

## **Problemàtica i psicopatologia de la senectut (i II)<sup>1</sup>**

---

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

Josep Oriol Esteve<sup>2</sup>, Pere Folch<sup>3</sup>, Lluís Isern<sup>4</sup>  
Barcelona

*Aquesta és la segona part de l'article sobre senectut, centrada principalment en les il·lustracions clíniques, en què els autors continuen considerant les premisses bàsiques en la comprensió de la problemàtica de la tercera edat i la seva psicopatologia. Es reflexiona de nou sobre la importància crucial que té la capacitat d'elaborar els dols continuats que el curs de la involució implica. Això depèn de l'estat de les relacions externa i interna d'objecte. La significació traumàtica que certes pèrdues comporten explica la qualitat de l'ansietat i de les mesures defensives que van des de les més adaptatives i creatives a les més negatives i deteriorants. Aquestes reflexions s'inspiren en el material clínic fornit per les sessions de teràpia grupal i multifamiliar d'inspiració psicoanalítica, iniciades fa dos anys amb pacients de la seguretat social (St. Pere Claver - Fundació Sanitària).*

**Paraules clau:** senectut, dols, involució, defenses creatives *versus* defenses deteriorants

- 
1. Aquest treball és la segona part de l'article publicat amb el mateix títol a l'anterior número de la *Revista Catalana de Psicoanàlisi* (vol. XXIX, 2, 2012).
  2. Metge Psiquiatre. Psicoanalista SEP-IPA. E-mail: 3626joe@comb.cat
  3. Metge Psiquiatre. Psicoanalista SEP-IPA. E-mail: folch1958@gmail.com
  4. Metge Psiquiatre. Psicoanalista SEP-IPA. E-mail: lluisisern@gmail.com

## **1. Organització de l'assistència**

Com assenyalàvem en la primera part d'aquest treball (vegi's Esteve, Folch, i Isern, 2012), el nostre estudi de la problemàtica de la senectut i les seves possibles derivacions psicopatològiques es refereix a una experiència assistencial, concretament a la psicoteràpia grupal dispensada, en el curs dels dos darrers anys, als dispensaris de la Seguretat Social, per un equip de psicoterapeutes de formació psicodinàmica, dependents de la Fundació Hospital de St. Pere Claver. Amb la coordinació de Glòria Mateu, els grups s'organitzen a les àrees bàsiques i els pacients procedeixen majoritàriament de les consultes de l'internista, tot i que també s'hi acullen pacients derivats pel psiquiatre i altres especialistes. L'edat dels pacients oscil·la des dels 65 anys fins a nonagenaris més o menys avançats.

Pensàvem en iniciar aquesta experiència que l'espai de les sessions grupals és ben apte per a l'expressió de la problemàtica interpersonal contemporània de la persona gran i per a la dramatització de la conflictiva internalitzada al llarg de la vida, que s'actualitza continuadament en l'enquadrament grupal, sobretot quan les pautes suggerides als membres del grup afavoreixen en tot moment l'expressió, en l'ara i aquí de les sessions, de les ocurrencies dels membres en una associació lliure que es tracta de mantenir i fomentar per part dels terapeutes.

La finalitat més immediata és l'abundosa expressió de la problemàtica que, expressada per uns i altres membres, tracta de clarificar-se com a universal de tots els participants. Les intervencions dels terapeutes tracten d'afavorir el ressò que un relat individual promou en la resta del grup i d'afavorir tothora un pensar cooperatiu d'esdeveniments, emocions i problemes. Per principi no es fa cap esclariment interpretatiu dels relats individuals, fins que aquests no hagin sigut reconeguts com una problemàtica general del grup.

Les intervencions del terapeuta són recomanables quan el grup es dispersa o quan es repeteix defensivament, a fi d'evitar la desembocadura ansiògena que podria comportar la focalització d'un tema.

Altres intervencions es justifiquen per mitigar evasions defensives, per exemple quan un problema que és fàcilment observable en la situació grupal tracta de debatre's centrífugament, amb anècdotes allunyades del moment relacional dels membres en l'ara i aquí del grup. El terapeuta s'ha d'esforçar per ser ben explícit en situar altra vegada en el present del grup la situació que havia estat metaforitzada en circumstàncies molt externes i distants. Aquesta gestió centrípeta per part del terapeuta, per contrarestar l'evasió dels eventuais malestars del grup, no hauria de sonar com una crítica de la motivació defensiva de valor dispersiu. Al contrari, caldria valorar la capacitat creativa del grup de poder expressar metafòricament allò que no pot tolerar-se en la seva literalitat immediata. Al fi i al cap, és gràcies a l'expressió metafòrica del més íntim que podem començar a comprendre el que vivim més de prop.

L'ideal, en particular en persones de la tercera edat, és assegurar en el possible que les intervencions siguin sempre més ansiolítiques que ansiògenes, sense evitar l'encoratjament i el suport, ans al contrari, mantenint ben explícita la divisa del grup d'ajuda recíproca en la comprensió de la problemàtica comuna, sobretot quan es tracta de grups amb participació predominant de membres de prop de vuitanta anys.

Fins ara la nostra experiència ha estat amb grups homogenis - persones de setanta a noranta anys i escaig -, a excepció d'un grup multifamiliar en què la persona gran venia acompanyada del familiar curador més pròxim. Aquesta co-presència de pacient i curador permet d'observar la problemàtica que comporta la relació assistencial i, a banda de la problemàtica de la persona gran, les ansietats que se susciten en el curador a causa de les dificultats caracterològiques del vell que actua la seva conflictiva en la persona amb qui contracta una més franca dependència.

S'ha dit amb raó que en els grups que accepten totes les edats, des de l'adulesa, les persones grans tenen una avinentesa més a l'abast de dramatitzar el seu conflicte intergeneracional en l'ara i aquí de la sessió en els desenvolupaments transferencials amb els membres més joves. D'altra banda aquests grups de vells i joves poden ser d'antuvi més ben acceptats per la gent gran, que sovint se sent marginada o classificada com a vells i fora de la vida relacional de cada dia, que implica la convivència amb persones de qualsevol edat.

Aquests avantatges dels grups intergeneracionals han estat ponderats atentament pel grup de Tavistock a Londres. Caroline Garland (2007), en un capítol de la monografia publicada sota els auspicis de la reputada institució anglesa, s'estén en consideracions que la fan inclinar per la conveniència de no sectoritzar sistemàticament les persones grans en l'assistència grupal, i ho argumenta amb una vinyeta clínica que serveix per il·lustrar les dificultats, però també els manifestos beneficis, de la inclusió d'una malalta de més de setanta anys en un grup amb gent jove i de mitjana edat.

Tot i reconèixer aquesta limitació reductiva dels nostres grups de 'només gent gran', la nostra experiència ens ensenya que els problemes intergeneracionals no deixen de relatar-se i evocar-se amb tot el seu vigor en absència dels 'joves'. Segurament la figura de les terapeutes és apta per projectar en elles problemàtica actual o pretèrita de la relació intergeneracional i els seus conflictes més o gens elaborats. En alguns casos, la idealització de la joventut de terapeutes i observadors ens ha semblat una manera de foragitar de l'actualitat de les sessions imatges persecutòries de l'àmbit familiar, en particular de nores i gendres i també fills.

Tot i que en el nostre grup multifamiliar de pacients i curadors (liderat per la Dra. Joana Lara) s'ha permès de veure reiteradament els malentesos entre vells i joves, ens manca l'experiència de grups intergeneracionals per

contactar de prop amb les transferències col·laterals entre els membres - joves i vells -, expressives dels problemes que a tota persona gran li toca afrontar i elaborar.

Si haguéssim de classificar les particularitats dels pacients assistits en la psicoteràpia grupal que se'ls proposava, ho fariem a partir de la particular manera de cada pacient de vivenciar l'experiència del climateri i el procés d'involució que amb ell s'inicia d'una forma manifesta.

Amb aquestes premisses, i amb l'afany d'ordenar la variada simptomatologia que havia determinat el clínic a suggerir la inclusió dels pacients en els diferents grups terapèutics, fem aquesta proposta de classificació dels pacients assistits, de tan variada procedència. Com es pot veure, tot i que en la seva ordenació hi pesa la concreta qualitat dels símptomes manifestos i objectivables, la característica diferencial d'un i altre grup i subgrups rau sobretot en la forma d'experimentar el propi procés d'envelliment i en unes particularitats que ens han semblat determinants de la seva qualitat de desadaptació, de desventura, patològica... Això ens portava a l'establiment de dues grans categories dels pacients assistits:

- a) una d'elles caracteritzada per una *experiència nosògena de la involució corporal*; i
- b) una altra més marcada per una *experiència nosògena de la involució psíquica*.

En cada una d'aquestes categories distingim dos subgrups, segons l'existència o l'absència de patologia (somàtica o psíquica) en curs.

En conjunt, els quatre subgrups així conformats els podem sintetitzar d'aquesta manera:

<p>(1)</p> <p><b>EXPERIÈNCIA NOSÒGENA DE LA INVOLUCIÓ CORPORAL</b></p> <p style="text-align: center;">(1.1)                      (1.2)</p> <p><b>Sense procés somàtic en curs versus amb patologia corporal</b></p>	<p>(2)</p> <p><b>EXPERIÈNCIA NOSÒGENA DE LA INVOLUCIÓ PSÍQUICA</b></p> <p style="text-align: center;">(2.1)                      (2.2)</p> <p><b>sense psicopatologia prèvia vs. psicopatologia cronificada</b></p>
---	---

Tot i el caràcter essencialment subjectiu d'aquesta autoconsciència del propi declivi vital, i la freqüència de la seva tardana constatació, relativització, desmentiments o grolleres denegacions, l'individu es retroba tard o d'hora amb la verificació d'uns dèficits en el seu funcionalisme - somàtic o psíquic - que tenen característiques tan diferents de la crisi de la meitat de la vida, a la qual ens hem referit en la primera part d'aquest treball.

En efecte, tot i la nostàlgia de la joventut i els dols que als 40-45 anys s'han de reconèixer, la crisi de l'edat mitjana de la vida té aquell caràcter zenital, de plenitud de possibilitats, d'afanys creatius, d'esperança i exigència de realitzacions. No volem dir que més enllà del climateri no es mantinguin aquestes possibilitats, però molts dels nostres pacients expressaven amb més o menys convicció que *'la partida ja està jugada'*, que *'ja no sóc el d'abans'*, etc., ben lluny de la confiança en les pròpies possibilitats que es dona a la maduresa.

En el subgrup 1.2 les limitacions funcionals més diverses, les malalties cròniques involutives o els processos recurrents que evolucionen per brots, són el punt d'inserció de revestiments psicògens, de seriosos trastorns emocionals que arrenquen de les condicions de dependència creixent que la malaltia comporta. Tota la personalitat entra en joc en la manera de tolerar aquesta dependència i tota la dinàmica familiar pot afectar-se en la relació del pacient amb els seus curadors. No sempre el grup familiar s'organitza harmoniosament en l'assistència del més feble, ni sempre el caràcter del pacient és capaç d'apreciar la bona voluntat del seu ambient. En tot cas el conflicte intergeneracional, amb els fills i sobrevinguts, té ocasió d'esclatar en l'assistència perllongada. Hi hem trobat tota mena de malestans relacionals, des d'una supeditació resignada fins a una reclamació d'atencions despòtica i autoritària que tiranitza el curador. En les avinenteses més desfavorables, la situació es fa tan intolerable que determina el sempre penós ingrés del pacient en una residència.

En els casos d'instabilitat emocional més palesa de la persona discapacitada, les limitacions que la situació comporta es poden viure amb tots els matisos de les reaccions distímiques: des del malestar amb què es poden patir les pròpies xacres i limitacions, amb un ressentiment paranoide inculpador de metges i familiar curador, fins a una tendència autoinculpadora, en ocasions melancoloide, que tampoc no facilita la labor assistencial dels familiars. Si en la primera variant el més penós rau en les queixes i reivindicacions d'una assistència més primmirada - amb exigències que poden arribar a ser imperatives i controladores de l'ambient -, en els casos d'apatia o abdicació depressiva els malestans relacionals poden ser igualment extenuants, en funció, naturalment, de la capacitat emocional de l'ambient per tolerar la cronificació empobridora i en darrer terme demenciant de les inhibicions depressives. Aquestes semblen nodrir-se de les creixents limitacions ocasionades per l'evolució o l'estancament del procés somàtic.

Per resumir, es pot dir que qualsevol afecció somàtica té la possibilitat d'experimentar-se en les diferents variants que es troben en la psicopatologia d'implicació corporal. Qualsevol somatosi cursa de forma més o menys prevista, però l'experiència subjectiva depèn de l'organització de la personalitat i, en funció d'ella, de la significació que la malaltia adquireix per al subjecte. Una conflictiva psíquica pot decidir una particular forma d'estar malalt. I així podem veure rumiacions hipocondríiques sobreafegides a la

somatosi, elements conversius que fan més dramàtics certs moments del curs de l'afecció, desplegament de deliris somàtics, actituds molt regressives de dependència o exigència de tranquil·lització i reassegurament, etc. En tot cas, l'ansietat de mort més o menys continguda o denegada pot actualitzar-se amb més o menys dramatisme en aguditzacions de processos cronificats o en episodis infecciosos aguts, que l'alarma fa viure com a terminals.

Qualsevol malaltia intercurrent o el mateix procés somàtic degeneratiu que es pugui patir, donen ocasió a l'observació de particulars actituds envers la representació del propi cos o d'una víscera o una funció en particular. I així podem observar com es viu el cos com un objecte persecutori, o ben al contrari com un objecte infantil al qual cal cuidar maternalment. Els conceptes de Rosenfeld de narcisisme libidinal i narcisisme destructiu ajuden a comprendre el sentit que adquireix per al pacient l'experiència d'un òrgan malalt i la gamma de reaccions que desvetlla en funció de la significació que cobra la seva estranya actualització, quan emmalalteix. Però aquestes observacions estan més a l'abast del metge de capçalera. El que nosaltres hem tingut ocasió de seguir més de prop són les actituds envers el propi cos, en les seves defallences progressives i particularitats del dol d'un funcionalisme ara perdut o deficitari.

## **2. Pautes i durada del grup**

Els grups es reuneixen setmanalment en sessions de 75 minuts, tenen una durada d'uns deu mesos - de setembre a juny - i funcionen com un grup obert fins a final del segon mes, en què es considera definitivament constituït.

Si haguéssim de qualificar les pautes tècniques professades en els nostres grups, diríem que es fomenta en tot moment l'associació lliure i l'àmplia participació dels assistents sense la precisió de problemes, com es donaria en una decidida programació temàtica. Fugim doncs d'un plantejament focal precís. Sí que sovint tenim tendència a nominar els grans continguts de la problemàtica: conflictes intergeneracionals, assumpció dels dols en el sentit ampli de pèrdua de familiars, però també la pèrdua de possibilitats vitals de tot ordre i rendiments funcionals psicofísics, cura de si mateix i dels altres, nostàlgia del passat i dol del futur, ansietat de mort, etc., són temes recurrents que emergeixen al compàs de l'anecdota de cada dia. Més que la interpretació - en la rellevància que pugui tenir en l'enquadrament d'una psicoteràpia psicoanalítica individual -, el grup és encoratjat a pensar en un sentit ampli: pensar en les experiències immediates, 'pensar els pensaments', les ocurrencies, els somnis, donant expressió a representacions, fantasies, ressò de les experiències tingudes, etc. S'afavoreix reiteradament el pensament col·lectiu, amb l'argument que el que un membre aporta al grup pot ser compartit, ampliat i aclarit amb l'experiència de cadascú.

Això ens porta a considerar les expressions individuals com una producció grupal, atesa l'afectació col·lectiva o la resistència col·lectiva a fer-

se càrrec d'allò que un membre expressa amb la seva anècdota, però que promou una explicitació amb les aportacions i/o el rebuig d'una part del grup.

Aquesta inclusió de tots els membres en qualsevol expressió individual ens engatja a proposar una comprensió del grup com una ment múltiple, amb sectors diferenciables: d'una banda amb afany de saber, amb afectació positiva per als altres i les coses; d'altra banda un sector amb inhibicions, amb por de l'actualització de situacions ansiògenes, cultiu de defenses denegadores i maniaques davant dels problemes que afecten els membres del grup, o que actuen pertorbant la capacitat de pensar i que, en la seva reiteració, comporten rendiments deteriorants del funcionalisme psíquic.

### 3. El material clínic

Hem seleccionat una sèrie de vinyetes clíniques, extractades dels registres que els terapeutes han anat redactant al final de cada sessió. Intentarem que aquests fragments puguin exemplificar els punts principals de les observacions que l'activitat grupal ens permet de copsar i que fan referència als grans apartats que es resumeixen en el nostre esquema, en el seu quadrant dret inferior (*Corba vital i relació d'objecte*) publicat al final del nostre esmentat article anterior.

Totes les vinyetes són extretes dels cinc grups amb què hem treballat, és a dir:

- tres grups de pacients, tots ells pertanyents a la tercera edat;
- un grup multifamiliar, en el qual participava el pacient i el curador familiar més dedicat a la seva assistència;
- el cinquè grup correspon a uns pacients que viuen en règim de residència; alguns d'ells des de fa molts anys, d'altres ingressats en dates recents. Tot i que bona part d'ells tenen dèficits psicofísics importants, amb diferents graus de demència, el curs regular de les sessions setmanals permet de seguir l'evolució de les ansietats, menys sofisticades que en els grups de pacients ambulatoris. La fugida de situacions ansiògenes, la por d'una experiència massiva de catastrofisme grupal - com la d'un grup de naufrags amb les darreres esperances perdudes -, confereixen en certs passatges un patetisme vívid a l'experiència clínica. Però també condicionen una sòlida protecció defensiva basada en el reforçament de l'amnèsia, la reiteració i el ritualisme, dificultats en la vinculació d'experiències semblants, en el reconeixement d'analogies i metaforitzacions palmàries, dèficits tots ells que serveixen per denegar el trasbals emocional que el reconeixement de l'experiència i el seu ressò emocional podrien desencadenar.

Ben conscients de la dificultat de resumir l'esdevenir-se d'una sessió grupal, intentarem fer-ho al·ludint a passatges particularment significatius i rellevants de les sessions.

**a) La mort de familiars i la difícil tramitació dels dols**

Un dels trets destacats per terapeutes i observadors és la freqüent coincidència en la presentació que d'ells mateixos fan aquests pacients d'edat avançada, a les primeres sessions del grup. Molts d'ells es presenten per allò que han perdut: mort del cònjuge, de fills o nés, morts recents o morts en data més o menys llunyana. Molt sovint també aquests dols s'acompanyen de la descripció de malalties que suposen un fort handicap en el desenvolupament de la vida de cada dia: dificultats locomotores, dèficits sensorials, vertígens, noses que limiten les seves possibilitats d'acció i que condicionen un grau major o menor de dependència, isolament i solitud.

Cal dir que molts d'aquests pacients, malgrat aquests aspectes defectuals, són encara capaços de desplegar una activitat en les feines de la llar i participar d'una o altra manera en l'administració de la família. Però a l'hora de presentar-se, a les primeres sessions dels grups opten per declarar el que els manca, allò que ja no són, com si aquesta particularitat negativa, pèrdua i carència, fos el més característic del seu estat present. Potser això no hauria d'estranyar-nos tant. Ens identifiquem per allò que tenim i professem, però també per allò que hem perdut en la nostra vicissitud biogràfica. Potser per això s'ha dit que estem caracteritzats pel negatiu, que som precisament allò que ens manca i per tant allò que anhelem. No sé si això s'escau en la persona d'edat perquè si el jove es caracteritza per les seves mancances és perquè aquestes estimulen les seves apetències, desigs i projectes. Però els vells dels nostres grups que es presenten pel que han perdut - cònjuges, fills, salut i capacitat d'acció -, ho fan amb el sentiment de l'irrecuperable, lluny de l'embranchada prospectiva que caracteritza l'individu abans del decandiment vital. I és que la persona de la tercera edat, quan fa el recompte de les seves pèrdues, expressa també, molt sovint ben concretament, que viu una pèrdua creixent i irrecuperable, és a dir, el futur; que hauria de fer un dol d'aquest futur minvant de cada dia. Una part de la teràpia del grup és la recuperació de l'esperança i del sentit d'aquest bocí de vida que encara resta.

Perquè això sigui possible l'elaboració de tota mena de dols és la clau d'un possible desenvolupament del procés terapèutic grupal. Sigui la mort d'un familiar pròxim o de tantes possibilitats perdudes en el curs de la involució, l'avenir del subjecte depèn del processament de l'experiència o dels encallaments en actituds dictades pel ressentiment o per la rumiació autoculpabilitzadora davant l'infortuni; en altres paraules, per l'elaboració de les ansietats depressives i persecutòries que poden sorgir en qualsevol pèrdua, privació o frustració que la vida ens depara.

Heus ací el resum d'un fragment de sessió en què es debatien aquests problemes amb molt de trasbals emocional en relació a la mort de la mare d'un membre del grup (observació facilitada per la terapeuta Marta Lleonart).

La pacient N parlava de les dificultats que tenia amb el seu germà, que sempre havia estat el preferit de la mare. Aquesta es desviava per ell i tenia



una relació natural però poc entusiasta amb ella. Descriu l'embadaliment amb què la mare esperava qualsevol gest del fill: una telefonada, els relats que pogués fer-li de la seva vida. Però va ser la nostra pacient la que va cuidar la malaltia terminal de la mare. 'Sovint vaig al cementiri a portar-li flors, però el meu germà mai no s'hi ha acostat. Ni per Tots Sants'.

Altres membres del grup expressen que ells van puntualment al cementiri cada novembre, i dos d'ells diuen que des que va morir - el pare, el cònjuge o germans - no deixen de visitar la tomba del difunt. Una dona diu que quan va morir el seu marit anava al cementiri pràcticament cada dia. La terapeuta va poder expressar-los que les pèrdues que patien eren de fet molt doloroses perquè en el seu pensament hi tenien sobretot el marit, el germà o el fill mort o agonitzant i això eclipsava tota l'experiència tinguda amb la vitalitat de l'un o de l'altre i amb els moments compartits reconfortants i entranyables. En alguns casos, com en el de la pacient tan dolguda per la marcada preferència que la mare pogués sentir pel germà, era evident que l'evocació de la mare viva era un reactivador del vell conflicte gelós amb el germà i en canvi la mare del cementiri, tan negligida pel germà que no visitava mai la tomba, inspirava més pena que ressentiment gelós, però eclipsava els bons moments de la relació amb una mare vital i dedicada a la família. Per no reviure el conflicte amb una mare vital i envejable, la pacient convivía en la seva ment amb una mare derrotada i llastimosa, oblidada de tothom menys de la pacient, que encara li portava flors. La gelosia i enveja violentes que la pacient va sofrir per la relació de la mare amb el germà haurien pogut despertar sentiments de culpa persecutòria. En canvi, tot el que predominava en les seves visites al cementiri era una secreta verificació davant la mare que era ella i no el germà qui la recordava i l'estimava; que de fet la mare no havia sabut apreciar en vida aquestes millors qualitats de la filla. Ara bé, amb aquesta mare tan derrotada, en la seva imaginació, la pacient es privava de les experiències dels bons moments afectuosos i tendres que ella també havia viscut amb la mare i que precisament per això havia enyorat tant quan, amb raó o sense, veia que es prodigaven al germà. De fet la pacient es privava així de la possibilitat d'identificar-se amb les bones qualitats de la mare i sentir el reconeixement d'aquest heretatge que la relació amb l'objecte perdut havia pogut proporcionar.

El grup va poder entendre el valor tan negatiu d'aquesta defensa, és a dir, servir en la ment el record d'un objecte mort per evitar la reviviscència del conflicte relacional amb les situacions viscudes amb ell i dificultar així la introjecció de les qualitats admirades de l'objecte que podrien ser tan enriquidores per a la persona en dol.

Més punyent encara que l'episodi relatat, ho va ser el que va tenir lloc en una sessió del mateix grup quan una dona es va referir a la mort d'un fill per accident. En sessions prèvies s'havia parlat de la difícil tolerància a la terrible experiència de la mort d'un fill i dues àvies del grup van parlar de la mort dels seus respectius fills als 48 anys i als 68 anys. Van emfasitzar especialment el

dolor immens que devien experimentar els fills en ser conscients de la mort pròxima que havien de sofrir. Es consolaven dedicant-se als néts com una mena de suplència del fill mort. Una de les mares en dol parlava de la necessitat que tenia la seva nora de saber més coses del marit, i la mare li explicava episodis de la vida del fill. Feien nora i sogra una evocació viva del difunt, el recordaven viu l'una i l'altra i el cultivaven viu en el seu record.

Però en una altra sessió, la mare que havia perdut un fill jove en accident en parlava en un to del tot diferent. Es va referir a l'accident - col·lisió violenta amb un camió - en una descripció crua dels fets i amb una airada protesta per l'infortuni que tant l'havia colpit. Va parlar de la conducta temerària del fill, de l'ansietat que li havia fet passar i sobretot d'aquest final tràgic que havia arruïnat la seva vida. 'Aquestes coses no haurien d'existir', va dir, i en el seu to hi havia una creixent reivindicació contra el fill per haver-li ocasionat tant de sofriment. El grup va reaccionar preguntant-li si hauria doncs preferit que el fill no hagués existit mai i ella va haver de reconèixer mig a contracor que malgrat tot preferia que hagués nascut.

#### ***b) El dol continuat de si mateix a la involució***

A partir d'una certa edat, entre els 50 i els 60 anys, la persona té un clar sentiment i una experiència concreta de la disminució d'alguns dels seus rendiments, tant en l'ordre de les funcions corporals com en una o altra de les seves funcions psíquiques. Sovint a aquesta edat es porta el llast de les malalties i accidents soferts, de les cronicitats més o menys compensades. L'autoestima s'afecta amb una o altra deficiència. Al marge de les malalties, el que compremem com a *cos eròtic* o com a atractiu personal es modifica pels canvis que l'edat imprimeix en la nostra prestància física. Els canvis són lents en els millors dels casos, però els familiars i amics els constaten sovint abans que nosaltres mateixos.

De mica en mica, assumim que el nostre cos es va modificant i el declivi dels seus rendiments forma part d'una continuada ferida narcisista, que si en part és compensada i neutralitzada per la cura adequada del cos, per programes d'*anti-aging* i per una racional higiene preventiva, quan els anys avancen aquesta ferida del temps és cada vegada més difícil de tancar. Els nostres pacients, en la seva majoria entre els 70-90 anys, descriuen l'experiència d'aquesta disminució de possibilitats funcionals de diverses maneres: com una constatació evident i lamentable, o amb ressentiment reivindicatiu pels maltractaments que la vida els ha dispensat; amb resignació o, al contrari, amb la convicció d'haver sofert injustament greuges que porten a un replegament rígid i rancuniós.

Com la d'aquella pacient que comunicava al grup, amb un cert orgull, que ella havia hagut d'assumir el destí més trist, mentre que les seves germanes havien gaudit del favoritisme dels pares. Acantonada en un replegament hostil, ara no acceptava les repetides invitacions d'una germana

a compartir amb els seus les festes assenyalades. Ella preferia romandre sola a casa seva. En una de les sessions comunicà el refús a passar la nit de cap d'any amb la germana i la seva nova família. 'Em vaig quedar sola a casa i em vaig despertar, ja de matinada, davant la meva copa de cava - encara plena - amb els dotze grans de raïm sense encetar.'

Reproduïm aquesta anècdota perquè caricaturitza aquestes reaccions d'apartament de la persona gran que viu ofesa, rumiant els greuges rebuts i la sort injusta que creu que ha d'assumir.

El que veiem, però, més sovint, és una constatació nostàlgica d'insuficiències de tota mena que el decandiment corporal comporta, com en el report d'una sessió que ens faciliten les terapeutes Núria Ribera i Claudia Issa:

Després d'un detallat recompte de malestars corporals que feia una pacient (C), una altra pacient, (P), diu: 'Tenim tota classe de tares, com els cotxes antics.'

La pacient (D) afegeix: 'I hem de passar la revisió, la ITV'.

(P) afegeix: 'Amb l'edat hem anat perdent de tot: els genolls, les cames que no s'aguanten, els braços que són tot pellerina. Les pells es van assecant... ens hem d'adaptar...'

En aquests casos, el decandiment corporal, les pèrdues continuades de la involució es contemplen sense negacions, amb serenitat i fins humor.

Altres actituds que contrasten amb les esmentades són les d'aquelles pacients que, tot i comentar les limitacions que l'envelliment comporta, exhibeixen a la vegada una capacitat de responsabilitat i d'afanys d'assistència fins al sacrifici excessiu i la temeritat, acomplint sense protesta, dins de la família, l'ajuda desinteressada a fills i néts. Però ho fan fins a un extrem que arriba a incomodar i culpabilitzar els beneficiats. En aquesta dedicació tan sacrificada sovint s'hi adverteix una necessitat expiatoria més o menys evident.

Pensem que la pèrdua i el dol de tantes funcionalitats delmades es matisa diferentment segons quina sigui la predominança d'unes o altres ansietats: la paranoide, la depressiva o la catastròfica, les quals determinaran, respectivament, conductes reivindicatives, sacrificis expiatoris o franca entrega passiva a l'objecte curador.

Certament, la predominança d'una o altra d'aquestes ansietats caracteritza l'estil amb el qual la persona gran expressa els seus símptomes i, en especial, els que fan referència al dolor, a les limitacions carregoses de l'activitat motora, a la perennitat d'aquesta limitació dolorosa de funcions vitals bàsiques.

### **c) Dol de futur**

Una altra de les pèrdues que s'ha d'assumir quan l'edat avança és aquell món de possibilitats, projectes i fantasies a realitzar 'més endavant', 'anys a venir,' 'quan em vagui'. Però a partir d'una certa edat, cada vegada hi ha menys temps per endavant, potser no hi ha molts anys a venir. Dit d'una altra manera, aquell futur vastíssim de la infància i adolescència s'ha anat fent cada vegada més prim, es va limitant a poc a poc. En la seva progressiva restricció ja no hi caben certs projectes o s'imaginem amb el condicionant de 'si encara sóc viu'.

Aquest futur minvant que incessantment va reduint-se, afecta cada vegada més les iniciatives i projectes de la persona gran. Sobretot a partir dels 80 anys, però també abans si les malalties intercurrents o les descompensacions de les cronicitats fan escurçar en la fantasia del vell el pronòstic de vida.

Així i tot, aquesta consciència reforçada de la brevetat de la vida no s'expressa amb gaire insistència perquè, en general, no és ben acollida pels familiars més joves. Això fa que la persona gran decideixi contenir en ella mateixa aquest sentiment creixent del poc futur que li resta. Sovint es voreja la incertesa pel propi futur amb una gran il·lusió i entusiasme pels projectes de realitzacions dels néts, els quals sí que tenen un futur inesgotable. Aquesta identificació projectiva en el futur de les noves generacions desvetlla una esperança sense reserves i mitiga així la incertesa amb què es viu qualsevol projecte propi.

### **d) El conflicte intergeneracional**

En el nostre esquema '**Corba vital i relació d'objecte**' que incloïem al final de la primera part d'aquest treball (vegi's Esteve, Folch, i Isern, referència citada, p. 26) vam voler emfasitzar *que les pèrdues i els dols de la involució afecten continuadament les relacions d'objecte*. Això ho significàvem en la línia d'abscisses del nostre esquema (figura 2, p. 26), amb un primer temps de les relacions infantils d'objecte, Èdip narcisista i Èdip depressiu (plenament triangulat); una segona etapa d'assumpció de la parentalitat (amb una primera transposició de rols); i una tercera etapa, a partir del climateri, en què es pot parlar d'una nova transposició de rols amb un cert retorn progressiu a la configuració edípica infantil. En aquesta etapa la creixent invalidesa de tants ordres retorna la persona gran, cada vegada més, a la dependència, a la condició creixent de desvalgut, pròpies dels inicis de la relació amb l'objecte. Aquesta dependència creixent, a nivells bio-psico-social, és un condicionant important del conflicte intergeneracional que, sovint, fa difícil la relació amb els fills, sobretot quan la persona gran té dificultat d'acceptar aquella progressiva invalidesa i la inversió de rols que es produeix quan els fills prenen cada vegada més la iniciativa i la preeminència en la vida i els esdeveniments familiars. Quan aquest fet tan natural i desitjable és acceptat

amb reserva pels pares que envelleixen o, encara pitjor, amb suspicàcies i amb el ressentiment de delegar direcció, autoritat, preeminència, actualitat, etc., etc., la vida dels vells és sovint una rumiació de greuges que no es poden expressar perquè tradueixen la gelosia de nores i gendres i fins i tot dels néts, que òbviament prefereixen els pares als avis (i malament si no és així).

A les sessions grupals les dificultats intergeneracionals ocupen llargs espais. Les lamentacions i les queixes contra aquests fills despreocupats i distants que uns membres del grup expressen amargament, són contrapesades per actituds ben diferents que es fan escoltar i afavoreixen l'equanimitat dels ofesos. A vegades s'expressen reaccions ben contraposades quan es detallen actituds excessivament sacrificades en benefici d'uns fills egoistes fins a la insolència. Pensem que el grup es beneficia d'aquests intercanvis en el sentit de facilitar la revisió de les posicions extremes i la necessitat de liquidar els ressentiments i acceptar aquest traspàs de poders, d'actualitat i de tantes coses en favor dels joves: més atractius, més protagonistes, més despreocupats, més esperançats.

Cal dir que certes circumstàncies excepcionals, com la crisi econòmica que ara vivim, amb el greu problema d'uns joves bloquejats per l'atur, fa menys ostensible aquell capgirament en les relacions intergeneracionals. Els fills tenen dificultats a afirmar-se i sovint depenen dels estalvis dels pares i de les seves pensions de jubilats.

Així i tot, les actituds planívoles dels vells davant d'aquests contrastos tan desavantajosos per a ells, s'expressen a vegades obliquament però també sense massa defenses, fins a la caricatura. Fa pensar en els estereotips, en els personatges llegendaris o de la literatura: l'avar de Molière, retenint sòrdidament el que considera la seva riquesa, com un poder mític; o el vell que abusa de la seva autoritat i sacrifica la llibertat dels fills, sobretot de les filles, com el vell Èdip a Colonna; o ens fa pensar en el vell que s'adona que perd dramàticament autoritat i vol imposar-se amb rebrots maníacs i paranoides, com El Rei Lear. Es podria fer una tipologia caracterològica de la senectut. En els grups són múltiples les ocasions en què aquests trets caricaturals es manifesten i es contrapunten amb l'acceptació i reconeixement d'autocrítica, la qual es fomenta i potencia gràcies als elements més sans del grup o de trets caracterològics diferents. No sempre és així, malauradament, i certes actituds hipomaníacques poden estimular potencialitats semblants a d'altres membres; o en ocasions actituds violentes de rebuig a la proposta maníaca d'un dels membres, que pot acabar amb un rebuig massiu o una crítica mordaç que el membre amb defenses hipomaníacques no pot suportar i acaba abandonant el grup.

La relativa brevetat dels nostres grups i l'interès prevalent de resocialització no ens permeten sempre d'entreveure amb més o menys relleu la relació entre l'actitud del vell cap a les noves generacions i les dificultats i conflictes viscuts; d'una banda durant la infància dels fills i d'altra banda les

vicissituds de la pròpia relació infantil amb els pares i la particular internalització que se n'ha fet des de fa molts anys. Però en ocasions la recapitulació de la relació amb els pares i la ulterior relació amb els fills petits i els fills adults van encadenades com episodis d'un mateix drama. Pensem el que es reflecteix en la vinyeta següent, facilitada per la terapeuta Marta Leonart:

La sessió, d'un dramatisme *in crescendo*, va començar amb només tres pacients: un home (M1) i dues dones (M2 i M3), una de les quals hauria de protagonitzar en exclusiva la segona meitat de la sessió.

En començar parlen del mal temps, que potser justifica el retard de la resta de membres. Molt aviat arriben dues dones més i tothom parla del temps plujós i el fàcil que és accidentar-se amb el sòl relliscós.

La terapeuta parla dels accidents no per venir, sinó ja soferts pel grup: i així recorda una pacient que no ve des que ha iniciat un tumor; d'altra banda falten poques setmanes per l'acabament del grup i potser també es preveu com un accident.

Arriben M4 i M5 i seran així els cinc membres que assistiran avui.

Un silenci perllongat motiva la terapeuta a recordar els accidents greus comentats en altres sessions, en particular el de M2 i els de M1 i M3.

M4 es queixa que està com sempre i potser pitjor, amb més cefalees; 'i ara em sorprenent menjant massa, com ahir que m'havia fet el plat i em va estranyar la gran quantitat de menjar que m'hi havia posat. Vaig anar a la cuina i me'n vaig treure la meitat perquè em feia vergonya. Tinc gana, però em sap greu menjar tant'.

'Això és ansietat', diu M1.

M4 parla que el mal de cap potser va començar quan un fill va telefonar-li dient-li que ha perdut el treball, li va descriure les dificultats econòmiques i va acabar demanant-li diners. Fins ara han viscut despreocupats ell i la seva família, malgastant, comprant això i allò i, ja ho veus, ara de sobte no tenen ni per menjar...

M3 i M5 diuen que els fills sempre demanen i elles de bona gana els donen els seus estalvis.

Es fa evident per al grup que M4 no pot menjar tranquil·la, i menys malgastar el menjar omplint-se el plat fins dalt, quan sap que el fill gran té dificultats per a sostenir la família. La pacient és prou reflexiva per adonar-se que la seva vergonya en omplir-se el plat està justificada: menjar molt expressaria un refús d'ajudar el fill ('si ells malgasten, jo també') i s'avergonyeix tot seguit de ser tan mesquina.

M1 (l'únic home del grup) expressa amb èmfasi gairebé histriònic que ell reaccionaria donant-ho tot a un fill necessitat que demanés ajuda.

Es fan consideracions sobre les necessitats i els abusos que els fills fan dels pares.

En aquest punt de la sessió, M2 (una dona de 70 anys) parla de dues filles que ja fa molts anys que no veu: 'No volen parlar amb mi. Quan la gran tenia

dos anys i la petita uns mesos les vaig deixar a la meua mare i vaig marxar de casa'. Parla d'un marit maltractador que va començar a ser brutal amb ella en néixer la primera filla. Amb les dues criatures la vida a casa era impossible i per això va portar les nenes a la seva mare. Aquesta va proposar-li de vendre-les. Ella s'hi va negar rotundament i finalment la mare les portà a un internat de monges, on les va ingressar per protegir-les d'una 'mare depravada'. La malalta diu tot plorant que les monges, per protegir les nenes, sempre es van negar que ella les visités i les nenes mai no han volgut saber res d'ella, tot i que sospita que de vegades li telefonen anònimament per sentir la seva veu o arriben a demanar-li l'adreça del germà, fent-se passar per antigues companyes de treball. Aquest fill, M2 el va tenir uns anys després de desprendre's de les filles. I sempre sota el pes de les continuades brutalitats del marit, que ja era francament alcohòlic. La situació es va fer tan impossible que mare i fill acabaren per abandonar-lo. Altres vegades ja ho havien intentat, però ell els buscava per tot arreu i sempre acabava per trobar-los i reconduir-los a casa amb noves crueltats.

Els altres membres del grup han seguit absorts les tremendes peripècies de la dona i han oblidat tot el que es comentava sobre aquestes dificultats que els fills plantegen amb llurs necessitats... i els seus abusos que promouen relacions ambivalents, com la manifestada per M4. Ara el relat melodramàtic d'M2 ha acaparat tota l'atenció del grup.

El grup comença a dubtar de tanta desgràcia relatada i li pregunta per què va continuar amb un marit tan brutal després de desprendre's de les filles. Ningú s'explica com va poder encara tenir un altre fill amb ell. Hi ha una curiositat insistent i intrusiva en aquest interrogatori. La pacient acaba per dir que de jove el seu marit era molt atractiu. Després de dir això les dones del grup es creuen somriures i mirades d'intel·ligència i algun comentari al·lusiu a una mena d'atracció sexual perversa.

Finalment, però, se'n va poder desprendre. Se n'anà de casa amb el fill i ha viscut amb ell fins que s'ha casat.

La resta del grup està molt impressionada. M4 diu que se sent marejada perquè sent inexplicable la conducta d'M2. Però en aparença la resta de membres ha oblidat el conflicte amb els propis fills i encoratgen M2 a buscar les seves filles, si convé amb l'ajut de la policia. Però M2 diu que el seu fill ha decidit que no vol tenir tracte amb les germanes. 'Mamà, si no et volen a tu, això vol dir que no em volen a mi'. Altra vegada la pacient s'expressa amb gran vehemència i un cert orgull.

Excepte M1 - l'únic home del grup -, els altres membres segueixen expressant que no poden entendre la conducta d'M2 i l'assetgen a preguntes perquè doni una explicació de la seva inversemblant submissió al dèspota del seu marit.

M2 no sembla respondre directament, però tot sanglotant explica que la seva mare tenia aversió cap a ella i només s'avenia amb els fills mascles. 'La meua mare no em va estimar perquè volia que fos un nen. Recordo que als 5 anys em deia: "que malament ens entendrem tu i jo, que malament ens ho passarem!". Finalment vaig anar a viure a casa d'una tia. La mare em va abandonar.'

L'anècdota d'M2 va comprendre tant la resta del grup que s'oblidaren dels malentesos amb els fills. S'al·ludí a alguna violència conjugal que resultava intranscendent al costat del drama d'M2. També s'esvaí la tensió i l'ambivalència creada per les necessitats i les demandes dels fills que arriben a abusar de la disponibilitat dels pares, els quals responen amb sentiments contraposats.

El que el grup no podia entendre era l'agafament masoquista d'M2 a un personatge tan cruel com el seu marit.

En els comentaris que es produïren entre les terapeutes i el grup de treball, uns dies després de la sessió reportada, es va pensar que en certa manera la pacient, assetjada per la curiositat ansiosa de la resta de membres, va poder respondre, sense proposar-ho deliberadament, que el misteri de la seva addicció a un marit que la perseguia per tot arreu fins a trobar-la i recuperar-la amb violència, devia tenir a veure amb una mare que l'abandonava sense pietat i que només es podia entendre bé amb els fills barons i la feia sentir tan miserable i desvalorada.

El que el grup no podia entendre és que la desolació d'un infant tan cruelment i fredament menystingut pels pares, que tot l'esfondrament narcisista que aquell rebuig, sobretot matern, comportava, només podia intentar compensar-se amb el testimoni brutal continuat d'algú que no permetria que es perdés, que la perseguiria ferotgement fins a recuperar-la. Més enllà o més ençà de la submissió i dependència masoquista que els membres del grup sospitaven, hi havia unes motivacions més primàries i més cruents: assegurar que no es repetiria la pèrdua de l'objecte. L'ansietat catastròfica de l'abandó es veuria així anul·lada per la submissió a un objecte persecutori que la desitjava sàdicament. En lloc de la caiguda en el buit de l'abandó, la tremenda seguretat d'algú que la retindria malgrat ella mateixa, presonera d'una brutalitat passional però no òrfena. La pacient no podia pas pensar que és millor estar sol que mal acompanyat. Ben al contrari. Només es va poder desprendre del marit persecutori, desitjós i cruel, quan va poder viure amb el seu fill fins que es va fer gran. Com la seva mare, ella havia abandonat les filles i havia romàs amb l'únic fill baró.

### *e) L'ansietat de mort*

Els trànsits, els canvis d'una etapa a l'altra de la vida (pubertat, climateri, etc.) i també els canvis terapèutics, es fan amb inquietud, amb la por del desconegut. Els canvis majors són evidentment el naixement i la mort.

Al trànsit del naixement s'hi arriba massa poc preparat a causa de la immaduresa de la criatura humana en néixer. Al trànsit de la mort s'hi arriba molt més preparat, malgrat la capacitat d'ignorar i els puixants mecanismes de denegació. Tots sabem que l'home és el sol animal que té coneixement i consciència de la mort i del perill de mort. També hi ha un pressentiment catastròfic de la mort: la mort amb dolor, asfíxia, la mort com a ressò



d'experiències traumàtiques de la infància desvalguda que reproduïx la indefensió del bebè; sobretot, la mort no assistida amb calidesa i afecte.

Però a distància de la situació agònica o terminal, les fantasies sobre la mort, el sentit de la mort que cadascú pugui concebre, pot augmentar ostensiblement les diferents variants de l'ansietat terminal:

- La mort com un càstig (sentir-se condemnat a mort) o una venjança de contracop als impulsos agressius propis.
- La mort com una vida inacabada amb realitzacions truncades, amb deutes pendents de tot ordre.
- La mort com a única sortida en l'atzucac del ressentiment, de les frustracions insuperables.
- La mort com a resultat dels maltractaments rebuts, en un o altre sentit, la mort injusta.
- La mort desassistida. La por de morir sol, sense algú que mitigui amb el seu suport i *holding* les ansietats de desintegració, d'abandó, de caiguda en el buit, segons el patró de les ansietats terrorífiques viscudes en la infància desassistida, en l'absència dels objectes protectors i en qualsevol variant dels traumes preconceptuals. Només una sòlida capacitat d'estar sol permet d'assumir el traspàs amb serenitat i confiança. (Des de Sòcrates tenim tota mena d'exemples en aquesta línia, fins als esquimals que es retiren a morir estoïcament.)
- L'experiència de la mort dels pares determina conhort o, al contrari, amenaces davant la mort.

La mort no és un tema prioritari en els grups de persones grans. Ni els mateixos pacients que expressen de moltes maneres la seva organització defensiva en el procés dels dols importants que han hagut d'assumir, deriven cap a la consideració de la mort pròpia i de la por que pugui inspirar. Si l'experimenten, ho expressen de manera continguda o la deneguen públicament. Sabem per altres experiències clíniques que sovint el vell pensa que parlar de la mort pot allunyar-lo dels altres, que els veu poc sol·lícits a compartir inquietuds d'aquest ordre. Aquesta mateixa constatació l'hem feta en el tractament de pacients amb una malaltia terminal, que han sofert de no poder comunicar sense eufemismes als familiars més pròxims la seva manera de viure la proximitat de la mort. Si han intentat manifestar-ho han trobat una reserva incòmoda per part d'uns i altres; o una esperança inautèntica expressada amb malaptesa.

Janice Norton (1963) ens va presentar, ja fa anys, un bon exemple en el seu report del tractament psicoteràpic d'una pacient jove afectada de càncer, que la terapeuta va acompanyar fins pocs dies abans de morir. Aquest cas és paradigmàtic i sembla confirmat pels psicoterapeutes que han acceptat l'engatjament a tantes possibilitats ansiògenes com pot ser la psicoteràpia del malalt terminal.

En els nostres grups - amb pacients d'un nivell sociocultural modest o francament limitat - també hem trobat un vorejament de la por de la mort pròpia, cosa que contrasta amb les freqüents referències a marits, fills o pares traspassats. Aquesta contenció de sentiments, que cal suposar ben conscient, pot obeir a diverses raons: la por màgica de fer real la pròpia mort si se'n parla, degut a la supersticiosa creença en el poder presentificador de la paraula; les reserves obeeixen també a una mena de pudor de l'afany de supervivència, més acusada com més avançada és l'edat del subjecte.

Cal dir que la por de la mort s'expressa a través dels seus equivalents; en primer terme la por de la soledat, com si la soledat fos apta per desvetllar angoixes catastròfiques de la pèrdua d'objecte que amb més o menys intensitat tothom ha patit a la infància, equiparant així la mort a la soledat resultant de l'absència de l'objecte.

Un altre equivalent, potser el més universal, mitjançant el qual s'expressa la por de morir, és la por de sofrir i l'experiència del dolor corporal amb el seu caràcter intransferible. Ens compadim del dolor de l'altre però no el compartim com compartim una pena, un dol ansiós o emocions de tants ordres possibles. El dolor físic, en les seves escomeses o en la seva obstinada permanència, no és mai compartit en la seva rigorosa actualitat. Aquest dolor corporal és com un objecte dolent a dintre que es correspondria, com ja deia Bion, amb un objecte absent. I en aquestes circumstàncies tothom és un objecte absent, llevat d'aquell que és capaç d'anul·lar un dolor corporal poc coercible.

No és estrany que, en els grups, qualsevol ansietat de mort que algú gosi expressar sigui ofegada per unes denegacions, en general unànimes, de la resta de membres; en el millor dels casos amb consideracions realistes que serveixen per nodrir l'esperança de curació. D'altra banda, la seriosa consideració d'una mort relativament pròxima és acollida per una altra part del grup amb negacions francament maníagues o amb un desafiament sarcàstic, que sovint s'acompanya de la hilaritat general del grup.

Hi ha també la volguda evasió en la irrealitat, en l'emboirament de les potencialitats perceptives i judicatives, tan condicionades pel progrés del procés esclerós d'unes o altres àrees del sistema nerviós central. En certs casos hem cregut en una connivència entre aquesta defectualitat de motivació somàtica i la necessitat d'apaivagar els conflictes ansiògens del món relacional i de la pròpia por de morir. Això és més fàcil d'observar en persones a finals dels vuitanta o ja entrats en els noranta. Un dels nostres grups és el constituït per pacients residents en una institució, que viuen sovint l'experiència de la mort d'un dels residents i també la mort de membres del grup.

Condensem en aquesta vinyeta els reports de sessió fets per la terapeuta, la psicòloga Raquel Vidal. Correspon a una sessió de teràpia de grup els membres del qual són residents en una mateixa institució. El grup es reuneix

setmanalment, i des de l'última sessió tinguda havien mort a la institució quatre residents, un dels quals havia pertangut al grup:

A la sessió hi assisteixen 15 membres d'edats compreses entre 70 i 93 anys, a excepció d'un membre que només té 59 anys. Alguns pacients tenen dèficits manifestos de diferent grau. En començar, la terapeuta comunica les quatre defuncions que han tingut lloc a l'establiment durant la setmana, un fet ben excepcional. La reacció és bastant apàtica. Es pregunten si coneixien els que han mort, amb respostes alternatives. Un dels membres diu que a ell se li van morir 'quatre cunyades de cop ... i un mes i mig abans tres més...'. Altres membres fan comentaris irònics davant la inversemblança, però ràpidament la conversa s'anima evocant un crim que va ocórrer a la comarca, quan un hostaler va ser mort a ganivetades pels seus mateixos empleats. Ja fa anys, d'això, però va impressionar tota la rodalia.

La terapeuta va advertir al grup que estaven evadint-se de la mort de cada dia, la que es produeix sovint a la residència. En el seu lloc parlen de fets més llunyans en l'espai i el temps, de fets excepcionals i violents. Però el grup sembla prestar poca atenció al plantejament de la terapeuta per mitigar les suposades fantasies d'una visió molt persecutòria de la mort. El grup se'n defensa amb noves digressions, amb comentaris festius i amb evocacions de la infància i, en ella, de jocs violents, de lluites entre xicots d'un poble i un altre. La violència sembla que s'ha ensenyorit del grup i a través de diferents membres es parla de sistemes educatius, de l'excessiva liberalitat d'avui i de com era molt millor la severitat, l'ordre i l'autoritat dels pares de cinquanta anys enrere. Com si el grup hagués reaccionat a la disbauxa verbal i a l'excitació eufòrica a què havien arribat i evoquessin, com a contrapunt, l'autoritat dels pares, l'ordre de premis i càstigs que havien tingut durant la infància. Tot i que els comentaris de la terapeuta sobre l'ansietat desvetllada en aquesta experiència massiva d'eufòria, violència i confusió sembla que han estat compresos, l'experiència colpidora que la residència ha viscut durant la setmana amb la mort de quatre residents ha seguit sent vorejada.

Tot i que la perspectiva d'una mort pròxima està condicionada per tants factors que poden afectar la persona en aquesta etapa terminal de la corba vital, es pot dir que la natural ansietat de mort es conté i es modula segons la capacitat d'assumir els *fets bàsics de la vida* (Money-Kyrle, 1971), ja al·ludits en la primera part d'aquest treball. La major o menor integració del curs inexorable del temps, l'assumpció de la pròpia mort com un acompliment natural al servei de la successió de les generacions, el reconeixement de la pròpia vida viscuda, són factors essencials en l'experiència de la gent gran, en la seva actitud i tarannà bàsics dels darrers anys de la vida.

Al contrari, si no s'ha pogut fer amb serenitat aquest reconeixement, la perspectiva d'una mort pròxima es pot viure amb una predominança d'ansietat persecutòria; en situacions de més inacceptació, quan ja no serveixen les denegacions més inconsistents, es recorre a una solució evasiva

en la confusió, en la dispersió de l'atenció, un desinterès generalitzat i un 'pacte' amb la natural defectualitat; amb un retraïment progressiu, sense afany de represa i reanimació de la vida relacional.

La teràpia de grup és una bona manera d'estimular la recuperació de funcions amb l'estimulació de la copresència grupal, amb l'experiència continuada del fet que el grup pren interès en el que hom pugui dir; i a la recíproca, amb l'evidència que el grup espera ser escoltat i que fa sentir com a necessària la participació de cadascun dels seus membres.

La invitació continuada, en les sessions grupals, a l'expressió de cada individualitat i a la recepció atenta d'allò que els altres membres expressen, és sovint una experiència que motiva l'individu en el grup a recuperar-se d'una actitud passiva, dimissionària i decebuda de les pròpies possibilitats de mantenir una vida relacional, interpersonal i intrapsíquica.

#### 4. Projecte d'investigació

El nostre equip de treball compta amb la valuosa col·laboració del Dr. Raül Vaimberg en la investigació del material clínic i dels resultats de l'experiència assistencial. Es tracta d'un projecte d'estudi quantitatiu (indexació dels reports de les sessions grupals) i del procés terapèutic que hagi pogut tenir lloc després de 18-20 mesos de sessions regulars de la teràpia de grup practicada. Ultra l'avaluació i confrontació d'enquestes i tests complimentats pels pacients abans d'iniciar el tractament i una vegada enllestit (vegi's a aquest respecte el treball de Glòria Mateu i Marta Leonart (2013) [publicat en aquest mateix número de la *Revista*]), el nostre projecte inicial incloïa una metodologia d'investigació que prenia per base el nostre llistat de **Dols i carències**, la seva significació traumàtica amb les corresponents ansietats i les defenses negatives *versus* estructurants que susciten.

L'esquema permet establir *un sistema de categories* (a partir de les sis grans variants de *dols i carències*. De cadascuna d'aquestes sis *dimensions* es deriven quatre *categories: significació traumàtica (ST), ansietats (A), defenses deteriorants (DD) i defenses estructurants (DE)*, tal com es recull en el següent diagrama:

##### DIMENSIONS

*Prestància corporal - estatus laboral - dèficits corporals - pèrdues(familiars- Dols (independència, dol de futur*

CATEGORIES	I amics)				jerarquia)	
	ST	ST	ST	ST	ST	ST
A	A	A	A	A	A	A
DD	DD	DD	DD	DD	DD	DD
DE	DE	DE	DE	DE	DE	DE

TD'acord amb Raúl Vaimberg, les *categories* analitzades en cada una de les *dimensions* estudiades hauran de ser avaluades des de dues perspectives:

- a) La perspectiva de l'evolució clínica: valoració de l'evolució psicopatològica mitjançant escales d'avaluació, aplicades abans i després de la teràpia grupal.
- b) La perspectiva del procés psicoterapèutic grupal. Partint de l'anàlisi del material de les sessions (indexació dels reports segons categories i dimensions), s'analitzaran qualitativament i quantitativa, processos i microprocessos desenvolupats al llarg del tractament.

Però aquest treball de recerca sobre la base de més de quatre-cents reports de sessions, requereix un equip especialitzat amb hores de dedicació i el corresponent suport econòmic del qual, fins ara, no disposa el nostre grup de treball.

#### BIBLIOGRAFIA

- ESTEVE, J.O., FOLCH, P., i ISERN, L. (2012). Problemàtica i psicopatologia de la senectut (I). *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXIX, 2, pp. 9-26
- GARLAND, C. (2007). *Looking into later life. A Psychoanalytic Approach to Depression and Dementia in Old Age* (Ed. Rachael Davenhill). Londres, Tavistock Clinic Series
- MATEU, G. i LLEONART, M. (2013). De les sabatilles a les sabates. El treball psicoterapèutic amb gent gran a les Àrees Bàsiques de Salut. *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXX, 1
- MONEY-KYRLE, R. (1971). The aim of psycho-analysis. In *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle (Chapter 33)*. Strath Tay, Clunie Press, 1978
- NORTON, J. (1963). Tractament d'una pacient terminal. *Rev. Catalana de Psicoanàlisi*, vol. VI, 2, 1989, pp. 209-224

