2003; Clare, 2003).

Geralmente, os idosos com diagnóstico de DA apresentam muitas dificuldades associadas ao comprometimento cognitivo que, por sua vez, interferem em seu estado de humor. Essas dificuldades preci-

sam ser discutidas como parte da reabilitação neuropsicológica, visto que os fatores emocional-cognitivos são intrinsecamente relacionados.

Das psicoterapias empregadas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) está sendo utilizada cada vez mais na reabilitação de indivíduos com desordens cognitivas (Wilson, 2003). Isto ocorre devido à sessão de terapia da TCC ser estruturada e atuar especificamente sobre as funções executivas e a emoção. Ademais, a TCC pode ajudar o idoso com demência e seu familiar a se organizarem no dia-a-dia, fornecendo instrumentos para as dificuldades apresentadas.

Desse modo, para atender a demanda de paciente com DA, as sessões de RN e de TCC são organizadas de modo que o paciente, o familiar/cuidador e o psicoterapeuta trabalhem como uma equipe de tratamento, identificando juntos os principais problemas, traçando metas, para, assim, resolver ou contornar as dificuldades provocadas pelos prejuízos cognitivos, funcionais e emocionais do idoso (Ávila, 2003; Beck, 1997, Claire, 2003, Wright, Basco, & Thase, 2008).

RELATO DE CASO

O paciente PGD, com DA há 5 anos, sexo masculino, 65 anos de idade, 4 anos de escolaridade, casado, tem 3 filhos, mora com a esposa; trabalhou como agricultor familiar, caminhoneiro e reciclador de lixo, não trabalha atualmente e enquadra-se no perfil da população de baixa renda. PGD é completamente consciente sobre seus prejuízos cognitivos e seus problemas financeiros, o que o torna mais angustiado e com pensamentos de inutilidade.

Ao iniciar a reabilitação, o paciente exibia comprometimento grave da memória episódica, agrafia e

acalculia pronunciadas, e alexia inicial; contudo, a fluência verbal e o discurso estavam relativamente preservados. Ademais, era independente para banhar-se, vestir-se, pôr o alimento em seu prato e se alimentar.

MÉTODO

O método do estudo é descritivo, de investigação, análise e tratamento dos dados de acordo com a abordagem qualitativa de estudo de caso. A intervenção foi planejada de modo a comportar 6 meses de reabilitação neuropsicológica (RN), seguida de mais 6 meses de terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Avaliações neuropsicológica e psicológica

Para confirmação do diagnóstico e acompanhamento do processo de reabilitação, foram idealizadas avaliações pré-intervenção, após 6 meses e após 12 meses de intervenção. A bateria de testes neuropsicológicos foi composta do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala para Avaliação da Doença de Alzheimer – Subescala Cognitiva (ADAS-cog), Teste Cognitivo de Montreal (MoCA), porém, devido ao comprometimento cognitivo do paciente não foi possível realizá-los.

Desse modo, foi efetuada apenas a avaliação psicológica com os testes: Inventário Neuropsiquiátrico - NPI, (Cummings et al., 1994; com corte para: depressão ≥ 6 ; desinibição ≥ 4 ; irritabilidade ≥ 2 ; apatia ≥ 1 . Para demência leve: média $9,8 \pm 10$; demência moderada: média $14,7 \pm 11,3$; demência severa: média $21,9 \pm 9$); Escala de Cornell para Depressão - CSDD (Alexopoulos, Abrams & Youn, Shamoian, 1988; escala severidade de 0-2; 0 = ausência; 1 = médio ou intermediário; 2 = severo; escore acima de 10 indica uma probabilidade de depressão maior);

e Avaliação de Incapacidade na Demência - DAD (Gélinas, Gauthier, McIntyre & Gauthier, 1999; média brasileira $70,5 \pm 14,7$ pacientes com demência leve e moderada).

Ademais, o rastreamento do estado de humor foi efetuado em todas as sessões das duas abordagens, RN e TCC, utilizando os instrumentos: Escala de Depressão Geriátrica-15 - GDS15 Yesavage (*apud* Artal, Amaral, & Tavares, 2005 ponto de corte: 0-4 eufórico; 5-10 hipótese de depressão leve; 11-15 hipótese de depressão); e o Inventário de Ansiedade - IA (Greenberger & Padesky, 1999; corte: 0-18 eufórico; 19 - 36 ansiedade leve; 37 - 54 hipótese de ansiedade moderada; 53 - 72 hipótese de ansiedade grave).

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Durante a avaliação psicológica, no período inicial da reabilitação, PDG obteve escores de NPI: 13 pontos, DAD = 45 e CSDD = 10. Assim, observou-se que a pontuação do idoso no instrumento DAD já não se enquadrava na média de paciente com DA moderado, mas sim em uma fase mais avançada da doença. Além disso, o resultado do NPI obtido nessa primeira avaliação mostrou 1 ponto para delírio de referência, 5 pontos para depressão, 3 pontos para ansiedade e 4 pontos para irritabilidade. Por sua vez, na CSDD o idoso apresentou maiores pontuações quanto ao estado de humor (ansiedade, tristeza e irritabilidade).

Avaliação da TCC

Durante as sessões de anamnese, realizadas apenas com o paciente, foi identificada a tríade cognitiva para se obter o perfil cognitivo do idoso, bem como para verificar os pensamentos automáticos disfuncionais (PAs) empregados para

efetuar o Diagrama de Conceitualização Cognitiva (DCC) que, por sua vez, é utilizado para o planejamento da intervenção da TCC (Figura 1, Tabelas 1 e 2).

Efetuada a apuração desses instrumentos, notou-se que o idoso apresentava um padrão de pensamento negativo, de acordo com o modelo cognitivo da depressão (Falcone, 2001).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO CASO

Ao realizar as sessões iniciais de RN, foi observado que o idoso pensava demoradamente, como também exibía lentificação dos movimentos ao efetuar a técnica de treinamento para se vestir.

Assim como, ao realizar a técnica de identificação (dados pessoais) por meio de questionamento feito pela psicoterapeuta, PGD demonstrava dificuldades em recuperar informações como: a sua idade, o seu endereço, entre outros. Para auxiliá-lo, foram impressos esses dados em uma folha, de modo que o paciente pudesse ler na dúvida ou no esquecimento. Ademais, foram usadas outras dicas da *aprendizagem sem erro*, como a emissão do som da palavra, quando o idoso não conseguia ler adequadamente devido à alexia que estava se instalando.

A técnica de orientação foi realizada em toda a sessão empregando calendário e relógio de ponteiros, provendo dicas de acordo com a técnica de aprendizado sem erro. Contudo, o paciente já vinha tendo, há cinco anos, dificuldades para determinar a data atual e durante a terapia expressou muita dificuldade para com essa atividade. Ao contrário, a leitura das horas no relógio de ponteiros realizava bem no início da reabilitação, mas após seis meses já não



Figura 1 - Diagrama de Conceitualização Cognitiva (DCC) de PDG.

Tabela 1 - Pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas de PDG.

Pensamentos automáticos disfuncionais	Distorções cognitivas
“Faço tudo errado”	hipergeneralização
“A doença destrói a gente”	catastrofização
“Procuro fazer o melhor para os meus familiares”	personalização (culpa)
“O trabalho é bom”	abstração seletiva

conseguia ler os minutos corretamente, respondendo o numeral escrito.

citasse o local onde estava, e este respondia apenas “UNICAMP” sem maiores detalhes.

Por sua vez, a orientação espacial também foi trabalhada em toda sessão, solicitando ao idoso que

O reconhecimento de objetos foi efetuado utilizando-se figuras por categoria e por associação semân-

Tabela 2 - Tríade Cognitiva do paciente PDG

Tabela 2 - Tríade Cognitiva do paciente PDG.

Situação: esquecimento

Visão de si: *“Sou um porcaria”. “Só tô atrapalhando”.*

Visão do outro: *“Eles me ajudam, mas a mulher briga muito comigo quando erro”.*

Visão do futuro: *“Meu futuro vai ser complicado”.*

tica. O paciente apresentou bons resultados para o reconhecimento e nomeação de figuras de ferramentas, pois trabalhou com elas e ainda gosta de manipulá-las. Contudo, no reconhecimento de figuras de produtos de higiene (por exemplo, papel higiênico) exibiu dificuldades.

Quanto às técnicas para funções executivas de atenção, planejamento e estratégia, foi empregado o jogo de dominó, que era de conhecimento do idoso. Todavia, apesar de ter experiência em jogar esse jogo, percebeu-se que o geronte tinha perdido o conceito sobre o mesmo, não lembrava como jogar e tinha dificuldade para reconhecer os valores numéricos das peças, encaixando-as em qualquer local do jogo. A psicoterapeuta orientava-o a contar o número de “bolinhas” em cada lado da peça, como também o guiava a encaixar nas extremidades do jogo.

A técnica seguinte a ser empregada foi a de treino pensamento abstrato por meio da interpretação de provérbios. Entretanto, o pensamento demencial do paciente não permitiu ir além da interpretação concreta, como com o provérbio: *“Depois da tempestade vem a bonança”* a resposta do paciente foi: *“É que vai chover”.*

Ao finalizar essa fase da intervenção, foram realizadas novas avaliações psicológicas, obtendo as seguintes

pontuações: DAD = 32,5; NPI = 4 e CSDD = 5. O DAD demarcou piora da funcionalidade diária do idoso. Quanto aos resultados do NPI, houve melhora na 2ª avaliação comparada com a 1ª avaliação, obtendo como resultado: 1 ponto para delírio de referência, 1 pontos para depressão e 2 pontos para irritabilidade.

O mesmo ocorreu com a escala CSDD, a qual demonstrou melhorias no estado de humor do paciente após seis meses. Ademais, o acompanhamento do estado emocional realizado durante as sessões RN (no 1º semestre), obteve como resultado do GDS-15 = 4,95±2,08; e o IA = 11,26±5,38.

Após as avaliações, iniciou-se o trabalho da TCC. Cabe ressaltar que a esposa pôde acompanhá-lo em sessão e ajudá-lo a realizar as atividades da semana.

Em vista do comprometimento cognitivo e da tríade negativista do paciente, selecionou-se como primeiro passo da TCC a intervenção comportamental, visto que é a mais simples de ser realizada e, em geral, é aceita mais facilmente do que as intervenções cognitivas, o que promove o engajamento do paciente e do familiar.

Iniciou-se a intervenção pela identificação das atividades que o geronte costumava realizar na semana,

Tabela 3 - Agendamento de atividades da semana para PGD.

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00 - 9:30	Exercícios Físicos	Trabalhos manuais	RN/TCC	Exercícios Físicos	Trabalhos manuais
11:00 -12:00	Trabalhos manuais	Trabalhos manuais	Trabalhos manuais	Trabalhos manuais	Trabalhos manuais
14:00-15:00	Jogos c/ a esposa	Jogos c/ a esposa	Jogos c/ a esposa	Jogos c/ a esposa	Trabalhos manuais
16:00 - 18:00	Ocupação doméstica	Socialização	Ocupação doméstica	Socialização	Ocupação doméstica
19:00 - 20:00	Atenção focal Programa de TV	Atenção focal Programa de TV	Atenção focal Programa de TV	Atenção focal Programa de TV	Atenção focal Programa de TV
20:00 - 21:00	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento

para que assim pudessem ser agendadas atividades cognitivas, ocupacionais, exercícios físicos e de lazer; bem como, ocupar o tempo ocioso do idoso de modo que este não ficasse ruminando PA(s) de inutilidade e tendo sentimentos de tristeza, de irritabilidade e de culpa.

Por meio dessa técnica, foi possível determinar as atividades prazerosas do geronte: artesanato, mexer na terra, mexer no rancho, assistir televisão e exercícios físicos. Após esse passo, puderam-se planejar as atividades da semana (Tabela 3).

Para o bom seguimento da reabilitação e melhora do relacionamento do casal, sugeriu-se que as atividades da semana fossem realizadas por ambos, juntos. Todavia, PGD cansava rápido, ficando poucos minutos na atividade, o que irritava a esposa. Assim, foi realizada novamente a psicoeducação sobre a dificuldade de atenção e a necessidade de maior esforço mental para o idoso executar uma atividade. O objetivo foi conscientizar a esposa das dificuldades e do sofrimento do geronte.

Também foi efetuado o monitoramento emocional do idoso, registrando-o no instrumento Diário das Emoções de Greenberger e Padesky (1999). Em média, PGD não apresentou variação de humor durante as semanas, exibindo estado afetivo tranquilo. Ao término das sessões TCC, as avaliações realizadas obtiveram como resultados: DAD = 35; NPI = 9 e CSDD = 2. Foi possível observar, no 2º semestre, alterações do estado de humor do idoso, sendo os resultados: GDS-15 de $5,33 \pm 2,89$ e o IA de $6,67 \pm 1,53$; delimitando aumento do estado depressivo, contudo, melhora com relação ao estado ansioso do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RN e a TCC apresentam melhores resultados quando são aplicadas a pacientes com comprometimento cognitivo em fase inicial, como o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL ou TNC leve) e a DA leve. Em paciente com DA moderada, muitas funções cognitivas importantes como a linguagem, a atenção, a memória, o julgamento e a percepção

visuoespacial encontram-se em um nível de prejuízo tal que inviabilizam a intervenção com algumas técnicas das duas abordagens. Dessa forma, torna-se necessária a participação do familiar/cuidador, o uso de ferramentas direcionadas ao pensamento concreto e maior utilização de técnicas comportamentais da TCC.

Além disso, é de conhecimento dos profissionais de reabilitação que, quando um membro da família adquire a DA, os demais membros dessa família adoecem juntos, visto que os prejuízos cognitivos e comportamentais do paciente precisam ser supridos pelos familiares. Logo, em RN e TCC é preciso de a participação e de o engajamento de todos os envolvidos, sendo estes o paciente, no mínimo um familiar/cuidador e o psicoterapeuta.

Entretanto, sabe-se que o paciente apresenta dificuldades para engajar-se devido ao comprometimento cognitivo e às alterações de humor, portanto, é importante que o familiar mantenha o idoso o máximo possível ativo e suprima suas necessidades. Porém, essa função desgasta o familiar, ainda mais quando este não apresenta o equilíbrio emocional adequado exigido para essa situação, além de deter poucos conhecimentos sobre a doença e sobre os prejuízos que essa causa ao paciente.

Diante dessa situação, está o psicoterapeuta, com o desafio de reabilitar neuropsicologicamente e de intervir cognitivo-afetivo-comportamentalmente no idoso com DA, elaborando um plano de tratamento individualizado que empregue diversas técnicas da RN e da TCC com o intuito de manter por mais tempo possível as habilidades cognitivas e funcionais desse indivíduo, estabilizar o seu estado emocional e comportamental alterado pela doença, além de dar

suporte psicológico e psicoeducacional ao familiar, para que este possa tolerar o aumento de sua demanda que acompanha a tendência de declínio cognitivo contínuo do paciente.

REFERÊNCIAS

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Youn, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284.
- Artal, F. J. C., Amaral, M. S., & Tavares Junior, A. (2005). Depressão após acidente vascular cerebral. In A. Tavares (Org.), *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica* (pp. 461-491). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. (*apud*).
- Ávila, R. (2003). Resultado da reabilitação neuropsicológica em pacientes com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(4), 139-146.
- Ávila, R. (2004). *Reabilitação neuropsicológica dos processos de memória e das atividades da vida diária em pacientes com doença de Alzheimer leve e moderada* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ávila, R., & Miotto, E. (2003). Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Clare, L. (2003). Rehabilitation for People with Dementia. In B. A. Wilson (Org.), *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice* (pp. 197-215). New York, NY: Psychology Press.
- Cummings J. L., Mega M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.

- Falcone, E. (2001). Psicoterapia cognitiva. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 49-61). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Gélinas, I., Gauthier L., McIntyre M., & Gauthier S. (1999). Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the disability assessment for dementia. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 471-481.
- Grenberger D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Walker, D. A. (2004). Cognitive behavioural therapy for depression in a person with Alzheimer's dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(4), 495-500.
- Wilson, B. A. (2003). Reabilitação de Déficit de Memória. In B. A. Wilson (Org.), *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*. New York, NY: Psychology Press.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Recebido em 02/07/2016
Revisado em 20/10/2016
Aceito em 30/01/2017