



## Intervenção em grupo com pessoas de idade avançada: A importância da relação

Margarida Pedroso de Lima<sup>1</sup>, & Albertina Lima de Oliveira<sup>2</sup>

Copyright © 2015.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 3.0 (CC BY-NC-ND).

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



Open Access

---

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. E-mail: mplima@fpce.uc.pt

<sup>2</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. E-mail: aolima@fpce.uc.pt

**Resumo**

*O desenvolvimento lento da intervenção em geral, e da psicoterapia em particular, com pessoas mais velhas em Portugal, deve-se a muitos fatores, de entre os quais se salientam o idadismo e a predominância dos modelos biológicos de desenvolvimento. Efetivamente, a tomada de consciência pública sobre a discriminação contra as pessoas com base na idade está aquém do desejável e a escolha dos modelos de desenvolvimento a orientar a prática e a intervenção depende, em grande medida, da formação e especialização dos técnicos – domínio onde há ainda muito caminho a desbravar em Portugal.*

*Neste artigo apresenta-se uma revisão sobre aspetos históricos, conceptuais e práticos da intervenção em grupo na idade avançada sublinhando-se a importância da relação para a eficácia deste tipo de intervenção.*

**Palavras-chave**

Intervenção em grupo, psicoterapia, relação, idade avançada.

---

## Introdução

*“Don’t tell us, show us” (Moreno)*

Muito embora existam evidências empíricas e práticas claras que sugerem que abordagens tais como a terapia cognitivo-comportamental, interpessoal, psicodinâmica e sistêmica podem ajudar numa variedade de problemas (que vão desde as perturbações emocionais às perturbações de personalidade e à demência), em termos de formato, a intervenção em grupo tem sido identificada como uma abordagem preferencial para a maior parte dos problemas e desafios da idade avançada (Aday & Aday, 1997). Quer os grupos temáticos (e.g., centrados em tópicos como a adaptação à reforma ou a aprendizagem de atividades de lazer), quer os grupos com participantes com características específicas (e.g., grupos para homens idosos veteranos de guerra, amputados ou pessoas em luto), quer os grupos organizados em contextos diversos (e.g., lares, hospitais, centros comunitários ou de dia) são recomendados para intervir nesta etapa da vida. A generalidade dos estudos existentes sobre a intervenção em grupo com pessoas idosas apontam para a sua eficácia. Por exemplo, segundo alguns autores (Lima, 2012; Yalom, 2005) é possível obter uma redução significativa em sintomas depressivos de pessoas idosas com apenas 12 sessões de terapia de grupo.

Porém, as investigações e experiência, tanto nacionais como internacionais, ainda se consideram a este nível escassas. Por um lado, porque a existência de tantas pessoas a chegarem a idades acima dos 60 anos é algo novo historicamente. E, por outro, o modelo de desenvolvimento predominante continua a ser o do declínio, apesar da avassaladora quantidade de investigação a corroborar um modelo inteiramente diferente – o do ciclo de vida (Baltes & Smith, 2008). Neste sentido, é que neste artigo fazemos uma revisão dos aspetos teóricos e práticos a considerar na intervenção em grupo com pessoas idosas.

## Aspetos históricos e conceptuais

A primeira referência à utilização da terapia de grupo com pessoas mais velhas foi, de acordo com Saiger (2001), o relatório de Silver, datado de 1950, sobre uma intervenção realizada num Hospital de Montreal. O trabalho de Silver baseou-se, fundamentalmente, nos princípios de Joseph Pratt (1907) - considerado por muitos um dos pais da psicoterapia de grupo moderna - ao aplicar um método de grupo ao tratamento de doentes com tuberculose (Halperin, 1989). A originalidade de Pratt consistiu na utilização, pela primeira vez, das emoções coletivas com uma finalidade terapêutica, vindo os seus procedimentos a ser, posteriormente, denominados de psicoeducativos. Porém, foi Moreno, em 1931 (Moreno, 1934), que cunhou a expressão “Psicoterapia de grupo”. Pratt (assim como Silver) enfatizaram a importância da instrução, da inspiração e do apoio emocional proporcionados

pelo grupo. Todavia, estes princípios vieram a revelar-se apenas exequíveis com alguns grupos, sendo difíceis de aplicar em pessoas idosas com limitações cognitivas, em que o esquecimento do nome ou das instruções é habitual.

A partir da década de 50, surge o interesse pelas abordagens de grupo de inspiração psicodinâmica aplicadas às pessoas mais velhas (Linden, 1955, 1954, 1953). Estas reforçaram a ideia da importância *pivot* das relações ao longo do ciclo de vida. Frequentemente isoladas e privadas de outros significativos, a interação social, o apoio empático, e a validação dada pelo grupo geram um contexto onde a pessoa idosa isolada pode enriquecer-se emocionalmente. Recordemos que Silver e Linden trabalharam com pessoas idosas com muitas limitações e institucionalizadas (Shyam & Yadev, 2006), e, neste âmbito, as intervenções em grupo revelaram claros benefícios económicos e grande eficácia no combate ao isolamento, para além de terem permitido questionar o pressuposto de que as pessoas mais velhas não respondiam à intervenção terapêutica ou à mudança emocional.

Por volta dos anos 90, o interesse do psicoterapeuta existencial Irving Yalom pela terapia com pessoas de idade avançada colocou a intervenção numa perspetiva predominantemente existencial. A obra de Leszcz (1992), na mesma linha, promove a abordagem interpessoal na psicoterapia de grupo com pessoas mais velhas, sublinhando a importância da coesão grupal, da vivência do aqui e do agora, do *feedback* na aprendizagem interpessoal e da experiência emocional corretiva, proporcionada pelo microcosmo que é o grupo.

Na atualidade, um leque variado de abordagens terapêuticas (e.g., cognitivo-comportamental, dinâmica, construtivistas) são usadas com pessoas desta faixa etária (Lima, 2013).

### **Benefícios da intervenção grupal**

Para além do que já referimos, hoje sabemos que são inúmeras as vantagens da intervenção em grupo com adultos de idade avançada. As principais razões, na perspetiva de Chiu (1999), prendem-se com o facto da intervenção em grupo: revelar eficácia e eficiência, a longo prazo; promover, mais facilmente, a adesão das pessoas mais velhas, em contexto institucional; constituir uma opção de tratamento mais viável (dado o número crescente de pessoas idosas); apresentar um menor custo (são necessários menos profissionais e menos tempo para intervir com o mesmo número de pessoas); possibilitar, mais facilmente, o desenho de planos de investigação experimental sobre a intervenção; e acarretar, nalguns casos, ganhos a nível emocional e cognitivo, superiores às intervenções de cariz individual.

As vantagens terapêuticas resultam, de acordo com Yalom (2008, 2005, 1985), dos 11 fatores 'terapêuticos' da terapia de grupo, a saber: dar esperança, ou seja, o grupo promove a crença de que o tratamento pode ser e será eficaz; universalidade, que é entendida como a demonstração de que não estamos sozinhos na nossa 'miséria' e nos nossos problemas; a

---

partilha de informação, que consiste em fornecer informação didática sobre a saúde ou o problema alvo do grupo ou elemento do grupo; altruísmo, que consiste na oportunidade de sair de si e ajudar outra pessoa, dando conselhos e envolvendo-se em interajuda; a recapitulação corretiva de problemáticas familiares, que cria a oportunidade de reinterpretar e clarificar essas relações; desenvolvimento de técnicas de socialização aprendizagem social ou desenvolvimento de aptidões interpessoais; comportamento imitativo, ou seja, aprender a modelar o comportamento observando os membros do grupo que funcionam mais adequadamente ao nível, por exemplo, da flexibilidade, criatividade e autoexposição; a aprendizagem interpessoal, que possibilita a aprendizagem de novas estratégias de confronto, na medida em que cada pessoa partilha, com os diferentes membros do grupo, formas diversificadas de superação de dificuldades, recebendo feedback dos mesmos e, assim, experimentando novas formas de se relacionar; a coesão grupal, que corresponde à relação terapêutica ou *rapport* da terapia individual; a catarse, que consiste na oportunidade para experienciar e expressar afetos fortes; por fim, seguem-se os fatores existenciais – reconhecimento, através da partilha com os outros, dos aspetos básicos da existência (e.g., solidão, morte, responsabilidade pelas nossas ações). Este fator remete para o ‘darmo-nos conta’ da nossa responsabilidade última em relação à nossa vida diminuindo o sentimento de solidão e desesperança.

Como enfatiza Yalom (2005), a terapia de grupo permite à pessoa aperceber-se de que não está sozinha no(s) seu(s) problema(s) (há uma partilha de experiências), dando-lhe a possibilidade de falar acerca dele(s) e de se ‘abrir’, num ambiente seguro. A pessoa idosa, membro de um grupo, desenvolve, igualmente, a auto empatia e a aceitação incondicional de si, consequência, em parte, da integração das devoluções dos outros sobre si própria. Em termos práticos, os benefícios da intervenção em grupo com idosos incluem a normalização das suas preocupações acerca do declínio físico, a diminuição do isolamento social, o acesso a uma rede de suporte que lida com dificuldades semelhantes, e a possibilidade de ajudar os outros, o que contribui para diminuir os sentimentos e pensamentos negativos, e o desenvolvimento do sentido de valor pessoal. É sabido também que as pessoas idosas em contexto institucional atingem mais rapidamente a coesão grupal devido talvez ao contacto mais intenso e, muitas vezes, diário das relações interpessoais (Yalom, 2005).

Podemos ainda acrescentar, que esta abordagem potencia o planeamento realista de objetivos e a independência em relação ao técnico, promovendo a autonomia e o controlo. Este último aspeto é muito importante, já que aumentar o poder das pessoas mais velhas é uma das ferramentas mais eficazes na promoção do seu bem-estar e na prevenção do abuso e do mau trato (Ferreira-Alves, 2004, 2005, 2010).

---

### **Limitações da intervenção grupal**

Como seria também de esperar, este tipo de intervenção terapêutica com pessoas de idade avançada não está isento de limitações. Altolz (1978, cit. por Fernandes, 2006) refere, por exemplo, a dificuldade de algumas pessoas idosas discutirem, em grupo, as suas problemáticas pessoais, ou de apresentarem alguma relutância em entregar-se ao grupo, com receio de mais perdas emocionais, sobretudo tendo em conta que, no horizonte da sua vida, a consciência da sua aproximação à morte está mais presente.

Encontram-se ainda dificuldades resultantes do eventual curto tempo de foco da atenção, da persistência ideativa, das dificuldades de memória e dos estados confusionais de algumas pessoas idosas. Estes problemas têm sido contornados com estratégias, como uma atividade mais intensa por parte do terapeuta, sessões de grupo mais frequentes, orientação para mais apoio e utilização das possibilidades transferenciais (Foster & Foster, 1989). Por outro lado, nem todos os pacientes estão *à priori* indicados para terapia de grupo a intervenção individual é recomendável quando temos pacientes com psicopatologia severa e perturbações cerebrais, pessoas agressivas em relação ao grupo ou ao terapeuta. Há ainda a ter em conta que pessoas com potenciais conflitos culturais ou religiosos devem ser colocadas em conjunto com cautela.

### **Terapia ou terapias de grupo?**

Devido ao vasto número e espectro de métodos e terapias com recurso ao grupo, Yalom (2005) defende que se deve falar de terapias de grupo e não de terapia de grupo. Mais especificamente, a literatura sobre a terapia de grupo com pessoas de idade avançada inclui populações de pacientes em contexto clínico e institucional e enquadramentos não clínicos. Abarca desde as pessoas saudáveis até às que sofrem de desordens funcionais (e.g., depressão, estados paranoides, desordens de carácter) e que apresentam limitações orgânicas significativas (resultantes, por exemplo, de acidentes cérebro vasculares).

As abordagens de grupo têm sido utilizadas em todos os tipos de problemas psicológicos e psiquiátricos e, com o surgimento de estudos que relacionam os fatores psicossociais com a saúde, também em pacientes com problemas físicos. Neste último caso, uma das grandes vantagens iniciais foi de natureza paliativa ajudar os pacientes a adaptarem-se ao estigma psicossocial de terem contraído uma determinada doença. A partir dos anos 80, alguns estudos começaram a revelar que fatores psicossociais contribuíam também para o desenvolvimento das doenças orgânicas (Szasz, 1961). Neste sentido, as intervenções dirigidas à promoção da qualidade de vida, e não apenas à doença, começaram a ter lugar (Spira, 1997; Oliveira, 2011; Oliveira, Lima, & Godinho, 2011; Oliveira & Lima, 2011).

No presente, são múltiplas as intervenções e terapias de grupo usadas com pessoas de idade avançada, em vários contextos. Os grupos podem ser heterogêneos ou homogêneos

com pessoas com as mesmas características, na mesma situação, ou que partilham as mesmas dificuldades - ou, ainda, de casais ou famílias (Figueiredo, 2007; Lima, 2008; Figueiredo, Lima & Sousa, 2009). Este último tipo de intervenção é de grande utilidade, na medida em que aborda a questão das reações emocionais dos diferentes membros da família, a respeito dos problemas da pessoa idosa e do envelhecimento. Porém, a respeito da homogeneidade/heterogeneidade, alguns autores têm defendido a importância da relativa homogeneidade dos grupos (e.g., Levine & Schild, 1969), dado que facilita os sentimentos de empatia (Rogers, 1951, 1970, 1980) e de aceitação e, conseqüentemente, atenua a alienação e o medo de rejeição.

Os grupos podem ainda ter uma orientação teórica mais explícita (e.g., dinâmica, cognitivo-comportamental) ou funcionar segundo propostas mais marginais ou menos conhecidas. Como exemplo destas últimas temos os grupos autobiográficos guiados de Birren (*guided autobiography groups*; Birren & Deutchman, 1990), que é um método usado para explorar o sentido da vida (Bruner, 1990).

Tendo em consideração a vasta panóplia de intervenções vislumbradas, Gazda e Pistole (1985) arrumam em três categorias os principais tipos de intervenção em grupo: grupos psicoeducativos (sobretudo preventivos e desenvolvimentistas), grupos de aconselhamento (preventivos e remediativos, usados quando dar informação, só por si, não é suficiente) e grupos psicoterapêuticos (essencialmente remediativos e curativos, direcionados para pessoas com manifestos problemas de ordem mais profunda).

A literatura sobre a intervenção psicoeducativa e psicossocial com idosos sugere, aliás, que os grupos de entreajuda (também conhecidos por grupos de pares, cujo melhor exemplo são os Alcoólicos Anónimos) e de aconselhamento terão um papel crescente no arsenal de ferramentas e de tipos de intervenção no âmbito da gerontologia. Sintomas e síndromas depressivos, como as dificuldades de adaptação e do pós-luto, podem ser aliviados, através da participação em grupos de entreajuda.

Os grupos de desenvolvimento, em sentido lato, são grupos temporários, destinados à aprendizagem experiencial de novos padrões emocionais, relacionais, cognitivos, comportamentais e corporais (Shapiro, 1978; Dornelles, 2010). Estes decorrem da experiência imediata do grupo, e são testados num clima favorável à mudança. Neste ambiente protegido e securizante, permitem desenvolver o autoconhecimento, promover aptidões várias, aumentar a sensibilidade em relação ao outro, estabelecer relações interpessoais mais satisfatórias e tomar consciência dos processos que facilitam ou inibem o funcionamento do grupo, diminuindo, conseqüentemente, a ansiedade e o conflito.

Foster e Foster (1989), nesta linha de organizar as diferentes modalidades de intervenção em grupo, organizam em três categorias os tipos de intervenção, e apresentam as técnicas, composição do grupo e procedimentos para cada uma delas. Na primeira categoria incluem intervenções como a estimulação sensorial, a terapia de orientação para a

---

realidade e a terapia da remotivação, direcionadas para as pessoas cognitivamente limitadas, bem como institucionalizadas em unidades geriátricas.

A segunda categoria integra técnicas verbais e psicodinâmicas de grupo com pessoas idosas institucionalizadas. Este tipo de intervenção é mais complexo e diverso, opera em função de variáveis como o estilo terapêutico, os objetivos da intervenção e o diagnóstico do paciente, e requer que este tenha capacidade de estabelecer uma relação interpessoal, possua alguma orientação para a realidade e coerência verbal. Para aquelas pessoas em que tal não é possível, Feil (1999) propõe a Terapia da Validação, que se baseia no estabelecimento de uma relação sincera, com consideração empática pelo cliente que sofre.

Os estilos dos grupos verbais são variados. Lichtenberg (1954, cit. por Lichtenberg & Duffy, 2000) facultava um *tea party* com conversa, refrescos e jogos com os pacientes geriátricos psicóticos, que melhoravam o humor, a aparência física e a higiene e Wolff (1957, cit. por Lichtenberg & Duffy, 2000) a abordagem do 'irmão compreensivo' (em que os membros do grupo dão apoio uns aos outros de forma fraterna).

Para os pacientes geriátricos institucionalizados, cujas funções linguísticas estão intactas e que conseguem manter a atenção durante algum tempo, pode recorrer-se a processos de grupo mais convencionais, dando atenção inicial às questões somáticas dos elementos do grupo e às solicitações para relatar acontecimentos passados e, com o decorrer do processo, avançar o centro das discussões do grupo para a expressão de conflitos e sentimentos internos sobre as circunstâncias de vida presente. Relatórios de avaliação destas intervenções mostram, recorrentemente, melhorias em áreas como a autoestima, aptidões de socialização e na 'alegria de viver' (Zarit & Knight, 1996; Lima, 2011). Mais recentemente tem sido referida a utilização de grupos de reminiscência e de revisão da vida (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008) com pessoas mais velhas, considerando-se que estas técnicas aumentam a coesão do grupo e a integração de conflitos antigos.

A última categoria referida por Foster e Foster (1989) é a dos grupos verbais psicodinâmicos com pessoas idosas não institucionalizados. Estes grupos, com pessoas que sofrem de perturbações de humor ou dificuldades neuróticas e caracterológicas, assemelham-se, na sua estrutura e funcionamento, aos grupos com pessoas mais jovens. Os ganhos são claros no que respeita ao funcionamento interpessoal e ao decréscimo de sentimentos depressivos. Muitos destes grupos são focalizados nas disfunções e limitações físicas, com o objetivo de ajudar os pacientes a aceitar e a viver melhor com as suas condições, potenciando novos comportamentos que suscitem sentimentos de mais-valia pessoal. Tanto as abordagens cognitivistas como as psicodinâmicas têm-se mostrado igualmente eficazes, ao sublinharem a importância dos relacionamentos estabelecidos dentro do grupo, da sua capacidade de repautar as matrizes relacionais padrão dos pacientes (Foster & Foster, 1989).



Os grupos terapêuticos podem ainda ser categorizados em função da sua duração (prolongada ou não) no tempo, do foco do problema e da forma como os seus membros são selecionados.

De facto, a terapia de grupo pode ter um carácter permanente ou possuir um número pré-determinado de sessões. Enquanto um grupo terapêutico de carácter permanente, uma vez formado, continua indefinidamente no tempo e permite a entrada de novos elementos - a abertura do grupo é uma característica sua - nos grupos de tempo limitado, o número de sessões é definido *à priori*, sendo caracterizados por, normalmente, não integrarem mais membros após as primeiras sessões (Yalom, 2005; Lima, 2012; Ribeiro & Lima, 2012). Nestes últimos grupos, o número de sessões varia, geralmente, entre um mínimo de oito a dez e um máximo de vinte. Contudo, esta duração depende sempre do objetivo do grupo e das peculiaridades dos membros que o constituem.

No que respeita ao foco, alguns grupos são relativamente abrangentes, possuindo metas relacionadas com a promoção da satisfação geral com a vida e com um eficaz funcionamento ao longo da mesma, especialmente na área das relações interpessoais. Estes grupos tendem a ser heterogéneos, o que significa que os seus membros apresentam preocupações diversas e diferentes problemas pessoais. Tendem, ainda, a ser abertos, devido à natureza do processo terapêutico, apesar de alguns deles serem de duração limitada (embora possam durar mais tempo do que os 'grupos de tempo limitado', acima mencionados). Por outro lado, existem grupos formados com base numa problemática específica (por exemplo, para pessoas amputadas), enfatizando alguns deles a aprendizagem de estratégias para lidar com o problema e/ou a mudança de comportamentos ou crenças disfuncionais. Este tipo de grupo terapêutico pode ter uma duração indeterminada ou constituir-se como um grupo de tempo limitado (Yalom, 2005; Lima, 2013).

### ***A terapia de grupo com idosos: objetivos e duração***

Como se depreende pelo já afirmado, a terapia de grupo não se baseia numa única abordagem teórica — foi elaborada a partir de diferentes conceptualizações e correntes e abarca, pelo menos, três diferentes conjuntos de técnicas, a saber: técnicas de dinâmica de grupo, que utilizam, com um fim terapêutico, os movimentos e as interações estabelecidas entre os vários elementos do grupo; técnicas psicanalíticas verbais não-diretivas, que utilizam a psicanálise como terapia de eleição (Greenberg, 2009); técnicas de expressão psicomotora e dramática que, para além do que é verbalizado, utilizam a arte (Johnson, Forrester, Dintino, James, & Schnee, 1996), jogos, dramatizações e atividades expressivas, corporais e experienciais (Esenak, 1981; Riley & Carr, 1989; Lima, Costa, Silva, Carvalho & Simões, 2013).

Finalmente, podemos referir que os grupos podem variar em função do tamanho e da duração da sessão, embora o tamanho mais comum de um grupo psicoterapêutico se situe

entre 6 a 12 pacientes e cada sessão dure, normalmente, entre 75 a 120 minutos (Yalom, 2005; Lima, 2013).

Decorre do que temos vindo a afirmar que a intervenção em grupo e, mais especificamente, a terapia de grupo necessita de uma estrutura de base para o seu adequado funcionamento (Douglas, 1976, cit. por Fernandes, 2006; Leal, 2005). É necessário saber o que se pretende com a intervenção, preparar e selecionar os diferentes elementos a incluir no grupo, ter em atenção as variáveis do contexto que podem afetar a intervenção, ter noção sobre a duração da terapia e as técnicas a usar durante o processo, compreender as fases de desenvolvimento do grupo e a definição clara do papel que cabe ao animador/terapeuta (e aos coterapeutas, caso existam).

Terá que haver, assim, uma razão muito clara para que se forme um grupo. Não basta ter na ideia a junção de pessoas, com o mesmo tipo de dificuldades, ou a vantagem de economizar recursos. Quando se opta por este tipo de terapia, que preconiza o autoconhecimento e o desenvolvimento das relações interpessoais, o terapeuta deve ter objetivos e métodos muito claros de intervenção para uma determinada situação, enquadrando, adequadamente, todos os seus elementos. Efetivamente, esta pode contemplar vários objetivos, podendo ser utilizada para atender a diversos tipos de problemas psicológicos (desde promover a autoestima, a gerir as emoções, ou adaptar-se a novas situações), bem como ser usada numa enorme variedade de outras situações e problemas, e.g., para redução de quedas (Hakim, 2004); para cuidadores, via internet, (Marziali & Donahue, 2006); com pessoas idosas com VIH, via videoconferência, (Heckman, 2010); com pessoas com doenças degenerativas (Marziali & Donahue, 2006); com pessoas idosas com desordem generalizada de ansiedade (Wetherell, 2002). Os objetivos e a duração da intervenção devem ser dados antes de iniciar as sessões do grupo, bem como, informações sobre a eventualidade de virem a ser usadas técnicas muito diferentes do habitual ou de as sessões serem, por exemplo, filmadas. Os direitos e princípios éticos da intervenção (e.g., confidencialidade, possibilidade de sair a qualquer momento, respeito pela dignidade pessoal) devem ser sempre tidos em consideração.

### ***Na prática: dar importância à relação***

Para que o processo terapêutico com adultos mais velhos se desenrole com sucesso, para além da formação teórica e especialização técnica, da qual depende a orientação da intervenção, é também necessária a aptidão para estabelecer uma relação terapêutica em grupo (Zarit & Knight, 1996; Duffy, 1999; Haley, 1999; Lima, 2004, 2008, 2013; Leal, 2005;). Tal implica que o terapeuta consiga trabalhar de forma não convencional, seja mais flexível no estabelecimento do lugar, duração e frequência das sessões e tenha a capacidade de assumir vários papéis (Haley, 1999; Lima, 2011, 2013), de molde a responder a clientes que, muitas vezes, têm múltiplos problemas físicos e psicossociais. Independentemente do

contexto da intervenção, as aptidões comunicacionais do terapeuta são essenciais para o sucesso da intervenção (Woolhead et al., 2006). Escutar e responder, concertadamente, é sempre importante, mais ainda, quando a pessoa idosa tem dificuldades auditivas. Neste sentido, falar de forma não categórica, simples e direta, com clareza e objetividade, sem usar linguagem técnica, é essencial, tendo em atenção a comunicação não-verbal. Sublinha-se ainda a importância de estar na relação e 'no aqui e agora' ficando com o 'óbvio', 'não remando contra a corrente', estando o terapeuta aberto a experimentar, a usar o humor quando apropriado, tendo atenção aos seus próprios preconceitos e reconhecendo naturalmente os seus limites como técnico (Lima, 2013).

Antes de iniciar um grupo é necessário ter em atenção todo o *setting* terapêutico ou seja todos os pormenores relativos ao enquadramento e à disposição física da sala, bem como prevenir possíveis interrupções (Frazer, Hinrichsen, & Jongsma, 2011).

Efetivamente, lidar com a desconfiança é a tarefa base do grupo num estágio inicial. Neste sentido, é necessário prestar atenção às necessidades e dificuldades individuais dos membros e dar-lhes oportunidades para falarem sobre os seus eventuais sentimentos de insegurança (Shapiro, 1978). Se o sentimento de confiança não for edificado e o líder forçar uma agenda prematura, é possível prever problemas graves, tais como falta de entusiasmo, pouca energia, silêncios constrangedores (Corey, 1999). Pelo contrário, quando há confiança os membros expressam as suas reações sem medo da censura e empenham-se ativamente. É neste sentido que é importante identificar eventuais resistências, torná-las explícitas e não fazer de conta que não existem. A resistência diminui quando os membros do grupo assumem responsabilidade pelo modo como o grupo funciona (Egan, 1986).

No decorrer do processo terapêutico, as técnicas devem ser usadas para explorar o material fornecido e não para provocar o material e, deste modo, ir consolidando a aprendizagem e aumentando a responsabilidade individual.

Tudo o que um orientador de grupo faz pode ser encarado como técnica, mas, para fins operacionais, em geral, usa-se o termo para referir os casos em que o terapeuta/líder do grupo «faz uma solicitação explícita e diretiva a um membro, para fins de focalizar o material, aumentar ou exagerar o afeto, praticar comportamentos ou solidificar a compreensão interna (insight)» (Corey et al., 1983, p. 21). No entanto, as técnicas são meios e não fins, e não devem desviar o terapeuta da relação criativa com o grupo e da atenção ao material emergente numa sessão. Neste sentido, não são 'receitas' que devemos seguir, mas ferramentas e orientações flexíveis a que podemos recorrer, quando trabalhamos com um grupo. Não são para ser usadas 'contra' o grupo, mas a favor do seu desenrolar natural. De certo modo, é necessário 'aprender a dançar' com os nossos clientes. Assim, de acordo com Corey e colaboradores (1983, p. 24), «introduzir uma técnica para fazer com que as coisas evoluam é ignorar o óbvio e impor uma dinâmica prematura para o grupo ou estranha ao carácter do grupo... em vez disso, ao introduzir uma técnica que enfatize e esclareça o que

---

está acontecendo, favorecemos o processo, em vez de nos intrometermos nele. Nesse caso, a técnica completa o processo e não o ignora».

No entanto, a mudança não se faz apenas com base nas técnicas, advém sobretudo do suporte no relacionamento com o terapeuta e entre os elementos do grupo. Da mesma forma que muitos dos comportamentos inadaptados dos membros do grupo nasceram de uma relação com falhas, também é possível que novos comportamentos, mais funcionais, sejam cimentados através de um novo modelo de relação. Será a qualidade da relação que ditará, aduzida à sensibilidade do terapeuta, o momento de usar determinada técnica. «Fazer um ataque às defesas, sem levar em conta a importância delas para a manutenção do equilíbrio, é expor o cliente a um dano psicológico...» (Corey et al., 1983, p. 26). Por outro lado, o uso das técnicas pode, muitas vezes, mascarar a qualidade da relação entre os membros do grupo e o terapeuta. Consequentemente, as qualidades pessoais e a filosofia de vida do líder são mais importantes e poderosas do que as técnicas, no que se refere ao facilitar dos processos do grupo. Neste sentido, o terapeuta deve prestar atenção a si próprio, confiar na sua intuição e ser autêntico, visto as técnicas serem recebidas à luz das atitudes dos dinamizadores que as empregam (Corey et al., 1983; Egan, 1986). Em suma, as técnicas são valiosas e importantes, mas devem ser usadas com cautela (Corey et al. 1983; Yalom, 1985, 2005; Lima, 2013, 2011). Se o terapeuta tiver uma formação sólida, e experiência supervisionada de grupo, a sua própria terapia e respeito pelos clientes, não é provável que venha a abusar das técnicas (Corey et al., 1983). Os terapeutas de pessoas mais velhas beneficiam, ainda, em ser mais flexíveis (e.g., dar comida ao paciente, ajudá-lo a telefonar, fomentar as relações fora do grupo) e mais ativos e participativos (e.g., falam deles próprios, exemplificam...) (Knight, 2004; Lima, 2004, 2013).

A escolha de que técnica usar é, muitas vezes, ditada pelo enquadramento conceptual e personalidade do terapeuta, bem como pela relação com as pessoas com quem vai trabalhar (há uma variabilidade imensa de possibilidades, em função da idade, finalidade e nível de funcionamento do paciente; por exemplo, a utilização de animais com pessoas com demência; Crowley-Robinson, Fenwick, & Blackshaw, 1996). Não obstante, o terapeuta deve, recorrentemente, questionar-se sobre a adequação de determinada técnica aos elementos do grupo que está orientar. Depende das técnicas o nível de explicação a dar aos clientes sobre as mesmas, porém, é importante indagar da vontade dos clientes participarem, bem como de eventuais resistências que possam manifestar-se. Não é papel do terapeuta resolver os problemas, mas criar as condições para que as pessoas descubram, por si mesmas, as soluções para as dificuldades com que lutam – as técnicas intensificam experiências, geram informações, dão oportunidade aos clientes de expressarem os seus sentimentos e de estabelecerem conexões entre a vivência proporcionada pela técnica e a sua realidade.

A «imagem negativa dos grupos resulta do abuso das técnicas que substituíram aquilo que um grupo fundamentalmente é - um campo para a interação humana autêntica e interessada» (Corey et al., 1983, pp. 64-65). Neste sentido, as técnicas não devem ser encaradas como truques, mas ferramentas a serem usadas em prol das necessidades dos clientes.

A análise da contratransferência do terapeuta ('como me sinto com o que disse o cliente/grupo? O que significa para mim?') torna-se crucial numa relação que é, frequentemente, regulada por mudanças pouco usuais no contexto terapêutico, como é o caso de muitas intervenções com pessoas mais velhas, por exemplo, o cliente estar acamado (Genevay & Katz, 1990; Altschuler & Katz, 1999). Contudo, a transferência e a contratransferência, que dependem das relações prévias, podem levar ao impasse terapêutico e à resistência ao tratamento (Knight, 2004). Os tabus e a complexidade dos contextos institucionais podem tornar a gestão desta dinâmica um desafio. Neste sentido, o terapeuta tem a responsabilidade de examinar os seus preconceitos, em relação à idade e ao género, bem como eventuais crenças ou conflitos com os seus pais e avós. Se tal não acontecer, está a limitar as possibilidades de ajudar os clientes a desenvolverem-se. De um modo geral, o terapeuta ficará bloqueado onde costuma ter dificuldades, enquanto pessoa (Perls, 1976).

Quando os clientes são considerados especialistas das suas próprias vidas, sentem-se mobilizados e encorajados a usarem os seus recursos, em direção aos seus objetivos (Smith, 2006) e a serem agentes ativos e interventivos no seu próprio processo de mudança (Christopher, Christopher, Dunnagan & Schure, 2006; Smith, 2006; Lima, 2010). Esta perspetiva sobre os clientes, dotados de um repositório de recursos, ao invés de serem vistos como uma confluência de problemas, favorece a aliança terapêutica.

## Conclusões

Na promoção da qualidade de vida das pessoas de idade avançada, a disponibilidade de uma panóplia de possibilidades terapêuticas é fundamental em face dos problemas e dificuldades vários, da diversidade de perfis de personalidade (Lima & Abigail, 2011; Lima, 2012), e de necessidades e desejos múltiplos das pessoas na última fase do seu ciclo de vida.

Neste sentido, inúmeras terapias psicológicas (e não só) têm vindo a evidenciar a sua eficácia no apoio a pessoas mais velhas. O movimento crescente de tornar a gerontopsicologia e a gerontopsiquiatria essencialmente uma 'especialidade do cérebro' (*brain specialty*), assente em modelos biológicos e sociais de intervenção (*biological and social-care models*), só pode ser contrariada com a iniciativa dos clínicos em fazerem formação, supervisão e ganharem experiência em terapias psicológicas como o núcleo central do seu trabalho, num movimento positivo de dotar todos os técnicos da capacidade de compreender cada pessoa como uma totalidade biopsicossocial (Hepple, 2004). Neste

processo, de dar protagonismo à 'relação', sublinha-se também a dimensão axiológica do ser humano e as suas qualidades de aprendizagem ao longo de todo o ciclo de vida, independentemente das condições e contextos.

De entre as abordagens existentes, a intervenção em grupo apresenta, como vimos, inúmeras vantagens no trabalho com pessoas mais velhas a residir na comunidade ou em contexto institucional. Este facto implica que todos os profissionais envolvidos tenham formação pessoal nas técnicas/abordagens que vão utilizar e que façam supervisão regular.

O foco na relação, no 'encontro' que o grupo proporciona (na expressão moreniana), permite a atualização de alguns dos princípios, mais do que confirmados pela investigação, que recorrentemente, devido a vicissitudes burocráticas várias, tendemos a esquecer, a saber: a importância da humanização dos nossos serviços educativos e de saúde; a importância de conferir poder e responsabilização pessoal nos processos individuais de desenvolvimento, educação e saúde; o permitir o florescimento humano.

## Referências

- Aday, R. H., & Aday, K. L. (1997). *Group work with the elderly: An annotated bibliography*. Westport, CT: Greenwood.
- Altschuler, J. & Katz, A.D. (1999). Methodology for discovering and teaching countertransference toward elderly clients. *Journal of Gerontological Social Work, 32*(2), 81-93.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2008). The fascination of wisdom. Its nature, ontogeny and function. *Perspectives on psychological science, 3*(1), 56-64.
- Birren, J., & Deutchman, D. (Eds.). (1990). *Guiding Autobiography Group for Older Adults: Exploring the Future of Life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buber, M. (2008). *I and Thou*. Amazon. USA.
- Bush, S. S. (2008). *Geriatric mental health ethics: A casebook*. New York: Springer.
- Chiu, R. K. (1999). Relationship among role conflicts, role satisfaction and life satisfaction: Evidence from Hong Kong. *Social Behavior and Personality, 26*, 409-414.
- Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T., & Schure, M. (2006). Teaching Self-Care Through Mindfulness Practices: The Application of Yoga, Meditation, and Qigong to Counsellor Training. *Journal of Humanistic Psychology, 46*, 494.
- Corey, G. et al. (1983). *Técnicas de grupo*. Rio de Janeiro: Zaha.
- Corey, G. (1999). *Theory and practice of counselling and psychotherapy* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Crowley-Robinson, P., Fenwick, D., & Blackshaw, J. (1996). A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. *Applied Animal Behaviour Science, 47*, 137-148.
- Duffy, M. (1999). *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dornelles, A. (2010). *Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- Egan, G. (1986). *The Skilled Helper: A Systematic Approach to Effective Helping* (3rd Ed.). Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.
- Espenak, L. (1981). *Dance Therapy: Theory and Application*. Springfield: Thomas Books.
- Feil, N. (1999). Current Concepts and Techniques in Validation method. In M. Duffy (Ed.) *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Older Adults*, (pp 590-615). New York: John Wiley & Sons.
- Fernandes L. (2006). A Psicossomática do Envelhecimento. In H. Firmino, L. Cortez Pinto, A. Leuschner, J. Barreto J (Eds.). *Psicogeriatría* (pp. 69-82). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Fatores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça* (pp.133-151) Coimbra: Coimbra Editora.

- Ferreira-Alves, J. (2005) Abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense de maus-tratos. In R. Abrunhosa Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 319-342). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*. CHPL - Hospital Júlio de Matos, 3, 129-139.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, D., Lima, M. P., & Sousa, L. (2009). Os "Pacientes esquecidos": satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*, 12 (1), 97-112.
- Foster, R.P., & Foster, J.R. (1989). Group therapy with geriatric patients. In D. Halperin (Ed.), *Group psychodynamics: New paradigms and new perspectives* (pp. 297-310). Year book medical publishers, inc. USA.
- Frazer, D. W., Hinrichsen, G. A., & Jongsma, A. E. (Eds.). (2011). *The older adult psychotherapy treatment planner*. New York: Wiley.
- Gazda, G., & Pistole, C. (1985). Life skills training: A model. *Counselling and Human Development*, 19, 1-7.
- Genevay, B., & Katz, R.S. (Eds.). (1990). *Countertransference and older clients*. CA: Sage Publications, Inc.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Glicken, M. (2009). *Evidence-Based Counselling and Psychotherapy for an Aging Population*. San Diego: Elsevier.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110.
- Greenberg, T. (2009). *Psychodynamic Perspectives on Aging and Illness*. New York: Springer.
- Halperin, D. A. (1989). *Group psychodynamics: new paradigms and new perspectives*. New York: Year Book Medical Publishers.
- Hakim, R. M., Newton, R. A., Segal, J. & DuCette, J. P. (2004). A Group Intervention to Reduce Fall Risk Factors in Community Dwelling Older Adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 22(1), 1-20.
- Haley, J. (1999). *Problem-Solving Therapy* (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 371-377. doi: 10.1192/apt.10.5.371
- Johnson, D. R., Forrester, A., Dintino, C., James, M., & Schnee, G. (1996). Towards apoor drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 23(4), 293-306.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd Ed.). New York: Sage.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leszcz, M. E. (1992). The interpersonal approach to Group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42(1), 37-62.
- Levine, B. & Schild, J. (1969). Group treatment of depression. *Social work*, 14, 46-52.
- Lichtenberg, P. A., & Duffy, M. (2000). Psychological assessment and psychotherapy in long-term care. *Clinical Psychology Science & Practice*, 7(3), 317-328.
- Lima, M. P. (2004). Como posso não me perder com tantas perdas. *Psicologica*, 22, 133-145.
- Lima, M. P. (2008). Counselling older adults with family issues: forgiving and empowering. In L. Sousa (Ed.). *Families in later life: emerging themes and challenges* (pp.75-96). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimentos*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P. (2011). Intervenção em grupo com pessoas idosas. In P. M. Matos, C. Duarte & M.E. Costa (Coords.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp.229-242). Porto: LivPsic.
- Lima, M. P. (2012). A arquitetura incompleta da personalidade na velhice. In Ó. Ribeiro & C. Paúl (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 129-140). Porto: Lidel.
- Lima, M. P. (2013, 3ª edição atualizada e revista). *Posso participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para pessoas idosas*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Lima, M.P.; Costa, J.J.; Silva, C.; Maia de Carvalho, M.; Simões, P. (2013). Promoção do bem-estar num grupo de desenvolvimento pessoal através da aplicação de uma intervenção baseada nos princípios do mindfulness. *Revista Iberoamericana de Gerontologia*, 2, 38-51.
- Lima, M. P., & Abigail (2011). *Posso ser? Personalidade e envelhecimento*. Coimbra: Minerva.
- Linden, M. E. (1954). The significance of dual leadership in gerontologic Group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 262-73.
- Linden, M. E. (1953). Group psychotherapy with institutionalized senile women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, 150-270.
- Linden, M. E. (1955). Transference in Gerontological Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 61-79.
- Marziali, E., & Donahue, P. (2006). Caring for Others: Internet Video-Conferencing Group Intervention for Family Caregivers of Older Adults with Neurodegenerative Disease. *The Gerontologist*, 46(3), 398-403.

- Moreno, Jacob, L. (1934). *Who shall survive?: A new approach to the problem of human interrelations*, Washington, DC: Nervous & Mental Disease Publishing.
- Oliveira, A. L. (2011). Desenvolver a auto-eficácia para os cuidados de saúde de pessoas seniores: Construção de uma escala no âmbito do projecto europeu PALADIN. In A. B. Lozano et al. (Eds.), *Libro de actas do XI Congreso Internacional Galego-Português de Psicopedagogía*, (pp. 447-455). Coruña: Universidade da Coruña.
- Oliveira, A., Lima, M. P., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: um estudo exploratório com treino em Mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45 (1), 121-139.
- Oliveira, J., & Lima, M. (2011). Terapia de Esperança: Uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados. *Psicologia, Educação e Cultura*, 15 (2), 229-244.
- Perls, F. S. (1976). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books.
- Pratt, J. H. (1907). The class method of treating consumption in the homes of the poor. *Journal of the American Medical Association*. 49, 755-759.
- Riley, K., & Carr, M. (1989). Group Psychotherapy With Older Adults: The Value of an Expressive Approach. *Psychotherapy*, 26, 366-371.
- Ribeiro, L., & Lima, M. (2012). *Positividade. Impulso Positivo*: Porto.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, C. (1970). *On Encounter Groups*. New York: Harrow Books.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Saiger, G. M. (2001). Group psychotherapy with older adults. *Psychiatry*, 64 (2), 132-145.
- Shapiro, J.L. (1978) *Methods of Group Psychotherapy and Encounter: A Tradition of Innovation*. Itasca, Illinois: Peacock Publishing.
- Shyam, R. & Yadev, S. (2006). Indices of well-being of older adults: a study amongst institutionalized and non-institutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 21(3), 79-94.
- Silver, A. (1950). Group therapy with senile psychotic patients. *Geriatrics*, 5, 147-50.
- Smith, E. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist*, 34, 13-79.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Delta.
- Wetherell, J. L. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), Feb 2003, 31-40.
- Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J., Krajcik, S., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B., Stratton, D., & Dieppe, P. (2006). "Tu" or "Vous?" A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education and Counseling*, 61, 363-371.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (3rd Ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (5rd Ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2008). *De olhos fixos no sol*. Parede: Saída de Emergência.
- Yang, J. A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.
- Zarit, S.H. & Knight, B.G. (Eds.), (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington: American Psychological.



## Group intervention with elderly people: The importance of the relationship

### Abstract

*The slow development of intervention and psychotherapy with older people in Portugal is due to many factors, among which stands out ageism and the predominance of biological development models. Effectively, the public awareness on discrimination against people based on age is poor and the choice of development models that guide our practice and intervention depends largely on training and technical expertise - domains where there is still a long way to go in Portugal.*

*This paper presents an overview of historical, conceptual and practical aspects of group intervention in old age underlining the importance of the therapeutic relation (rapport) to the effectiveness of this type of intervention.*

### Keywords

Group Intervention, psychotherapy, therapeutic relation, old age.

*Received: 17.08.2014*

*Revision received: 18.11.2014*

*Accepted: 03.12.2014*