

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E PSICOPATOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

HEBER SOARES VARGAS*

RESUMO

No presente trabalho mostra-se que as diferentes teorias que procuram analisar o processo de envelhecimento não conseguiram explicar satisfatoriamente o envelhecimento psicológico. Discute-se as dificuldades para uma análise da psicologia do envelhecimento e se encarece a necessidade de se dar maior atenção à potencialidade psicológica que ainda resta ao velho e menor atenção às funções que se deterioram, utilizando-se a técnica de Weschler para calcular o coeficiente de deterioração. Analisa-se rapidamente a psicopatologia do envelhecimento e conclui-se com algumas recomendações úteis para o retardamento do envelhecimento psicológico.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial que atinge, ao mesmo tempo, o homem e sua existência na sociedade; manifesta-se em todos os domínios da vida, começando pelas células, passando aos tecidos e aos órgãos e terminando nos processos extremamente complicados do pensamento, constituindo-se num campo de pesquisas e estudos com crescentes indagações para os cientistas e pesquisadores.

O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual, cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação, com diminuição da vitalidade e um aumento da vulnerabilidade de todas as funções dos indivíduos.

Individualmente, a idade não significa apenas um espaço de tempo, mas uma categoria, uma atividade sócio-econômica, modo diferente de vida, características pessoais, objetivos e conflitos de natureza variável, sentimentos positivos e negativos. Essas características apresentam-se na evolução regular das faixas etárias, porém o envelhecimento populacional, como um todo, difere do individual e dos grupos como unidades separadas, ou seja, em cada população há um constante processo de rejuvenescimento, o que não ocorre com o indivíduo em particular, pois, são substituídos e não rejuvenescidos.

Diante da velhice, como um fenômeno humano, e do envelhecimento populacional, como um fato sócio-cultural,

a geriatria e a gerontologia têm exaurido suas possibilidades na busca de uma solução satisfatoriamente válida para o problema.

Existem várias teorias, procurando explicar o envelhecimento, entre elas, sobressaíram-se por sua aceitação científica as seguintes:

QUADRO I – Das Teorias mais importantes sobre o processo de envelhecimento

TEORIAS	PROPONENTES	FUNDAMENTAÇÃO
1. Da auto-intoxicação	METCHNIKOV	A causa do envelhecimento do organismo humano, decorre dos produtos do metabolismo e da putrefação intestinal.
2. Do env. natural	CATEL E DE DU NOUY	Todos os órgãos têm uma lei de crescimento e outra de diminuição da atividade, na medida em que o tempo passa.
3. Celular	CHILD	Admite que o processo de envelhecimento ocorre, em consequência dos componentes celulares estarem ligados à sua carga elétrica, de modo particular aos íons negativos.
4. Endócrina	LORAND	Indica ser a causa mais importante do envelhecimento a exaustão das glândulas sexuais.
5. Capilarospatia senil	BASTEI E DOGLIOTTI	Admite que os capilares da pele dos idosos apresentam um certo número de alterações degenerativas da mesma natureza dos capilares de todo o organismo.
6. Bioquímica	HARNA	A velhice é atribuída preferencialmente aos radicais livres e aos peróxidos endógenos, pois, o envelhecimento devido a alterações mais a nível celular que tecidual.
7. Prog. Genética	BOURLIÈRE	A velhice seria consequente de acidentes geneticamente programados na cadeia dos ADN.
8. Do erro na síntese das proteínas	SCHOCK	O acúmulo de proteínas deficientes é considerada a fonte mais importante de deterioração da capacidade fisiológica das células.

* Departamento de Patologia Aplicada, Legislação e Deontologia – C.C.S. - UEL.

A existência de todas essas teorias, não têm sido suficientes para a compreensão do processo de envelhecimento, no campo das funções mentais.

2. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO

Ao estudar a psicologia da senescência, a Geriatria e a Psiquiatria estão confusas e perplexas por inúmeras razões.

Primeiramente, porque o velho é frequentemente reticente às entrevistas científicas e aos testes, sendo difícil a eliminação das diversas influências subjetivas no resultado das avaliações. Em segundo lugar não se pode saber a data exata do início do processo de envelhecimento. Somente teoricamente se pode traçar um limite nítido entre a senescência (envelhecimento fisiológico) e a senilidade (envelhecimento patológico). Sabe-se, contudo, que mesmo esta realidade, tanto na prática médica como na pesquisa, tem suas fronteiras imprecisas; estamos de pleno acordo com a opinião de BOURLIÈRE⁽³⁾ quando dizia: — “A senilidade não é senão o desembocadouro final dos processos da senescência”.

Os problemas psicodinâmicos do envelhecimento apresentam-se de tal forma intimamente ligados ao homem, que apesar de diferir quantitativa e qualitativamente, de um indivíduo para outro, em bem poucas situações se pode generalizar. O termo velho não é, pois, um dado absoluto, dependendo de um sistema de referências, sujeito a variações de ordem genética, cultural econômica e até política.

Tradicionalmente a psicologia das pessoas idosas é psicométrica e diferencial, e concentra-se basicamente na caracterização de WESCHLER⁽⁷⁾, que distingue no processo do envelhecimento “a comparação entre aquilo que se tem e aquilo que não se tem mais”.

É, pois, o envelhecimento evidenciado psicologicamente por um processo dinâmico e extraordinariamente complexo, muito influenciado por fatores individuais, que se inicia com um declínio lento e depois acentuado das habilidades que o indivíduo conseguia desenvolver anteriormente.

Entendemos que, do ponto de vista psicológico, deve ser modificado o conceito estático do processo de envelhecimento para um enfoque mais dinâmico, devendo, os geriatras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, preocuparem-se mais com a potenciali-

dade das funções e menos com aquilo que se desgastou. Devemos interessar-nos, pois, mais pelas particularidades positivas do que pelas negativas, mais pela parte intacta das funções mentais e menos pela parte que se transformou ou não mais existe, a fim de que uma equipe multidisciplinar possa ter uma estratégia única no estímulo às funções pouco atingidas dos velhos.

Inicialmente, estabelece-se, no indivíduo que começa a envelhecer, ao lado das manifestações normais desse processo, dois problemas psicossociais de suma importância, responsáveis pelos primeiros conflitos que marcam basicamente o envelhecimento psicológico:

- a) A sua aceitação ou recusa da situação de velho;
- b) A sua aceitação ou rejeição pelo meio.

Nos processos adaptativos seguidos aos conflitos gerados por essas duas manifestações reativas, começam a aparecer a acentuação das particularidades do caráter como regra, porém o contrário pode produzir-se, provocando um enfraquecimento da antiga estrutura e permitindo a aparição de facetas novas que existiam, mas que não se haviam manifestado antes.

Pode produzir-se na velhice, uma estranha e paradoxal mudança: reações positivas e negativas. Se de um lado traços de algumas funções mentais são economizados para evitar o desgaste, de outro novas particularidades dessas funções podem ou poderiam ser desenvolvidas. A involução psicológica reduz a capacidade de assimilação e de análise, mas favorece a de síntese.

AJURIAGUERRA⁽¹⁾ resumiu de maneira lapidar a significação que tem a vida anterior do indivíduo que envelhece, dizendo: — “On vieillit comme on a vécu” — Envelhece-se como se viveu.

As mudanças psíquicas do velho explicam-se mais por uma transformação estrutural do que por uma desestruturação e teriam duas vias; uma ascendente e outra descendente. Essas transformações estruturais obedecem às leis análogas àquelas que regem a psico-integração infanto-juvenil em um sentido inverso. Tanto isto é verdade que 2 psiquiatras e estudiosos da psicologia infantil, HALL, em 1922, e, recentemente AJURIAGUERRA⁽¹⁾, depois de um grande sucesso na psicologia da infância, se inclinaram com o mesmo sucesso ao estudo da psicologia do envelhecimento. No quadro da psicologia comparada, Ploog citado por MULLER⁽¹²⁾, assinala as grandes semelhanças entre a motrici-

dade fatigada e lenta do senescente, com a motricidade indisciplinada e desordenada da infância.

Razão tem VISCHER⁽¹⁶⁾, grande estudioso do envelhecimento, quando afirmava, que as necessidades básicas do velho são as mesmas do adolescente:

- a - Necessidade de amor;
- b - Calor familiar;
- c - Segurança interior e exterior;
- d - Necessidade de ser útil aos demais.

No processo psicológico de envelhecimento, não se produz uma transformação regular por etapas que sigam as linhas fundamentais da antiga estrutura. Essas transformações começam pelas funções psíquicas mais elevadas, enquanto os mecanismos mais ativos geneticamente se mantêm por mais tempo.

O velho reage ao envelhecimento, criando uma confrontação constante que pode ser considerada sob diversos ângulos:

- fracasso - vitória
- adaptação - defesa
- proteção - auto-afirmação

Os pontos de inserção dessas dualidades podem ser resumidas como segue:

Reação às funções corporais objetivamente alteradas e subjetivamente sentidas.

Reação às funções psíquicas alteradas e subjetivamente sentidas.

Reação às mudanças do mundo.

Reação à redução da vida e à morte próxima.

Finalmente, ainda como modificador determinante da personalidade do velho, assinala-se o aparecimento de causas físicas de toda a espécie:

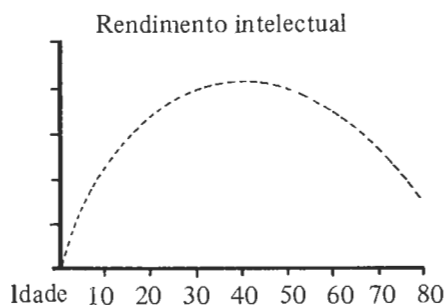
- Perda da acuidade visual
- Perda da acuidade auditiva
- Enfraquecimento físico em todos os órgãos e aparelhos, etc.

Os primeiros estudos da psicologia do envelhecimento, preocuparam-se mais com os traços negativos do processo involutivo e foram dominados pelos estudos da memória e da inteligência. Na primeira, a lei de RIBOT⁽¹⁴⁾, estabelecida há mais de 60 anos continua bem atual e pode ser sintetizada nesses 4 itens:

- 1 - As lembranças recentes desaparecem antes das antigas.
- 2 - Há, na perda da memória, um recuo no passado, que se opera progressiva e uniformemente.
- 3 - As noções mais complexas são olvidadas em primeiro lugar.
- 4 - A marcha da memória caminha do instável para o estável, das noções abstratas para as concretas.

KRAL⁽⁹⁾ e colaboradores, mostraram a existência de estreitas relações entre a memória e o estado de saúde geral, de modo que o rendimento das funções mnésicas podem ser um elemento importante para a avaliação prognóstica do estado geral dos indivíduos. Outros autores confirmando aqueles estudos, mostraram que o déficit na capacidade de fixação se deve a uma debilitação da estrutura vital e não leva com frequência a uma perturbação do pensamento.

Na segunda, a diminuição global do rendimento intelectual na velhice é uma observação antiga. As faculdades intelectuais aumentam rapidamente até os 20 anos, para baixar rapidamente depois dos 60 anos. Sabemos, que o declínio das funções intelectuais é a resultante não somente de um processo biológico mas, principalmente, devido à ausência de mecanismos de organização perceptual conservados pelas atividades intelectuais desenvolvidas. Segundo PIA-GET⁽¹³⁾, o potencial humano da inteligência e das outras funções mentais é herdado como um caráter genético multifatorial e filogenético; herda-se desde o nível da inteligência reflexa até as particularidades das funções mentais. MULLER⁽¹²⁾, após exaustivas pesquisas bibliográficas e inúmeras observações pessoais, graficamente assim representou a diminuição intelectual dos indivíduos:



Além do desgaste da memória e rebaixamento da inteligência, outras funções e traços da personalidade têm sido analisados pelos estudiosos da Geriatria e da Psiquiatria, no processo psicológico do envelhecimento. Apesar de não ser estudado com frequência pelos pesquisadores, o enfraquecimento da consciência, com ligeira obnubilação é um sintoma importante na psicologia e psicopatologia do envelhecimento.

As outras funções são atingidas, ainda que em menor intensidade, e as transformações estruturais descendentes e negativas das diversas funções mentais, com seu desgaste funcional, pode ser resumido.

2.1 - Traços que não se mantêm, negativos e descendentes

- 01 - Atitude hostil ante o novo;
- 02 - Lentidão de todos os rendimentos e fadiga;
- 03 - Diminuição da vontade, das aspirações, da iniciativa, da capacidade de ação e da atenção;
- 04 - Enfraquecimento da consciência;
- 05 - Diminuição da concentração;
- 06 - Apego ao conservadorismo;
- 07 - Deterioração da memória;
- 08 - Diminuição global do rendimento intelectual;
- 09 - Anomalias do caráter: desconfiança, irritabilidade, indocilidade;
- 10 - Estreitamente da afetividade.

Ao lado dessas funções diminuídas, negativas ou descendente, outras podem sofrer um processo de transformação e de adaptação ou ainda permanecerem quase intactas.

2.2 - Traços que se mantêm, ascendente ou que se transformam compensadoramente

- 01 - A percepção perde a rapidez e agudeza, porém ganha em exatidão, por estar menos exposta às influências das emoções.
- 02 - Diminui a memória mecânica, instalando um sistema mnésico mais completo que facilita a agrupação de dados e a comparação dos mesmos. O velho procura evitar o não essencial;
- 03 - Habilidade notável para compensar qualquer mudança desfavorável em uma atividade funcional.
- 04 - Boa ordenação automática e inconsciente de suas atividades, permitindo uma utilização adequada das capacidades existentes.
- 05 - Maior capacidade de aprendizagem nas situações práticas.
- 06 - A capacidade de compensação e estratégia parece ser mais aguçada nos velhos.
- 07 - O envelhecimento conserva a capacidade de enfrentar o trabalho que requiera paciência e precisão.
- 08 - Sagacidade para manejar as experiências acumuladas e ampliar as relações existentes.
- 09 - Aumenta a objetividade, ponderação, equilíbrio e fidelidade.
- 10 - Expansão de espiritualidade.

Existem culturas, em que a apreciação das qualidades específicas da velhice, como sabedoria, experiência e tranquilidade são uma tradição. Nessas culturas encontramos atitudes positivas para a velhice, e algumas delas foram primorosamente manifestadas de diversos modos, de várias maneiras e por várias pessoas, porém Hokusai, famoso pintor

japonês, manifesta de maneira lapidar, as qualidades psicológicas positivas de envelhecimento no seguinte trecho:

"Desde os seis anos que eu tinha a mania de desenhar a forma das coisas. Quando eu estava com 50 anos, tinha publicado uma infinidade de desenhos; mas tudo que eu produzi antes dos 70 anos não é digno de ser levado em conta. Aos 73 anos aprendi um pouco sobre a verdadeira estrutura da natureza dos animais, plantas, pássaros, peixes e insetos. Em consequência, quando estiver com 80 anos terei realizado mais progressos; aos 90 penetrarei no mistério das coisas; aos 100, por certo terei atingido uma fase maravilhosa, e quando eu tiver 110 anos, qualquer coisa que fizer, seja um ponto ou uma linha terá vida".

No processo de envelhecimento psicológico, mister se faz, pois, diferenciar o **declínio normal** das habilidades das funções mentais, da **perda anormal**. O declínio paulatino das habilidades na idade avançada é considerada normal; uma perda marcante e desordenada em qualquer idade, com prejuízo definitivo, é considerado **deterioração mental**. Pode também, ocorrer gradativamente uma perda cumulativa, a qual conduzirá à incapacidade das funções mentais como um todo, e, não de um aspecto específico; isto caracteriza também a "deterioração mental".

Para cálculo do coeficiente de deterioração deve ser utilizada a fórmula estabelecida por WESCHLER⁽¹⁷⁾ ou seja uma expressão aritmética, obtida da seguinte forma:

$$C D = \frac{\text{se mantêm} + \text{não se mantêm}}{\text{se mantêm}} \times 100$$

$$C D = \frac{S. M. + N. S. M.}{S. M.} \times 100$$

C.D. = Coeficiente de deterioração

S.M. = Testes que se mantêm com a idade

N.S.M. = Testes que não se mantêm

Uma vez estabelecido o coeficiente de deterioração, temos a oportunidade de tentar compensar as funções que não se mantêm e estimular as que se mantêm.

Ao lado do estudo do coeficiente de deterioração, apesar da psicologia clínica não ter conseguido estabelecer normas para o estudo sistemático da velhice, começa a dar um verdadeiro valor a um importante fenômeno do porquê algumas pessoas envelhecem prematuramente e outras tardiamente.

Estamos propensos a aceitar que os sintomas característicos do envelhecimento psíquico antes dos 60 anos, sejam prematuros, e necessitam de uma orientação biopsicossocial especial. Es-

se envelhecimento prematuro está sempre correlacionado com fatores bem conhecidos, como:

- Hereditariedade
- Influência da invalidez psíquica
- Stress psicológico

Ao contrário consideramos o envelhecimento tardio em nosso meio, as pessoas que tenham atingido lucidamente 80 anos em diante, que também deveriam merecer uma atenção especial.

Esses fatores que determinam inúmeras modificações e conflitos na personalidade dos indivíduos que envelhecem, são principalmente sócio-econômicos ligados a problemas financeiros, isolamento e desolação social, desvalorização e desprestígio, podem determinar atitudes e reações psicopatológicas entre os idosos.

3. PSICOPATOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

O equilíbrio psíquico do velho depende basicamente de sua faculdade de se adaptar e de sua visão justa da realidade. Quando sua adaptação não é boa, gera conflitos, que associados à vulnerabilidade de todas as funções psíquicas, e quando esses conflitos não são adequadamente compensados, aparecem reações, que ao atingirem um certo limiar, provocam um desequilíbrio psicológico que gera reações psicopatológicas do envelhecimento.

Quase todos os transtornos psicopatológicos do jovem e do adulto podem ocorrer no idoso. Esses transtornos podem ser transtornos antigos que persistiram até a velhice ou podem manifestar-se pela primeira vez nessa fase da vida.

Contudo, as síndromes psico-orgânicas, principalmente as demências, quer senis ou arterioescleróticas merecem uma atenção especial dos primeiros estudiosos da psicopatologia na velhice.

As demências, segundo EY⁽⁷⁾ produzem uma debilidade psíquica, profunda e progressiva, que altera as funções intelectuais básicas e desintegram as condutas sociais. Logicamente os estados demenciais devem ser considerados sobretudo em seus aspectos evolutivos e nesse sentido possuem fases e graus.

As demências, síndromes de natureza orgânica podem ser subdivididas didaticamente em várias formas clínicas:

a - A demência senil – se caracteriza pela atrofia parenquimatosa do cérebro, de causa desconhecida, porém pensa-se que está determinada geneticamente. Clinicamente apresenta um de

debilitamento e agravamento de todas as funções mentais, porém a memória é a mais afetada. O juízo é pueril e superficial, estreitamento do nível de consciência, perdas dos valores éticos, apatia, hipobulia, irritabilidade e transtornos de conduta. O período terminal pode precipitar-se por alguma enfermidade intercorrente, ou uma evolução que termina a perda completa da personalidade, vida vegetativa, coxexia e morte.

b - A demência arterioesclerótica – causada pela esclerose das artérias cerebrais, lesionando inicialmente o tecido vascular cerebral e, secundariamente, o tecido nervoso. Somente existe diferenças na etiologia e no período inicial. A sintomatologia desse tipo de demência é de resto igual a da demência senil.

Existe pois, nessa síndrome psiquiátrica uma forma de começo lento e progressivo e uma forma de começo brusco ou grave. A primeira com manifestações físicas (fadigabilidade muscular, transtornos vasomotores sensoriais e neurológicos) e psíquicas (mudanças de caráter, irritabilidade, hipocondria, ansiedade, ausências, vertigens e amnésias passageiras). Na forma de início brusco, geralmente posterior a um ictus mais ou menos intenso e, às vezes, desaparecido. Hemiplegias passageiras, transtornos do equilíbrio, dificuldades de coordenação motora, disartrias e as mesmas manifestações psíquicas de uma demência senil.

Também, com menor frequência as **enfermidades de Pick e Alzheimer** incluídas nosologicamente como demências pré-senis, por aparecerem entre os 45 e 60 anos, sendo devidas, a primeira, por ser uma atrofia bi-lateral e simétrica, e a segunda uma atrofia difusa intensa da córtex cerebral.

Contudo são os **estados depressivos** que dominam o quadro das reações psicopatológicas entre os velhos. Essas depressões, muitas vezes atípicas, outras vezes com predominância de manifestações hipocondríacas, outras ainda com exuberância de sintomas ansiosos, se caracterizam por uma prospeção pessimista – desgraças e catástrofes que vão acontecer. Os estados depressivos na terceira idade quase sempre reativos a sua não aceitação do envelhecer ou a não aceitação dele pelo meio ambiente, podem também ser causados por fatores degenerativos do SNC, tais como atrofias cerebrais, arteriosclerose, tumores cerebrais etc. Podem também ser a reativação de antigos surtos de Psicose Maníaco-depressiva, e nesses casos deve-se

temer a cronicidade de depressão.

Em todos esses estados depressivos, qualquer que seja sua etiologia, o perigo de suicídio é bem maior que em outras idades, necessitando, pois, por parte da equipe terapêutica, de cuidados constantes.

As crises de excitação e de confusão podem aparecer nessa fase da vida, principalmente devido à arteriosclerose, com a sintomatologia por todos conhecida. Crises de **mania e delírios primários tardios**, também podem aparecer, porém de forma bem mais reduzida.

A opinião de quase todos os autores é concorde que, na terceira idade, as deficiências físicas alteram a dinâmica da personalidade, havendo uma tendência constante para crises de **hipocondria** e também as crises de **histeria** diminuem ou perdem a importância, sendo frequentemente substituídas por manifestações psicossomáticas. As **enfermidades psicossomáticas** mais frequentes na velhice são:

- Prurido anal e vulvar
- Colite e obstipação intestinal
- Somatização de problemas psicológicos.

Todavia, nessa idade, afirma CARVALHO⁽⁴⁾, tanto as manifestações neuróticas como as doenças psicossomáticas perdem sua especificidade e nitidez de seus contornos clínicos mas, por outro lado, todas as doenças físicas mostram componentes e manifestações psíquicas, cada vez mais evidentes. Por isso, doenças físicas mais ou menos graves podem e são frequentemente mascaradas principalmente, por estados depressivos, ansiosos e fóbicos, levando por vezes o terapeuta a enganos terríveis. Mas o contrário também se observa: queixas e manifestações orgânicas, mascarando estados depressivos ou de angústia e ansiedade.

Também, se tem notado o aumento dos pacientes que começaram a usar álcool, primariamente, depois de 60 anos. O alcoolismo iniciado após essa idade caracteriza-se por se apresentar como uma forma de dependência, e acreditamos que sua relativa raridade seria mais um problema de negligência do médico em não pesquisar corretamente os seus sintomas, do que sua baixa frequência. No alcoolismo inicial ou primário depois dos 60 anos, a sintomatologia é predominantemente psíquica, pois não há tempo para aparecimento das repercussões somáticas. A coincidência de uma enfermidade orgânica, deve-se geralmente ao processo fisiológico do envelhecimento. Os alcoolistas iniciais

na velhice, em sua maioria, não tinham o hábito de beber e poucos poderiam ser considerados bebedores sociais.

O que se observa com frequência, do ponto de vista psico-dinâmico, é a existência de problemas da personalidade antecedendo o alcoolismo geriátrico inicial, existindo quase sempre fatores tensionais de fundo depressivo. Nesses casos, a evolução é muito rápida e os sintomas muito mais intensos porque a estrutura cerebral devido a um processo de arteriosclerose natural, nessa fase da vida, tem menos condições de se defender, a exemplo do cérebro infantil, do que em outros períodos da vida, da agressão tóxica do álcool.

Em uma revisão clínica da sintomatologia dos distúrbios alcoólicos na velhi-

ce, MULLER(12), nosologicamente encontrou por ordem de frequência:

- a) Delirium-tremens;
- b) Paranóia alcoólica;
- c) Síndromes psico-orgânicas;
- d) Psicose de Korsakoff;
- e) Incontinência emocional.

4. CONCLUSÃO

Esses dados, nos levam a uma modificação dos conceitos atuais sobre a prevenção do envelhecimento. Se não podemos prevenir aquele processo, podemos, pelo menos, impedir a sua evolução rápida ou prematura.

Com essa visão positiva e ascendente

os processos de transformação estrutural poderão ser reduzidos desde que:

- 1 - A vida cultural seja estimulada desde a juventude e reavivada constantemente antes da 3a. idade.
- 2 - A atividade laborativa deve ser permanente e a aposentadoria deverá ser opcional.
- 3 - O casamento é um fator importante para impedir a deterioração mental.
- 4 - O stress e as tensões aumentam acen-tuadamente a velocidade da involução.
- 5 - A segurança sócio-econômica e afetiva é outro fator importante para retardar a deterioração mental.
- 6 - As depressões, as demências e as doenças psicossomáticas dominam o quadro psicopatológico na velhice.

ABSTRACT

The present study shows how the different theories related to psychological aging have not satisfactorily explained that process. The difficulties of the psychological analysis of aging are discussed and stressed is the need to give more attention to the psychological potentials remaining to the old person as well as the need for less attention to the deteriorating body functions as calculated by the Weschler technique for the coefficient of deterioration. Rapidly analyzed is the psychopathology of aging, and the study concludes with some recommendations useful to help slow down psychological aging.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA, J. *Troubles Mentaux de la senilité. Vol. 2 Psychiátrie Encyclopédie Medico-Chirurgicale - Paris - 1954.*
2. BASTEI, P. & DOGLIOTTI, G.C. *Fisiopatologia e patologia speciale della Vecchiaia. CONG. JT. MED. MT, 43, Torino, 1937. Relat. Torino, 1937.*
3. BOURLIÈRE, F. *Progres en geriatric. Paris, Flammarion, 1969.*
4. CARVALHO, H.M. *Psicopatologia do homem idoso. Psiquiatria atual, 6 (6): 46-51, set., 1971.*
5. CHILD, C.M. *Senescence. Chicago, Un. Chicago Press, 1975, p. 275-89.*
6. DU NOUY, P.L. *Phyostological Time. Proc. Am. Phi. Soc., 87: 435-437, 1944.*
7. EY, A. & BRISSET, C.H. *Tratado de Psiquiatria. 2.ed. Toray Psiquiatria. 2.ed. Barcelona, Toray-Messon, 1975.*
8. HARNAN, J. *Le rôle possible des antioxi-dants dans la chimioprophilaxie de la senescence. In: CONG. INT. GERONTOLOGIE, 7, Viena, 1966. Relat. Viena, 1966.*
9. KRAL, V.A. *Neuro-psychiatric observa-tions in an old people home; studies of memory disfunction in senescence. J. Geront., 13: 169-176, 1958.*
10. LORAND, A. *Le rôle de l'auto-intoxication intes-tibale dans la production de la vieillesse: rejeunisse*
10. LORAND, A. *Le rôle de l'auto-intoxication intestinale dans la production de la vieillesse: Rejeunissement par les moyens medicaux-cliniques. Paris, 24, 205-207, 1929.*
11. METCHNIKOV, J. *INtroduction à L'étude L'étude scientifique de la vieillesse et Rejeunissement. Moscovo, Petrograd, Recueil, 1923.*
12. MULLER, C. *Manuel de Geronto-Psychiatrie. Paris, Masson, 1969.*
13. PIAGET, J. *Psicologia da inteligência. Rio de Janeiro, Fundo Cultural, 1961.*
14. RIBOT, T. *Les maladies de la mémoire. 24a.ed. Alcan.*
15. SCHOCK, N.W. *Teorias biológicas y fisiológicas del envejecimiento. In: CONG. LATINO AMERICANO DE GERIATRIA, 1o., 1973. Resenha. s.l., s.ed., 1973.*
16. VISCHER, A.L. *Das Alter Als Schicksal Erfüllung. Basel, S.C., 1955.*
17. WESCHLER, D. *The measurement and evaluation of intelligence of older persons. In: CONG. INT. ASS. GERONT., London, 1954.*