

---

# APLICACIONS

---

## **De les sabatilles a les sabates. El treball psicoterapèutic amb gent gran a les Àrees Bàsiques de Salut<sup>1</sup>**

---

*Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXX/1*

Glòria Mateu i Vives<sup>2</sup>  
Marta Lleonart<sup>3</sup>  
Barcelona

*Aquest article vol donar a conèixer el treball fet amb gent gran a les àrees bàsiques de salut incloses dins del Programa de Suport en Salut Mental a les Àrees d'Atenció Primària de Salut des del nostre Centre de Salut Mental de Sant Pere Claver-Fundació Sanitària.<sup>4</sup>*

*El maig del 2011 s'inicià un projecte de recerca, promogut pel Dr. Pere Folch i un conjunt de professionals de Salut Mental, per tal de pensar les necessitats de la gent gran que no acudeixen als CSMAS de la Zona potser perquè mai no han estat derivats a aquests centres, probablement perquè mai abans no ho hagin necessitat; però en el moment d'entrar en*

---

1. Agraïm el treball de supervisió setmanal amb els Drs. Folch, Esteve i Isern, així com el de tots els col·legues del projecte pilot; sense ells no haguéssim pogut entendre molts aspectes del procés psicoterapèutic grupal amb gent gran.

2. Psicòloga Sant Pere Claver-Fundació Sanitària, psicoterapeuta i consultora. Membre ACPP, FEAP, EFPP. E-mail: [gmateu@fhspereclaver.org](mailto:gmateu@fhspereclaver.org)

3. Psicòloga Col·laboradora Sant Pere Claver-Fundació Sanitària, psicoterapeuta. Membre FEAP, EFPP. E-mail: [lleonart@copc.cat](mailto:lleonart@copc.cat)

4. Projecte de recerca en col·laboració amb l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP), Fundació del Congrés Català de Salut Mental (FCCSM) i Sant Pere Claver-Fundació Sanitària (SPCFS).

*les vicissituds de la vellesa, els metges de família detecten una simptomatologia associada al fet de “fer-se gran”.*

*Els metges de família són qui està al cas i miren de fer una atenció integral bio-psico-social, però necessiten en alguns casos l'assessorament, per tal que puguin fer-se'n càrrec ells mateixos i plantegin la possibilitat d'intervencions especialitzades, dins de la mateixa Àrea Bàsica de Salut, ja siguin individuals, familiars o grupals, per part dels professionals especialitzats en aquells casos que es consideri oportú.*

*Des del nostre grup de treball vàrem decidir iniciar un projecte pilot en diversos ambulatoris de la nostra zona, per tal d'oferir grups psicoterapèutics a les persones grans. Aquests grups, una vegada engegats, ens han permès contrastar les hipòtesis que ens havíem fet sobre la problemàtica del vell, centrada moltes vegades en els dols i les pèrdues i altres temes - com la dificultat per a la vinculació i l'aïllament emocional - que han anat sorgint.*

*En aquest treball descriurem des del procés de selecció dels participants i l'organització dels grups, fins a les mesures dels progressos - quan aquests es fan evidents -, a partir de les transcripcions dels materials clínics i amb el recolzament de la informació obtinguda amb el test Old People Self Report- OSR (Achenbach, 2004)<sup>5</sup>.*

**Paraules clau:** vellesa, pèrdues, dol, reparació, ansietats a la senectut, defenses

### **Introducció i estat de la qüestió en el moment actual**

És freqüent que el vell es trobi per primera vegada en una consulta mèdica escoltant el metge de capçalera amb la proposta de poder pensar en un component psicològic enfront dels seus “mals”. Si és així, allò que es presenta d'una manera “física” es transforma en alguna mena de dolor psíquic. Els vells que es presenten a les consultes amb un deteriorament físic poden, de mica en mica, adonar-se que les pèrdues associades al fet de “fer-se grans” desperten “ferides narcisistes”, davant les quals semblaria que no hi ha guariment possible.

---

5. Estudis previs suggereixen que el test OSR mostra una correlació excel·lent amb el diagnòstic de la demència i memòria.

La persona gran ha de fer front a tot un seguit de pèrdues i als dols relacionats amb elles: el cos jove, la vida laboral, les funcions cognitives, la pèrdua de familiars i amics, la independència, el dol pel futur... Adonar-se de la seva pròpia vellesa. A la pèrdua del vigor del cos jove i la possible dependència dels altres, al reconeixement del fet que nous assoliments poden ser complicats, s'hi afegeix sovint el sentiment d'haver fallat com a pares, la pèrdua de la parella i de la intimitat i la proximitat a la mort, viscuda a vegades amb una ansietat persecutòria o depressiva, d'altres negada o viscuda de manera catastròfica (cf. Esteve, Folch, Isern, 2013; article publicat en aquest mateix número de la *Revista*). Són els dols i les ansietats associades que ens presenten els vells en les seves demandes d'atenció. De fet, no ens podem fer una idea del que vol dir "deixar de ser"; sabem què vol dir que l'altre ja no hi és per experiència de les persones finades del nostre voltant, però no sabem què vol dir "deixar de ser". Depenent de la cultura i la religió, fer-se gran i morir pot tenir diferents interpretacions i ser viscut de diferent manera.

L'èxit o fallida en arribar a la vellesa dependrà de com s'han elaborat les separacions i pèrdues, els dols i l'absència, la culpa, l'enveja i l'ambivalència que ens desperta; dependrà de la seva experiència emocional, de manegar-se amb el dolor emocional des d'un principi i del grau d'integració que ja s'ha establert entre les diferents parts del *self*, així com de la capacitat de resoldre els conflictes amb els altres. Si el grau d'ansietat és elevat, pot haver-hi (hi ha) una tendència inconscient a minimitzar-la a través de mecanismes defensius que van (poden anar) des de la negació fins a la desconnexió emocional, que en el vell pot derivar en demència. Quan les pèrdues pròpies de la involució adquireixen una significació traumàtica, les ansietats són aclaparadores i les defenses destructives, és el moment d'una actuació psicoterapèutica.

Els grups psicoterapèutics d'orientació psicodinàmica per a gent gran poden afavorir la tonificació de la ment i el cos, la reanimació i reactivació de les parts endormiscades del vell. El tractament en grups de teràpia afavoreix el "canviar les sabatilles per la sabates", anar de l'aïllament a l'interès per estar amb l'altre, per obrir-se a nous grups, anar de la hiperfreqüentació i la hipermedicació - a les Àrees Bàsiques de Servei -, a una més acurada anàlisi de la demanda del vell i afinar a entendre el que li passa, escoltar el cos i la ment com a elements integrats i no parts dissociades. Si la patologia i el patiment els entenem basats en la relació, per què no treballar-ho en un tractament grupal? Un dels objectius d'aquests grups d'orientació psicoanalítica és la reincorporació a les activitats socialitzadores; la vida és un procés relacional, i les relacions del vell busquen significats relacionats amb la seva història i biografia (Hernández, 1994).

La nostra experiència, després de dos anys i de diversos grups funcionant, ens ha permès valorar progressos que van des de la millora en algunes de les dificultats que presentaven els vells, relacionades amb el cos, fins a l'elaboració de conflictes relacionats molts d'ells amb els dols per les

pèrdues que han patit al llarg de la seva vida: pèrdues del cos jove, del cos estimat i admirat, i pèrdues relacionades amb aquest cos que ha perdut el vigor juvenil, les capacitats cognitives, les habilitats i les destreses. Pèrdues de la relació amb aquells fills fins ara “embadalits” amb els pares joves, però que, degut a la progressió de la vida, els veuen ara més vells, d’una forma més demandant i dependent.

En els nostres grups de gent gran, és freqüent que a l’inici de la sessió alguns dels participants parlin d’aquestes pèrdues, en primer lloc físiques. Així en un grup, en arribar i anar en busca d’una cadira que els pot sostenir durant la sessió, deien alguns:

*“¡Ay las piernas!”* es queixava en arribar una de les pacients, i la resta responia, gairebé com un cor: *“Sí, sí, las piernas, ya no son las mismas, hay que andar despacio... Yo salgo de casa una hora antes para llegar aquí, voy parándome a descansar, tengo que ir despacio...”*.

Potser demanant també que el grup camini a poc a poc, seguint el seu pas, donant temps.

Un altre dels dols més freqüents en aquests pacients fa referència a la pèrdua de persones estimades, persones a vegades tan properes com les parelles o els propis fills. Sobreviure als fills - ens diuen les persones que han patit la mort d’un fill - és potser l’experiència més dolorosa, “el dol irreparable”, el “dol dels dols”. Sovint, en els grups ens hi trobem vells que han hagut de fer una elaboració més o menys favorable d’aquestes pèrdues, dols que apareixen en el grup, dols compartits. Una àvia ja molt gran deia en un grup: “Jo del que em fa més tristesa no en puc parlar, vaig perdre un fill i d’això no en puc parlar”, i s’adonava també del fet que, si en parlava, segurament el grup l’escoltava.

### **Treball psicoterapèutic amb gent gran**

*No és mai tard per esdevenir la persona que sempre haguessis volgut ser.*

George Elliot

Fins ara s’ha parat poca atenció als aspectes més relacionats amb la vida emocional de la gent gran; com si hi hagués una certa incredulitat sobre la potencialitat del vell davant d’un oferiment de treball psicoterapèutic psicodinàmic en aquest moment de la vida, o “psicologia del capvespre”, com l’anomenava Jung per diferenciar-lo de la psicoteràpia per als més joves (Garner, 2002).

A Gran Bretanya al voltant dels anys 90 es fomentava el treball psicoterapèutic amb gent gran amb un format de deu sessions, una per setmana. La nostra experiència en treball grupal ens fa pensar que la brevetat del tractament pot crear unes expectatives en el vell difícils d’elaborar i hem pensat que un format d’unes 30 sessions pot oferir prou espai al grup per

treballar els aspectes que van sorgint, per tal de repensar i revisar la vida viscuda i la vida que es pot viure en el procés de fer-se gran, encara més gran.

A Catalunya tenim rics treballs que han compartit amb nosaltres autors com Boronat (2009) i Hernández (1994) sobre la mal anomenada “tercera edat”. A nosaltres mateixes ens costa escollir el mot adequat que no estigui investit d’una significació de decrepitud, de pèrdua o menys vàlua, per això a vegades escollirem el “vell” i la “vellesa”, “gent gran” i traurem del nostre repertori lèxic aquelles paraules que per tradició estan carregades amb una connotació de decadència, justament perquè hem treballat amb ells.

Diversos estudis apunten a l’efectivitat dels grups psicoterapèutics amb gent gran. Woods i Roth (1996) van notar uns resultats positius després de participar en un grup estructurat psicoterapèutic amb pacients que patien depressió; Knight (1996) informa que la psicoteràpia psicoanalítica té una llarga història d’estudi de casos de gent gran, amb resultats exitosos en diversos estudis aleatoris.

En aquest moment, associacions i països s’estan mobilitzant per pensar intervencions i tenir cura de la persona gran; la població envelleix d’una manera exponencial. Col·legues suecs, finesos i holandesos han compartit amb nosaltres la sensibilitat de les seves institucions per elaborar projectes d’intervenció i recerca amb gent gran, i la possibilitat de compartir el treball amb ells ens enriqueix com a investigadores i psicoterapeutes.

### **Metodologia i procés**

En els grups psicoterapèutics atenem pacients que provenen de tres àrees bàsiques de l’Eixample Esquerra de Barcelona, on Sant Pere Claver-Fundació Sanitària incideix sota el Programa de Suport en Salut Mental a les Àrees d’Atenció Primària de Salut.

A la fase pilot, cada una de nosaltres ha portat tres grups psicoterapèutics d’entre 25 i 40 sessions. Hem comptat amb la col·laboració dels metges de capçalera, infermeres, treballadores socials i psicòlegs de les àrees bàsiques, que han ajudat bàsicament en el procés de selecció de pacients que presenten alguna problemàtica emocional i malestar psíquic, excloent els trastorns psicòtics, malalties degeneratives avançades i malalties orgàniques que dificulten l’accés a l’ambulatori.

En un primer moment pensàvem en la conveniència de fer nosaltres mateixes la selecció dels pacients, però això comportaria un coneixement previ del terapeuta per part del grup. Vàrem decidir preservar la figura dels terapeutes i que fos el personal sanitari de les ABS qui fessin la selecció. Actualment podem dir que, ara que ja som a la tercera edició de grups, la implicació de tota l’àrea bàsica i el seu personal és molt més alta, tant en el procés de selecció i derivació com en el seguiment del projecte.

Una vegada escollits els participants - 12 candidats per grup - se'ls informa del tipus de treball psicoterapèutic que els proposem, la periodicitat i la feina a fer. En iniciar el grup emplenem el test autoinformat - *Old Self Report (OSR)* - que també hauran de respondre en finalitzar el tractament.

Conclòs el treball psicoterapèutic tindran una trobada amb la treballadora social de l'Ambulatori, que els orientarà - si els cal i ho demanen - a d'altres serveis del barri on poden accedir segons els seus interessos, característiques i possibilitats.

Les psicoterapeutes, amb una extensa formació en el model teòric psicoanalític, són terapeutes de més de 50 anys i amb més de 20 anys d'experiència en treball grupal sota una perspectiva psicoanalítica i influenciades per les aportacions del treball grupal de Bion.

Les sessions són supervisades quinzenalment amb supervisors d'orientació psicodinàmica - eina imprescindible per discernir aspectes transferencials i contra-transferencials que es donen en la relació dins de les sessions -, com a segona mirada de la dinàmica que s'ha donat en cada moment, tipus de supòsits bàsics que s'hi han fet manifestos i que moltes vegades interfereixen la tasca del grup de treball psicoterapèutic.

Cada terapeuta compta amb l'ajut d'una observadora que transcriu les sessions i/o una coterapeuta més jove, en formació.

### **Psicoteràpia psicoanalítica grupal amb gent gran. Indicació o contraindicació?**

El 2010 en la nostra àrea d'intervenció hi havia 15.194 persones més grans de 65 anys - un 48,02% fins a 74 anys i un 45,14% de més de 74 anys d'edat - sobre una població de 88.336 persones en total, que tenen per referència els ambulatoris de la nostra zona d'intervenció; una població més que considerable i que vam pensar que requeria un treball psicològic més acurat i intens en el moment en què vam engegar el projecte d'atenció a la vellesa.

El treball que hem fet fins ara ha estat amb gent gran que no havia consultat abans en cap centre de Salut Mental, i si ho havien fet no era per una problemàtica psicològica concreta, sinó més aviat per problemes que se'ls han anat presentant al llarg de la vida. Algunes d'aquestes persones han estat reconegudes socialment segons les seves professions, relacions familiars, classe social, i a poc a poc han anat deixant enrere aquest estatus (doctor, encarregat, senyor tal...) i s'han hagut de reconèixer, ells mateixos, sota uns paràmetres socials nous per a ells i amb connotacions d'edat (avi, jubilat, excap, pacient).

Posar en marxa aquest treball va suposar contactar amb professionals engrescats en la tasca i el retrobament amb les qüestions referents al treball amb els vells, treball fins ara desconegut per molts de nosaltres. Ens

interessava conjuminar les dues àrees esmentades més amunt, que són per una banda els grups i per l'altra el treball de la vellesa.

Una primera qüestió que se'ns plantejà va ser si el treball amb la gent gran representaria la necessitat de canviar el model, la teoria i/o la tècnica que fins ara utilitzàvem amb els nostres pacients més joves; també si ens aportaria alguna cosa nova en la nostra experiència com a terapeutes.

Què ens va dur a engegar aquest treball amb la vellesa? Per una banda l'interès per part del Dr. Pere Folch, motor del projecte, que ens va engrescar a treballar amb el vell, i sense dubte la il·lusió de treballar amb ell. Una altra motivació per comprometre'ns en aquesta tasca és l'existència d'un envelliment de la població i l'allargament de l'esperança de vida i poder pensar en aquesta població. Aquest projecte ens suposa no retirar-nos de la vida psíquica dels vells, treballar com a psicoterapeutes que som també amb la gent gran i no desentendre'ns d'ells.

Ben aviat ens vàrem trobar amb situacions noves, com ara la qualitat de la contra-transferència: els sentiments que es desperten en nosaltres terapeutes en el treball amb gent gran ens posen en contacte amb la situació personal: pares grans, sovint vells que passen per les vicissituds pròpies de la vellesa, vicissituds aquestes que viurem també "in situ" en els grups de psicoteràpia de gent gran; afectar-nos o sentir-nos afectats serà també "l'aquí i ara" de cada una de les sessions. Hi deu haver molts elements que ressonen dins del cap del terapeuta i que ha de poder observar per tal de poder elaborar les intervencions que pot oferir al vell.

El terapeuta de mitjana edat pot tenir les seves pròpies resistències a treballar amb gent gran. Fins ara ens hem preguntat si calia un canvi de model psicodinàmic o no. Era una de les qüestions que ens plantejàvem, però, per què ens ho plantejàvem? Si treballem com a psicoterapeutes sota un model psicodinàmic, per què no continuar amb el model amb què treballen habitualment? Si veiem el vell com algú que es retira de la vida afectiva, de la vida activa, és per això que nosaltres dubtem? Aquest prejudici origina, doncs, el dubte sobre un canvi de model, però si sentim els vells amb capacitats de fer un treball psíquic, d'elaborar, ja no cal plantejar-nos aquest canvi de model.

En aquests grups ens trobem que els vells senten que les "comes no els porten", però, on els porta el seu pensament? I els seus records? I la seva imaginació? "*Si les comes no ens porten, potser podem anar endavant amb el pensament*", amb la mirada també d'aquest vell savi. Com la senyora que es va quedant cega, ansietat molt manifesta en el grup i que és viscuda, la ceguesa, com un final catastròfic; el grup l'ajuda i ella ajuda el grup a poder veure, mirar d'una altra manera: amb els ulls del pensament, la possibilitat d'imaginar; també els "ulls" del grup, el que es pot veure amb els ulls, i el que es pot veure amb uns "altres ulls".

Una dona gran, de més de 80 anys, ens deia:

*“A mi el psiquiatra em va dir que si m’oblido d’alguna cosa, no la trobo, doncs que vagi enrere, que intenti recordar el que vaig fer abans de perdre-ho (la cosa)”.*

Anar enrere per recuperar allò que es perd i no es recorda. Així el grup facilita la possibilitat de recordar, “reviure” els records. Els vells agraeixen generosament que se’ls ajudi a recuperar el sentit de la vida buscant en la reconstrucció del passat (Hernández, 1994). En el tractament amb els vells hem pogut observar com la transferència es vivifica i els grups faciliten l’al·leugeriment de les ansietats enfront dels dols per la pèrdua del “jove”, d’allò jove que s’ha perdut i de tot el que significa, afavorint la recuperació biogràfica, el que s’ha fet, i la possibilitat de reconciliació amb tot allò que no s’ha fet.

En una última sessió de grup, les senyores es queixen en arribar: *“Ai! les comes, Ai! Ai!...”* i la terapeuta dirà: *“Avui que és l’últim dia de grup, sembla que diuen ai, ai, ai...”* (fent una mica de broma...). Riuen i una de les pacients diu: *“Hi ha dolors que no se’n van, les comes, el cos...”* I una altra continua: *“No es pot arreglar tot...!”*

A la vida, quan s’acaba, ens adonem que hi ha coses que no hem pogut arreglar, com el grup que no ho arregla tot. De quina manera el grup ens pot ajudar a reconciliar-nos amb allò que hem perdut? Els dols, les pèrdues i la significació traumàtica de cada una d’elles, les ansietats enfront d’elles i les defenses seran els temes a treballar en aquests grups terapèutics d’orientació psicodinàmica, treball que continuem en les hores de supervisió. Si en acabar els pacients grans poden recuperar el valor del grup social, la importància de les activitats socials i lúdiques - “canvien les sabatilles per les sabates” -, pensem que hem assolit un dels objectius proposats a l’inici del projecte.

A les darreres sessions, en els diferents grups hem anat veient com davant de la imminència de la fi del grup, el mateix grup s’organitza: Què podem fer? Com podem continuar? Si no continuem amb un grup, podem plantejar una proposta? Així, una de les velletes d’un grup proposa a la resta:

*“Jo proposaria fer un escrit, fins i tot a màquina, apuntar cada una de nosaltres lo bo que ens aporta el grup i apuntar alguna cosa de com seguir, què ens agradaria, presentar-ho a veure si tenim sort i ens fan cas, si no és un grup com aquest, si fer un grup nosaltres amb alguna tasca que demanem.”*

Aquest grup, quan es va acabar, va demanar-ho a través de l’assistenta social, i continua com un grup que es reuneix quinzenalment i participa activament en activitats del barri i de les propostes de l’àrea bàsica. “Han deixat les sabatilles, s’han posat les sabates”.

### **El perquè del grup psicoterapèutic amb gent gran. Objectius i hipòtesis**

L’objectiu primer que ens va moure a iniciar el projecte de grups a la vellesa era el de millorar la qualitat de vida dels vells, un objectiu general que ens



conduiria a altres de més específics: Com es pot fer? Quins seran els objectius específics que milloren la qualitat de vida?: millorar la socialització, apaivagar el sentiment de solitud, potenciar en el vell allò que sent perdut gràcies a la trobada de noves potenciacions o capacitats que no són perdudes. Capacitat d'escoltar, de pensar, de trobar-se amb l'altre, elaboració dels dols.

Les persones grans que acostumen a consultar als centres de salut mental, els CSMA, són pacients que des de fa temps ja presenten una simptomatologia psicopatològica, s'han "fet grans" a la consulta; però generalment els vells, si no han consultat mai, no ho fan en aquests moments de la seva vida en què es fan tan evidents i tan punyents les pèrdues: semblaria que és propi de fer-se vell la involució i els dols. Segurament és per aquesta "suposada" normalitat que les consultes que fan es dirigeixen als seus metges de capçalera, als ambulatoris, convertint-se sovint en aquests pacients que consulten reiteradament sense presentar cap causa orgànica, pacients anomenats "hiperfreqüentadors". En un grup, una àvia ens deia ja a la tercera sessió: "*Yo voy tanto al médico porque me encuentro muy sola.*"

Així doncs, és el metge de capçalera, la infermera, qui escolta; és a l'ambulatori on s'escolta l'expressió del dolor emocional (pèrdues i dols, soledat, aïllament...). Per això ens va semblar una bona manera d'iniciar la nostra intervenció com a psicoterapeutes de grup fer-ho en els mateixos ambulatoris on s'adrecen els pacients que seran derivats pels seus metges, que els escolten.

Per una altra banda, el vell que es tanca a casa o s'institucionalitza<sup>6</sup> envella més ràpidament, cosa que ens ha dut a pensar que l'ansietat de l'aïllament social i el temor a la vellesa en solitud provoca fugides cap a la desconexió emocional i a vegades la demència (Davenhil, 2007; Garner, 2002). És per això que l'objectiu de millora social facilita un altre objectiu de prevenció dels aspectes més demenciants.

La gent gran que ha enviadat fa demandes sovint d'atenció, ve presentant queixes somàtiques, queixes pel dol, per la solitud i l'abandó que pot sentir; es converteixen en hiperfreqüentadors a les àrees bàsiques i el metge de família els escolta no només el dolor i el malestar del cos, sinó el dolor d'envellir i estar sol (Zarebski, 1993)<sup>7</sup>. Un metge, en unes de les reunions de preparació, ens deia: "Els que pateixen no són els cossos, són les persones", i això justifica la nostra intervenció en grups terapèutics d'orientació psicodinàmica.

---

6. Degut al patiment, sovint de la persona gran i sovint també de la família. Veure per exemple la pel·lícula *Lost of words*.

Per què grups de psicoteràpia? Per la possibilitat de mirar i ser mirat per l'altre, per poder pensar en les seves situacions i les dels altres, que a més són afins. El grup ofereix un desplegament dels aspectes biogràfics que pot alleugerir les ansietats derivades de la pèrdua del sentit de la vida; per la possibilitat de veure en l'altre el que veig o no veig en mi. Treball sobre si mateix, pensar en el que els passa, poder-ho compartir per construir una altra manera de seguir endavant; per oferir una reflexió sobre els dols; per oferir també un espai on poder parlar de la mort; per contactar amb una bona vida.

Una de les preguntes que ens fèiem a les reunions conjuntes de metges i equip de salut mental era si - participant en un grup psicoterapèutic - disminuirien aquestes visites i les queixes somàtiques. Ens preguntàvem si oferir aquest espai els permetria l'elaboració dels conflictes no resolts, entendre'ls amb més claredat i esvair malentesos familiars, generacionals i dels coetanis; parlem d'aspectes com ara el ressentiment, les pèrdues, la gelosia, l'enveja i la reconciliació amb els que encara són vius i amb els que ja són morts.

El treball psicoterapèutic grupal afavoriria la resolució dels conflictes sobre les pèrdues i l'elaboració dels dols, sobretot per a aquelles persones amb més dificultats per pair els finals, dificultats per sentir les pèrdues i fins i tot per a aquells vells que d'alguna manera s'acomoden a les pèrdues. El treball psicoterapèutic els permetria donar obertura al seu tancament emocional, millorant els aspectes relacionats amb el reconeixement de la riquesa de la seva experiència i del seu món intern, alhora que potenciaria la relació amb el món extern.

El vell, sovint, fa una retirada libidinal, un desvinculació o una intensificació amb el món intern - més empobridor -, aspectes que moltes vegades el fan irritable i esquerp (Hernández, *op. cit.*). Segurament un afebliment del *jo* - la fortalesa personal - podria accelerar el procés de demenciació. El treball grupal podria frenar la predisposició a aquest aïllament emocional, que com anem observant podria ser un indicador de demència incipient.

Per últim si poden fer-se'n càrrec, visitar aquests conflictes pendents, potser podria disminuir l'*ansietat* i la *depressió* que anirien lligades a tants aspectes emocionals per resoldre i segurament no empitjorarien els aspectes relacionats amb la desconexió emocional, i fins i tot aconseguirien una millor connexió. Seria d'esperar que l'experiència de grup afavoreixi defenses més constructives i esperançadores, en detriment de defenses més invalidants.

---

7. Hi ha treballs que expliquen com moltes de les caigudes del vell provenen d'una identificació amb el mort, el que ja ha caigut.

És la desconexió emocional una defensa enfront de les ansietats de pèrdua i dol? És la desconexió emocional la porta cap a la demència? És implícit en el fer-se vell la desconexió emocional? Si afavorim una millor connexió emocional amb un mateix i amb l'altre, potser prevenim futurs processos demenciadors?

El vell que s'aïlla, guanya en una millor connexió cap al seu món intern? Però si aquesta li impedeix la socialització, la trobada amb l'altre, estem parlant d'un procés negatiu i d'empitjorament?

### **Anàlisi de les dades i resultats**

D'una mostra total de 171 pacients que accepten fer un treball psicoterapèutic grupal, el 39% són majors de 65 anys; d'aquests, inicien el grup el 75% i l'acaben el 57,5%.<sup>8</sup>

L'edat mitjana del participants és de 74,48 anys i conclouen el tractament bàsicament les dones; entre els abandonaments de la mostra estudiada s'hi troben sis homes que havien decidit començar, però interrompen (cf. Taula 1).

Es mostren canvis significatius de millora pel que fa a les puntuacions en el qüestionari OSR en l'escala sindròmica relacionada amb ansietat/depressió ( $p=.053$ ) i una reducció en queixes somàtiques ( $p=0.53$ ); es mostra un empitjorament no-significatiu en l'escala orientada al DSM-IV en personalitat antisocial (cf. Taula 2).

En el grup de gent gran amb el qual hem treballat, veiem abans de començar el treball grupal que hi ha justament una correlació significativa pel que fa a parella, preocupacions, queixes somàtiques, deteriorament cognitiu, memòria, dificultats de pensament, irritabilitat, ítems crítics, problemes totals, problemàtica de depressió, problemàtica d'ansietat, problemàtica de somatització i problemàtica de demència.

---

8. Estudis a Anglaterra mostren que les intervencions per a gent gran no han de suposar un cost massa elevat i en alguns casos s'han ofert packs de 10 sessions terapèutiques, temps que nosaltres hem vist insuficient i aleshores poc rendible, perquè és un temps massa curt per observar efectes terapèutics (Garner, 2002).

Línia base en T1	
Sexe	Home 9.1%
	Dona 90.9%
Edat	X= 74.48 $\sigma$ =6.467
Formació	No sap llegir 3%
	Estudis primaris 3.6%
	Graduat 24.2%
	Batxillerat 6.1%
	Llicenciat 3%
Situació civil	Sense parella 3%
	Parella 42%
	Divorciat 3%
	Vidu 39.4%

Taula 1. Dades censals de la sub-mostra de gent gran

		T1		T2		t	p
		x	$\sigma$	x	$\sigma$		
Funcionament adaptatiu	Amics	39.22	11.21	41.55	7.60	-.221	.827
	Parella	40.80	11.20	39.86	11.79	-.128	.902
	Fortalesa personal	44.45	7.97	46.55	7.48	-1.334	.198
Escala sindròmica	Depressió/ansietat	69.15	9.04	65.55	8.02	2.060	.053
	Preocupacions	63.75	8.43	62.10	8.02	-.076	.940
	Queixes somàtiques	64.70	8.92	65.45	9.45	-2.064	.053
	Alteracions funcionals	59.78	8.48	60.80	7.50	-.457	.653
	Memòria/cognició	61.50	7.93	59.65	7.63	.518	.611
	Problemes de pensament	62.79	6.84	64.80	7.51	-1.616	.123
	Irritabilitat desinhibida	62.75	7.24	63.90	6.76	-1.409	.176
Problemes totals	Ítems crítics	67.64	7.25	67.05	6.17	-1.409	.272
	Problemes totals	68.94	10.43	88.15	8.21	-1.131	.214
Escala DSM	Problemes de depressió	66.24	9.57	64.85	7.21	-1.285	.807
	Problemes d'ansietat	70.09	8.56	65.85	8.72	.248	.346
	Problemes somàtics	62.97	7.33	64.70	9.77	.966	.116
	Problemes de demència	60.72	8.12	59.40	8.12	.464	.648
	Problemes de psicosi	60.06	6.90	63.85	5.86	-1.432	.169
	Personalitat antisocial	61.88	6.64	64.50	6.66	-1.961	.065

Taula 2. Comparació de mitjanes test T1 - T2

## Discussió

A la vista dels resultats, ens hem de preguntar per què un nombre de pacients no acaba el grup. Hi ha pacients que mai no comencen el grup, la qual cosa ens fa pensar que la derivació no ha estat encertada.

Comparant amb els grups de gent jove (18-30) i els grups d'adults (30-65) que tenim al CSMA, la gent gran que abandona el grup ho fa abans d'arribar a les 10 primeres sessions. Després d'aquestes 10 sessions, semblaria que s'ha establert la cohesió grupal i el compromís amb el grup i amb ells mateixos per acabar el tractament.

Observem que els problemes amb la *Parella*, o la manca d'ella (viduïtat) correlacionen amb les *Dificultats de Pensament*. Així, pacients vidus o vídues es queixen més sovint de dificultats a l'hora de poder recordar, pensar amb agilitat, d'aspectes cognitius i també de símptomes depressius: tristesa, soledat.

Observem en els grups que el sentiment de soledat es troba molt relacionat amb les pèrdues sofertes - parelles o fills -, però també amb la qualitat de relació amb la família, amb els fills, amb les generacions més joves: "*A mi a casa em diuen shhhhhh*", ens explica una pacient en un grup, acostant-se el dit als llavis. A partir d'aquesta "confidència", el grup es va "llançar" a explicar les dificultats de comunicació amb les seves famílies, del sentir-se sols - en no ser escoltats, els feien callar... El grup va servir com a família que els podia escoltar, on es podia parlar, mitigant alhora aquest sentiment de soledat: "*Si ens fan callar, ens sentim sols*".

Més endavant en els grups observem com s'obre un espai per poder parlar dels sentiments de culpa; del "*ens fan callar*", es pot passar a pensar: En quina mesura hem estat responsables de les dificultats de relació amb els més joves?

Els vells amb més *Fortalesa Personal*, que han fet una bona elaboració del temps passat, establiran millors vincles amb el temps que els queda, amb més gran connexió emocional i un sistema defensiu més estructurant, com activitats lúdiques, i menys invalidants que la demència.

La millora significativa en *Ansietat-Depressió* està relacionada en el qüestionari pel reconeixement que fan de la solitud, una disminució de la preocupació constant i catastròfica per la seva vellesa i la mort, i per la possibilitat de fer una revisió d'allò que no s'havia pogut fer o acabar com es volia; per exemple, les relacions amb els altres. L'*Ansietat-Depressió* que presenten molts d'aquests pacients, les expliquen amb un sentiment de solitud molt arrelat: "Estem sols". L'àvia que ens deia en un dels grups: "Jo vaig tant al metge perquè estic sola". Un *insight* ja en les primeres sessions que correlacionava directament amb una de les propostes dels grups: fem grups psicoterapèutics per a la gent gran, si disminueix la hiperfreqüentació?

L'empitjorament en les puntuacions en l'escala *Antisocial*, no significatiu, està relacionat amb el sentiment d'importar als altres; de fet, una de les coses que hem observat al llarg de l'experiència grupal és que no es resol el conflicte amb els fills, però en poden parlar. Semblaria que davant del que senten com un rebuig per part dels fills, la defensa estaria al servei de mostrar-se capaços, independents i reivindicatius; com una velleta que al grup ens deia: "*Jo faig la feina de casa, i m'enfilo a la cadira per baixar les cortines*", posant l'esglai a la resta del grup. O el vell que deia: "*Jo al poble hi vaig amb el meu cotxe i que em pari qui vulgui*".

### Conclusions i reflexions

Les hipòtesis que hem explorat ens aporten les bases necessàries per tal de predir alguns dels aspectes que afavoreixen la demència senil i aspectes de desconexió i psicosi en la vellesa.

Allargant l'autonomia del vell millorem la seva qualitat de vida i la de les persones que l'envolten.

El treball psicodinàmic ens ha mostrat que permet significar símptomes que ens porten els pacients i entendre les dificultats de personalitat. És treball del terapeuta i del grup terapèutic facilitar aquest "adonar-se", donar sentit dins del mateix grup. Afavorint espais de pensament i de treball mental, millorem també el pensament cap a un mateix i cap a l'altre, la reparació de l'objecte perdut, de l'objecte bo.

Observem durant les primeres sessions una preocupació elevada pel cos, les dificultats lligades a ell, per la pèrdua de la vitalitat, i a partir de les 8-10 sessions els pacients reconeixen un altre treball en el grup: A la sessió 8 un dels homes del grup deia: "*No hem vingut aquí només a queixar-nos...*". I a la sessió següent, a la novena, una de les àvies comentava: "*Veig el grup diferent, avui parlem!*". Durant les sessions, fins arribar a la vuitena, era evident que el grup parlava, però hi havia un to de queixa constant: queixes pel cos perdut, queixes per la fragilitat..., però a la sessió novena el grup parlava de les pors i les ansietats lligades a les malalties, no de les malalties només. Va ser aleshores que van entendre que el grup parlava més. En la nostra experiència amb aquests grups de gent gran, a les primeres sessions es parla de la descàrrega: "*Aquí al menos podemos descargar todo lo que nos ha pasado, nos quedamos más a gusto*"; és més endavant que el grup va entendre i va poder viure "in situ" que no venien a "descarregar", venien a pensar, podien elaborar d'una altra manera, comprendre.

En el cas de la gent gran, que generalment no consulten per problemes relacionats amb dificultats de comportament i psicològics, pensem que es fa difícil l'elaboració dels conflictes que presenten quan visiten el seu metge. En un inici els conflictes es manifesten en el cos i en queixes sobre els altres: "*No em telefonen*", diu una pacient, i en un altre grup una àvia deia: "*Li vaig dir*

*al meu fill que vaig caure i em va contestar: A ver si te mueres*”, deixant esglaiat el grup amb aquesta comunicació. El treball del grup ha de permetre anar d'un relat potser poc interioritzat a un altre de comprensió més psicològica: “Em fa por quedar-me sol, o potser em faig massa insistent en queixar-me, podria demanar ajuda”.

Escoltar i empatitzar amb el pacient i donar sentit a la seva experiència utilitzant la seva resposta personal i emocional com a font de comprensió, contenir l'ansietat i la desesperació, suportar l'hostilitat i el criticisme sense venjança i identificar la percepció distorsionada en les relacions pacient-cuidador, poden ajudar el professional i el vell en el procés d'anar endavant d'una manera profitosa. Segurament les terapeutes de la nostra edat ens posem en contacte amb l'edat dels nostres pares, grans que es fan vells, i encara ens cal pair el procés del seu envelliment.

Pot ser més senzill veure canvis en gent jove i fins i tot en persones de mitjana edat, ja que els canvis en la realitat externa succeeixen en paral·lel amb els canvis a la vida interna. De fet, Culverwell i Martin (1999) suggereixen que treballant amb gent gran cal replantejar la idea del canvi terapèutic.

Justament perquè les expectatives són baixes, ens sentim més encoratjats per aquests tipus d'intervencions. Des del punt de vista de cost-efectivitat, creiem que el format de 20 a 30 sessions per grup aporta uns canvis interessants que afavoreixen la qualitat d'envelliment de les persones grans.

En definitiva, ens aïllem nosaltres també, com a professionals de la salut mental, de la vellesa? O fomentem amb aquests grups una solució a l'aïllament del vell? A partir de la potenciació del pensament, de les altres mirades, segur que podem afavorir l'existència d'una vellesa més rica per a tots, els vells i el seu entorn, vells i joves.

Si amb els grups psicoterapèutics hem ofert als vells la possibilitat d'obrir un camí de socialització, que a l'hora possibiliti una millor connexió emocional i els faci viure millor, prevenint aspectes més demenciants, ens donem per satisfets.

### **Estudis futurs**

Pensem que el grup de treball continua endavant, explorant tots els aspectes que inclouen l'envelliment. A partir de les reunions de treball setmanal, tant a les experiències de grups com a les supervisions de tot l'equip, anem elaborant les bases teòriques per un envelliment saludable.

Tenim la fortuna de poder assistir a diversos grups psicoterapèutics a les ABS, als quals s'hi afegeix també l'experiència de grups en un medi residencial, amb unes característiques concretes, i que ens aporta una

complementarietat a les dades que anem recollint. També comptem amb un grup de cuidadors, a l'estil multifamiliar, on pacients i acompanyants o cuidadors comparteixen un espai terapèutic, de posada en comú i d'elaboració de la relació pacient-cuidador, que ens enriqueix a tot el grup de treball.

Holanda i Suècia, entre altres països, cerquen aliances terapèutiques dins de la comunitat europea que permetin avaluar les intervencions psicoterapèutiques grupals amb gent gran i els beneficis d'un enriquidor envelliment. La nostra intenció és continuar cercant en la nostra experiència amb el tractament psicoterapèutic dels vells i oferir, a partir dels resultats que anem obtenint, un marc més ampli i enriquidor que sigui cabdal per a l'atenció i la cura, i molt especialment la prevenció. Arribar a gran no és ara un desig, és una realitat, i podem treballar per formular entre tots una vellesa activa en què el vell hi pugui prendre part i no ser un observador de la seva vellesa, sinó convertir-se en un agent actiu.

Acabem aquest article amb la mateixa sensació amb què acabem els grups, la psicoteràpia, també la nostra anàlisi: no podem resoldre-ho tot, no es pot assolir tot, sempre ens queda alguna cosa per fer. Aquest és, doncs, un article d'inici, també per a nosaltres, terapeutes grans, que ens iniciem en aquesta aventura d'atenció als vells.

Recordem l'inici de l'última sessió d'un dels grups. Una pacient ens deia: *"... Creo que hemos hablado de penas y dolores, pero algunos dolores no se van a ir, ni por el grupo ni por nada..."*, i una altra responia: *"...És veritat, és que tot això no s'arregla"*, referint-se ambdues a mals d'esquena, dolors del cos. I una altra els deia: *"... Es verdad, hay dolores que no se van, más de dentro..."*. Potser pensaven que el grup ens alleugeriria dels dolors i l'últim dia es queixen: el grup no té remei per a tot.

## RESUMEN

Este artículo pretende mostrar el trabajo realizado con personas mayores en las áreas básicas de salud incluidas en el programa de Atención Primaria en nuestro Centro de Salud Mental de Sant Pere Claver-Fundació Sanitària.

En mayo de 2011 se inició un proyecto de investigación promovido por el Dr. Folch y un conjunto de profesionales de Salud Mental, con el propósito de pensar las necesidades de la gente mayor que no acude a los CSMAS de la Zona, quizás porque nunca han sido derivados a estos centros, probablemente porque nunca antes lo habían necesitado, pero en el momento de entrar en las vicisitudes de la vejez, los médicos de familia detectan una sintomatología asociada al hecho de "hacerse mayor".

El médico de familia es quien recibe, a veces con alta frecuentación, a estos pacientes, pero no puede atender estas dificultades que requerirían una



atención y trabajo de elaboración psicológica. Por este motivo nuestro grupo de trabajo decidió iniciar un proyecto piloto en distintos ambulatorios de nuestra zona, con el fin de ofrecer grupos psicoterapéuticos a personas mayores. Estos grupos, una vez iniciados, han servido para descubrirnos una problemática del anciano, centrada muchas veces en la problemática del duelo, los duelos y las pérdidas y otros temas - como las dificultades en las vinculaciones y el aislamiento emocional - que han ido surgiendo.

En este trabajo describiremos desde el proceso de selección de los participantes y organización de los grupos, hasta la medición de los progresos - cuando éstos se han hecho evidentes - a partir de las transcripciones del material clínico y con la ayuda de la información obtenida en el test *Old People Self Report- OSR* (Achenbach, 2004).

## SUMMARY

The objective of this paper is report on the work undertaken with elderly people at the Primary Care Services included in the program in Mental Health Program at Sant Pere Claver-Fundació Sanitària.

In May 2011, promoted by Dr. Folch and a group of mental health professionals, a research project started, targeting the needs of elderly people who do not make use of Mental Health Services. In all probability they had never had the need to be referred before, but as they enter the vicissitudes of old age, general practitioners detect emotional symptoms associated with the process of "getting older".

General Practitioners have to deal with elderly people with more emotional distress than those with somatic complaints who overuse the Primary Care Services. General Practitioners on their own are unable to meet these challenges, which require psychological assessment.

For this reason, our research group decided to launch a pioneer project providing psychotherapy groups for the elderly in the Primary Care Services that our mental health professionals cover. These groups, once started, allowed us to highlight issues specific to the elderly, often centring around bereavement, grief and loss, and other relationship-related issues, and the difficulties entailed by emotional isolation.

In this paper we describe the whole research project, analyzing the process through the session's transcription and the evaluation of improvements through the Elderly People-OSR Self Report (Achenbach).

## BIBLIOGRAFIA

- ACHENBACK, T., NEWHOUSE, P. et al. (2004). *Manual for the ASEBA Older Adult Forms and Profiles*. USA, Library of Congress
- BORONAT GRANELL, M.T. (2009). Tot temps passat va ser millor... o mai tan bé com ara? Psicoteràpia psicoanalítica amb persones grans. *Revista Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, núm. del 22 juny 2009, pp. 5-8
- CULVERWELL, A. & MARTIN, C. (1999). *Psychotherapy with older adults. Older people and their needs*. London, ed. G. Croley

- DAVENHIL, R. (Ed.) (2007). *Looking into later life. A psychoanalytic Approach to Depression and Dementia in Old Age*. Tavistock Clinic Series. Margot Waddell (Series Editor) London, Karnac Books
- ESTEVE, J.O., FOLCH, P., i ISERN, L. (2013). Problemàtica i psicopatologia de la senectut (i II). *Rev. Catalana Psicoanàlisi*, XXX, 1
- GARNER, J. (2002). Psychodynamic work and older adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, pp. 128-137
- HERNÁNDEZ ESPINOSA, V. (1994). *Comprensi3n y abordaje psicodinámico de las patologías de la tercera edad*. Conferència presentada en el V Simposium Internacional, Centro Neuropsiquiátrico "Sagrado Coraz3n", Martorell
- KNIGHT, B.G. (1996). Psychodynamic therapy with older adults: lessons from scientific gerontology. *Handbook of the clinical Psychology of Ageing*. Chichester, Ed. Woods, pp. 545-573
- WOODS, R.T. & ROTH, A.D. (1996). Effectiveness of psychological interventions with older people. *Psychotherapy: What Works for Whom* (Eds. Roth-Fonagy). New York, Guildford Press
- ZAREBSKI, G. (1995). Las caídas en la vejez. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 15, pp. 20, 95