

# Experiència grupal entorn a la gent gran<sup>1</sup>

Carlos Giménez Lorente i Joana Lara Cabrejas

## Resum

*El present treball fa reflexions entorn a l'experiència grupal amb gent gran posada en marxa al CSM de Sants, Sant Pere Claver Fundació Sanitària, des del maig de 2012 fins al març de 2013 durant 34 sessions de freqüència setmanal i d'una hora de durada. El grup va estar format per 14 components, dos terapeutes i un observador. La seva creació va respondre a la necessitat d'atenció d'un volum important de persones grans que eren dirigides al CSM, per ser atesos psiquiàtricament i psicològicament, des dels Centres d'Assistència Primària, fonamentalment amb símptomes depressius resistents al tractament habitual. El treball descriu les observacions dels terapeutes i observador fetes entorn a la dinàmica relacional que es va establir, amb les particularitats de la senectut, a les quals s'hi afegeixen les malalties freqüents agudes i cròniques de l'edat, la relació amb la mort, amb els dols, els rols de les famílies i amics, així com els fets psicològics diferencials d'aquesta etapa vital. Es va observar que la relació íntima de la persona gran amb els seus cuidadors i amb els altres components del grup, facilita una activació de les dinàmiques relacionals, tant intrapsíquiques com interpersonals. Aquesta activació va afavorir la remissió de bona part dels símptomes depressius.*

**Paraules clau:** grup, gent gran, vellesa, símptomes depressius.

## Abstract

*This paper makes reflections about the experience of an elderly people therapy group, implemented in the CSM of Sants, Fundació Sant Pere Claver, from May 2012 until March 2013, 34 therapy sessions*

*with a once per week frequency. The group was composed of 14 members, two therapists and an observer. Its creation was responding to the need of care of a large number of seniors who were directed from primary care centers to the CSM to be treated in a psychiatric and a psychological way, mainly with depressive symptoms resistant to standard treatment. The work describes the observations of therapists and observers made about the dynamics of relationships established with the peculiarities of old age, adding the frequent acute and chronic diseases of old age, relationship with death, with mourning, the roles of family and friends, as well as the differential psychological facts in this vital stage. It was noted that the close relationship between the elderly and their caregivers and with the other group members, facilitates an activation of the relational dynamics, both interpersonal and intrapsychic. This activation facilitated the remission of a large part of the depressive symptoms.*

**Keywords:** group, elderly people, old age, depressive symptoms.

Els professionals que hem conduït el grup terapèutic de «vellesa acompanyada», inclòs al Programa d'Atenció a la Vellesa de la Fundació Sant Pere Claver, hem elaborat el present document amb el desig de compartir la nostra experiència i les reflexions sorgides entorn a aquesta intervenció.

Agraïm el suport ofert pel grup de treball d'estudi i supervisió, liderat pel Dr. Folch, el Dr. Esteve i el Dr. Isern, i promogut per l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP), la Fundació Congrés Català de Salut Mental (CCSM) i la Fundació Sanitària Sant Pere Claver.

La nostra formació psicoanalítica ens ha fet utilitzar termes teòrics d'aquesta disciplina, potser

no sempre ben consensuats, però fent nostra la frase de Bion (1980): «En la metodología psicoanalítica el criterio no debe depender de si un uso determinado es correcto o incorrecto, si tiene significado o es verificable, sino de su capacidad para fomentar desarrollo».

És relativament jove l'atenció psicoterapèutica dirigida a la gent gran. La por i la negació, tan estesa socialment, del procés d'envelliment i de la mort, sembla haver-se dirigit en contra d'oferir una assistència especialitzada cap a aquest col·lectiu (Ezquerro, 2000). Tal vegada, sembla que les persones grans no tan sols es troben aïllades en espais residencials o en les seves llars, sinó també, en algunes ocasions, es troben aïllades de l'atenció sanitària. Els vells es converteixen en híperfreqüentadors possiblement per esmenar aquest dèficit global.

Publicacions recents (Linden i Kurtz, 2009) posen de relleu com encara avui en dia, les persones grans són subdiagnosticades i reben una assistència mèdica de qualitat inferior, en comparació amb pacients més joves que compleixen els mateixos criteris diagnòstics de patologies mentals com la depressió major. Aquest aspecte contrasta amb el fet que la gent gran és un col·lectiu amb certa prevalença en l'ús de benzodiazepines, que en alguns casos pot arribar a l'abús, i és també el grup d'edat amb major prevalença de psicosi.

Es va dissenyar un grup amb pacients i els acompanyants que generalment venien amb ells a la consulta i es quedaven a la sala d'espera. Eren també acompanyants que freqüentaven o vivien al domicili del pacient (fills, parella, amics...).

Dins de la terminologia clínica, aquests acompanyants són coneguts amb el nom de «cuidadors informals», ja que no posseeixen formació prèvia en aquesta àrea. La incorporació de la figura del cuidador informal al funcionament del grup es va considerar una peça important en el procés de comprensió dels conflictes familiars i dinàmiques relacionals que manifestaven els pacients.

En el nostre cas, es va valorar la necessitat de confeccionar un grup terapèutic d'acord amb la demanda provinent d'una llista de pacients que consultaven per símptomes depressius de llarga evolució, conflictes intergeneracionals i conflictes entre cuidador i cuidat. D'acord amb totes aquestes

consideracions, es van seleccionar 14 persones (pacients més acompanyants), per a constituir un grup terapèutic que funcionés amb una freqüència setmanal. Pel que fa a les contraindicacions, no es van incloure pacients en estat de demència, amb quadres paranoïdes o amb tendència a la sobremedicació amb benzodiazepines i/o opiacis.

Cal assenyalar que els pacients amb dèficit cognitiu important o amb minusvalideses orgàniques tals com la ceguera, demència o sordesa greu, no es van poder integrar en la dinàmica grupal més enllà de les primeres sessions i, val a dir, que els abandonaments van deixar empremta en el grup, de manera que, aquestes persones que van marxar, foren recordades reiteradament en el transcurs de les sessions.

En aquest sentit, les absències o faltes d'assistència d'alguns dels integrants van promoure sentiments de preocupació en el conjunt del grup. El sentiment de vulnerabilitat envers les pèrdues es va mostrar de forma evident. Després de 4 setmanes van quedar 10 persones, incloent pacients i acompanyants.

Vàrem plantejar com a objectiu general de la intervenció ajudar els seus integrants a pensar i expressar els conflictes, ansietats i por, focalitzats tant en les pròpies vivències i experiències internes, com en els conflictes interpersonals. Vàrem pensar que aquest procés portaria a un alleujament simptomatològic i, per tant, a una millora del benestar.

Les interaccions es van succeir en un clima de mútua empatia que va ajudar a fonamentar un sentit de cohesió grupal i de pertinença. El grup va adquirir confiança mútua després d'unes 7 sessions. «La confianza es un concomitante de saber que hay correlación entre los sentidos (ver párrafos siguientes) o de que más de una persona en un grupo toma en consideración lo que parece ser el mismo enunciado de la misma representación de una experiencia emocional» (Bion, 1980).

Aquesta actitud va coexistir amb l'aparició puntual en les interaccions grupals d'alguns aspectes més envejosos, agressius o destructius, com quan D va retreure enèrgicament a F l'actitud dominant que aquesta tenia cap al seu marit, E: «[...] No és el mateix cuidar que dominar...» o en els comentaris punyents que la mateixa D va dirigir reiteradament a la totalitat del grup: «...A mi em va molt bé venir

aquí, perquè veig que tots esteu pitjor que jo, o sigui, no em puc queixar».

Un tema que va tenir gran presència entre els membres del grup va ser el de la cura, és a dir: fins a quin punt aquestes persones estaven disposades a tenir més cura de si mateixes i, alhora, deixar-se cuidar per la gent del seu entorn.

Vàrem observar que es feia molt feixuc acceptar la involució del cos i acceptar aquest deixar-se cuidar. D'aquesta manera, i tal com ens explica el Dr. Folch (2012), les limitacions motrius i cognitives, el sentiment d'incapacitat, el requeriment forçós de l'ajuda externa i la conseqüent frustració que tot això generava, van tenir gran presència en les converses del grup. H es resistia insistentment a acceptar que ja no feia amb la mateixa destresa de fa uns anys determinades activitats quotidianes, com ara cuinar o recompondre les mànigues d'un jersei antic i fet a mitja que ella mateixa havia fet anys enrere, i es lamentava davant d'aquest fet: «Em volia arreglar un jersei que ja està passat de moda, vaig desfer les mànigues i després no sabia per on ficar les agulles, vaig trigar... És que jo abans no trigava tant a fer aquestes coses! Aquesta no sóc jo!».

Van ser molt freqüents els relats corporals, i especialment aquells que posaven el focus en les limitacions de moviment de les diferents parts del cos (braços, cames, genolls, espatlles, etc.). Vàrem pensar, potser induïts per les teories, que el cos expressava allò que no es podia mentalitzar, manifestant dolor físic en lloc de dolor psíquic. En relació amb aquest aspecte, el cert va ser que aquells pacients que focalitzaven el seu discurs al cos i van associar el seu malestar amb patiments físics, com ara E o H, foren els que tenien més pèrdues objectives de memòria i menys recursos mentals del jo.

Mitjançant l'elaboració de tots aquests aspectes, el grup va poder evolucionar cap a una acceptació de les seves limitacions més raonable. Així, F va poder passar de situacions en què posava en risc la seva integritat física, com ara pujar a dalt d'una escala i després no saber com baixar-ne, a poder acceptar que el seu genoll necessitava certa cura; H va poder reconèixer les seves limitacions davant el grup i aquest li va poder retornar com, malgrat aquestes dificultats que manifestava, finalment va ser capaç de recompondre les mànigues del seu jersei, encara que fos amb més temps del que ella voldria; C va acceptar millor les visites que li feia la seva néta i

les invitacions als dinars familiars sortint de l'estat d'aïllament depressiu i, per la seva part, va permetre deixar que la seva germana discapacitada fos cuidada per altres membres de la família i d'aquesta manera poder dedicar més temps a si mateixa i a la seva relació amb J, la seva recent parella i també acompanyant en el grup. Finalment, B i A (mare i fill) van poder anar elaborant amb el grup una forma de tenir cura l'un de l'altre que no estigués tan mediatitzada per la rancúnia i la ràbia.

El conflicte suscitat davant la necessitat de cura i les dificultats per deixar-se cuidar pels altres, va condicionar significativament les interaccions entre algunes de les parelles del grup, especialment en les conformades per mare-fill, posant de relleu les dificultats que existien a l'hora de construir ponts en el diàleg intergeneracional sobre aquesta qüestió. Així, varen ser molt habituals les discussions de G amb la seva mare, H, en relació amb com ell sentia que ella, amb molta tossuderia, no permetia que els altres l'ajudessin a casa: «...és que sempre estem igual, mamà! Tu ens portaves als metges a nosaltres quan érem petits, i ara toca que nosaltres t'hi portem a tu! A mi no m'agradaven les injeccions, però tu me les feies posar, doncs igual passa ara...». A, per la seva part, va reclamar a B, el seu fill, una forma de cura més respectuosa i no tan basada en l'exigència despòtica (li deia frases a la mare com: «ja remuga el bitxo»): «...és un bon fill, però a vegades em diu les coses de mala manera...» es va atrevir a dir finalment.

En relació amb la qüestió intergeneracional, no tot foren dificultats. També van aparèixer actituds més receptives que permeteren als integrants del grup, a través del relat de les seves experiències, descobrir dimensions de l'altra persona que possibilitaren un procés d'enriquiment mutu.

En aquest sentit, pensem que els joves del grup, G i B, van passar de representar-se les històries de l'ancià com una «cançó monòtona i repetitiva», a poder elaborar una imatge més integral i amb sentit de la persona gran en tots els seus components biogràfics i personals. D'aquesta manera, el grup va poder valorar com, malgrat les limitacions imposades per l'edat i les penúries sofertes en el camí de la vida, hi havia en aquestes persones una capacitat per desplegar la fortalesa i els recursos necessaris per fer front a les penalitats que pot arribar a imposar tot procés vital. Així ho va expressar emotivament H en

la sessió de finalització del grup: «...quan em sento malament, llavors penso: mira fins a on has estat capaç d'arribar! Mira quanta força has tingut! Això és la vida!: tot el que has passat i al final has pogut arribar fins a aquí!». Davant aquesta manifestació d'H, el pacient més jove del grup, B, faria la següent declaració: «vindré aquí m'ha ajudat a millorar en alguns aspectes..., *en serio*, crec que s'aprenen coses de la gent gran...» tot i que no va especificar què... vàrem suposar que ell personalment va aprendre a tenir paciència amb ell mateix, ja que era un pacient amb una malaltia mental greu.

Per la seva banda, els integrants de més edat dins el grup varen apreciar amb gratitud i sorpresa l'atenció que els dedicaven els membres més joves, incloent-hi terapeutes. Els comentaris d'H i C, dirigits en to de disculpa franca al terapeuta més jove del grup, van resultar il·lustratius d'aquest aspecte: «vostè no s'avorreix escoltant el que diuen aquestes senyores grans?».

En tot cas, es va fer palesa la necessitat en els integrants del grup que el relat de les seves experiències passades, i la fortalesa que van haver de desplegar, fos acollit i acceptat pel grup intergeneracional, especialment en relació amb les vivències de caràcter traumàtic.

Van poder compartir aquestes experiències traumàtiques, que tingueren origen en una etapa primerenca de la seva vida. Aquestes vivències, tot i l'avançada edat dels protagonistes, no havien estat mai verbalitzades a ningú fins al present moment, ni tan sols al cuidador informal que feia d'acompanyant en les sessions. Es va donar una oscil·lació entre el *dir i no dir* que ens va fer pensar en «el suposat bàsic» de l'*omertà* conceptualitzat per Riccardo Romano (1997). En aquest sentit parlar de les experiències traumàtiques, *secrets*, podria posar en perill al grup. Qui va fer la primera *revelació del seu secret* va ser la líder, H, cosa que va facilitar que la resta també compartís *secrets* semblants. Aquesta va ser escollida pel grup, probablement, per la seva verbositat i perquè era la més deficitària. «En la búsqueda del líder, el grupo encuentra un esquizoparanoide o un histérico maligno, si es posible; si estos fallan, le servirá al efecto una personalidad psicopática con tendencias delictivas; si la personalidad psicopática fracasa, el grupo elegirá un sujeto defectuoso en alto grado, de fácil verbosidad» (Bion, 1963).

Si bé quan començàvem a explicar aquests records s'imposaven defenses dissociatives i negadores del dolor mental que la seva rememoració produïa, l'experiència de contenció que el grup proporcionà va promoure tolerància envers el record. Creiem que això va provocar un sentiment de pertinença a un grup fort i continent. Possiblement per això, durant les últimes sessions es va poder elaborar una vivència de fortalesa per sobre de la tendència depressiva. Els participants del grup van expressar la seva dimensió més vital i van emergir projectes personals de cara al futur, sense caure en posicions maníacues.

Alguns autors experts en psicogerontologia defensen que existeix una fortalesa psíquica implícita en aquest grup d'edat que generalment resulta menystinguda, a causa de la prevalença d'un estereotip social que concep la vellesa com un estat involutiu en la seva dimensió psíquica (Fernández, 2004).

Arribats a aquest punt, volem fer esment al nostre objectiu general: el resultat final d'aquesta experiència grupal psicoterapèutica ens suscita la impressió que s'ha promogut una remissió de part de la simptomatologia depressiva.

Des del nostre criteri, considerem que això és degut, en gran part, a la verbalització d'experiències, fantasies i aspectes de la vida anímica i emocional que no havien pogut ser expressats ni elaborats fins al present moment. Aquest fet es tradueix en la possibilitat de poder incorporar una experiència interna de grup que segueix acompanyant al pacient i oferint-li contenció al seu món intern.

Va haver-hi una pacient, H, que ja des de les primeres sessions va destacar en la seva forma d'estar en el grup. El grup, però, no va mostrar-se contrari al caràcter expansiu d'H ni a la seva necessitat de protagonisme, sinó que l'animaven perquè s'expressés lliurement, encara que ella lamentés ocupar massa espai dins de la sessió. Va ser precisament la seva manera d'estar i ser dins del grup un dels catalitzadors per al progrés del procés comunicatiu intergrup, en el sentit que les seves intervencions van promoure que els altres integrants s'animessin a mostrar-se més obertament en relació amb les seves capacitats vitals, els seus dols i la seva capacitat per a compartir les seves experiències amb el grup.

Es va poder observar com algunes d'aquestes experiències havien estat vivenciades pels pacients

com a secrets personals que mai havien estat verbalitzats a ningú, com dèiem més amunt, en molts casos silenciats per no perjudicar la reputació familiar. Alguns no van obtenir credibilitat o reconeixement per part dels familiars. En aquest grup, el fantasma de l'abús sexual a la infància i l'adolescència va ser punyent, la qual cosa va donar entrada a focus conflictius de caire semblant, com ara la implicació de C en un avortament, tot i que ella estava en contra de l'avortament en general, o els intents de pederàstia del padrastrastre d'A.

Es notava a l'ambient que aquestes confessions no pretenien el valor de l'absolució o la penitència, sinó més aviat obrir un camí per a la comprensió, donar sentit a la causalitat dels esdeveniments i no fomentar el sentit de la culpabilitat en la trajectòria vital del pacient. Quan els pacients recordaven els seus traumes, el silenci i l'escolta activa es van estendre entre tots els participants. Tal i com suggerí H: «...no és que me n'alegri de les desgràcies que vostès hagin pogut haver explicat aquí, però m'ha fet bé de poder-les escoltar, doncs he pensat que som iguals, que jo sóc com vosaltres...» Aquesta pacient es la que va començar el grup dient «a mi em va bé venir aquí perquè quan us escolto penso que esteu pitjor que jo i això em consola...»

La confessió d'haver viscut aquestes *desgràcies* va poder contribuir a augmentar la capacitat vital del grup, fet que va contrastar ostensiblement amb la seva situació inicial, en la qual tots els seus integrants (excepte un acompanyant) van iniciar el tractament amb el diagnòstic de depressió major i amb les seves capacitats vitals minvades.

Entenem que l'exposició de totes aquestes vivències en el transcurs del procés terapèutic va permetre que els pacients poguessin interioritzar un model de com poder contenir-les i sentir-se continguts per dins, possibilitant així una experiència d'enriquiment mutu. El cuidador informal va deixar de ser un simple observador per passar a ser un participant més dintre de la dinàmica grupal, sentint-se compromès i lligat a les experiències de la persona a qui acompanyava en el grup, així com integrat amb les experiències que també van compartir la resta d'integrants.

Més enllà de la visualització de les lleis del funcionament dels grups, a les persones que hem dirigit aquest grup ens ha resultat molt didàctic percebre i sentir que mai és tard per poder expressar

i compartir allò que hom pensa i sent a dintre seu. De com, més enllà de l'edat i de l'envelliment, poder expressar-se ajuda al benestar psíquic i que, per tant, les persones grans també poden beneficiar-se d'una psicoteràpia en grup, acompanyats o no, amb persones de la mateixa edat o no, i de com també els acompanyants i integrants més joves es poden beneficiar d'aquesta experiència.

Això ha sigut bo pel vell i per tot el grup de pertinença, traspasant les fronteres del grup terapèutic.

Nosaltres els estem agraïts per la transmissió de vivències que ens han ofert.



**Carlos Gimenez Lorente**

[T] 639337932

[@] cgimenezlo@gmail.com

**Joana Lara Cabrejas**

[T] 600088012

[@] joanacarmelara@gmail.com

## Bibliografia

- BION, W. R. (1963). *Experiencias en grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- BION, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.
- EZQUERRO, A. (2000). Entramado vincular en un grupo de jubilados. *Clínica y Análisis Grupal*, vol. 85, pp 47-56.
- FERNANDEZ LOPIZ, E. (2004). La fragilidad en el tercer tiempo. *Geriatría*, vol. 20, núm. 6, pp. 40-46.
- FOLCH, P. et al. (2012). Problemàtica de la senectud (I). *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXIX, núm. 2.
- LINDEN, M. & KURTZ, G. (2009). A randomised controlled experimental study on the influence of patient age on medical decisions in respect to the diagnosis and treatment of depression in the elderly. *Current gerontology and geriatrics research*, vol. 2009, article ID 475958.
- ROMANO, R. (1997). L'asunto di base di Omertá. *International Centennial Conference on the work of W. R. Bion*, Turin.

## Nota

- [1] Agraïm la col·laboració temporal de Lluís Huguet Sardà.