

Psicoterapia na idade adulta avançada

HELDER REBELO (*)

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população com mais de 65 anos de idade aumentou consideravelmente (tanto em termos absolutos como em termos relativos), dando origem a um novo campo de reflexão, investigação e intervenção. Trata-se de um fenómeno de tal forma expressivo que alguns autores afirmam que vivemos na época dos ‘gerontic boomers’ (Lima, 2004a). De facto, para um número cada vez maior de pessoas, a terceira idade representa cerca de um terço da totalidade do tempo das suas vidas; circunstância que tem conduzido a inúmeras transformações sociais e, conseqüentemente, a uma organização dos serviços de saúde que permitam o enquadramento de respostas às novas necessidades.

No que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, os psicólogos clínicos depararam-se com uma nova área de intervenção, sendo hoje consensual a importância da integração dos psicólogos nas equipas multidisciplinares que trabalham nas unidades de geriatria dos hospitais gerais e especializados. A Associação Americana de Psicologia, reconhecendo as circunstâncias especiais que envolvem a prática profissional com este sector populacional, publicou recentemente um documento que define as principais linhas de actuação do psicó-

logo – *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults* (2004). Dentro das diferentes alíneas que compõem o documento, uma delas reconhece especificamente a importância do trabalho psicoterapêutico com adultos seniores – “*estas intervenções podem incluir técnicas individuais, de grupo, conjugais e familiares [...] exemplos de intervenções frequentemente usadas com esta população incluem revisão de vida e trabalho das reminiscências, trabalho de luto, psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada, terapias expressivas para aqueles(as) com maiores dificuldades de comunicação, métodos para a promoção das competências cognitivas e programas psico-educativos orientados para os idosos, membros das suas famílias e/ou outros cuidadores*” (APA, 2004: 249).

Propomo-nos, então, descrever os principais modelos psicoterapêuticos na idade adulta avançada¹. Para o efeito, descrevemos, inicialmente, os aspectos psicossociais que definem esta etapa do desenvolvimento e, posteriormente, as indicações e características dos diferentes modelos de intervenção psicológica que dominam a literatura da área.

(*) Psicólogo e Terapeuta Familiar. E-mail: helder_rebelo@sapo.pt

¹ Ao longo do texto vão surgir como sinónimos as palavras idoso(s), adulto(s) na idade avançada ou adulto(s) sénior(es).

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural, inevitável e contínuo. São numerosos os estudos que se debruçam sobre os processos biológicos, psicológicos e sociais associados ao envelhecimento. De acordo com Birren e Schaie (cit. in Lima, 2004a: 134) “*existem três concepções teóricas diferentes sobre a natureza da velhice. Uma perspectiva, encontrada em muitos estudos psiquiátricos, que encara a terceira idade como um período de perdas [...] na área da psicologia social e da personalidade encontramos descrições abertamente positivas sobre o processo de envelhecimento [...] uma posição intermédia é a proposta pelos estudos dos proponentes do modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, que aceitam a existência de um desenvolvimento com aspectos positivos e negativos. Encontrando alguns indivíduos, sobretudo perdas, enquanto noutros, ganhos*”. Independentemente dos modelos teóricos, a maioria das representações sociais sobre a velhice estão globalmente povoadas por atribuições negativas, sendo frequente encontrarmos discursos onde o idoso surge como ser frágil, dependente, pobre, assexuado, infantil e esquecido.

Contudo, e tal como acontece noutras etapas do ciclo vital, “*a velhice é um tempo de exposição a acontecimentos de vida e a transições – cada um(a) reunindo em si mesmo(a) riscos e oportunidades para o desenvolvimento psicológico –, mas também como um tempo de implementação de estratégias de confronto e de resolução dos desafios que o decorrer do curso de vida vai lançando ao potencial adaptativo de cada indivíduo*” (Fonseca, 2005: 223).

Assim, se é verdade que o envelhecimento arrasta consigo perdas no plano biológico, psicológico e social, não podemos deixar de registar os ganhos quando esta etapa é vivida de forma a capitalizar todas as aprendizagens ocorridas em estádios anteriores do desenvolvimento (Costa, 1998; Fonseca, 2005; Lima, 2004a; Zarit & Knight, 1996). Com efeito, quando pensamos a terceira idade e conseguimos integrar os ganhos e as perdas associadas a esta etapa, podemos-nos questionar se esta transição constitui em si mesma um foco de stresse quantitativamente diferente daquele que caracteriza uma qualquer outra transição do ciclo vital. Todas as transições de vida colocam o sujeito perante o risco e a oportunidade de mudança, não se devendo

atribuir à velhice um risco acrescido; por outro lado, a vivência destas transformações são de natureza individual e influenciada pelo contexto de vida, sendo, por isso mesmo, o envelhecimento um fenómeno universal, mas profundamente heterogéneo (Ferreira-Alves, 1997; Fonseca, 2005; Knight, 1996). Deste modo, e de acordo com os autores anteriormente citados, a gerontologia tem evidenciado que o envelhecimento é uma experiência mais positiva do que a sociedade ocidental pressunha que fosse.

Com o prolongamento da esperança média de vida, os autores têm tido a necessidade de incluir novos estádios do desenvolvimento, na medida em que a terceira idade é, para a maioria dos indivíduos, um período relativamente longo. Erikson, por exemplo, considerou que a última etapa do ciclo vital seria aquela em que o sujeito teria uma maior necessidade de interioridade, sendo que o idoso conseguiria a integridade do ego se fosse capaz de integrar imagens do passado através da aceitação do sentido vital, tornando-se mais capaz de compreender os outros; caso contrário, seria uma etapa marcada pelo desespero. Contudo, numa revisão póstuma do texto original de Erikson, a esposa e o seu colaborador Joan, acrescentaram um nono estádio, pautado por uma capacidade de transcendência e de observar a realidade a partir de uma meta-perspectiva. Desta forma, os autores acreditam que após uma plena integração do ego, o adulto sénior ultrapassa o período de excessiva concentração em si mesmo (durante a qual faz o balanço e revisão de vida) e passa para um plano de reflexão permanente – de sabedoria (Brown & Lewis, 2003).

Dentro da diversidade de propostas de conceptualização dos processos de envelhecimento, consideramos o modelo contextual, baseado na geração e no desafio específico à maturidade² de Knight (1996: 17-34) bastante integrador. O idoso, apesar de ser confrontado com os desafios mais complexos da vida humana (ajustamento à doença crónica, défices e perdas), é, comparativamente aos mais novos, um indivíduo mais maduro. Assim, a compreensão do processo de envelhecimento individual deve integrar quatro componentes:

- *Elementos da maturidade* – a investigação encontrou resultados que permitem aceitar

² Tradução efectuada por Ferreira-Alves (1997: 395).

- a existência de estruturas de raciocínio pós-formal (pensamento dialéctico, capacidade para aceitar diferentes pontos de vista, apreciação dos factos em função do contexto), bem como, uma maior complexidade emocional (aumento da interioridade) e uma competência acrescida no relacionamento interpessoal;
- *Efeito geracional* – o período histórico em que se nasce e se vive marca o modo como se vive o presente; quem faz intervenção psicológica com idosos tem que estar preparado para integrar estas diferenças (o terapeuta tem que estar preparado para fazer uma aprendizagem sobre como era crescer antes de nascer);
 - *Contexto social* – os contextos sociais de inserção determinam os modos de vida e são responsáveis pela grande diversidade dos processos de desenvolvimento e, consequentemente, dos processos de envelhecimento; por isso, é muito importante percebermos o(s) contexto(s) em que o sujeito vive(u). O contexto social oferece algumas pistas para podermos compreender a postura que um determinado indivíduo tem perante um dilema;
 - *Mudanças específicas da idade adulta avançada* – aspectos relacionados com doenças crónicas, défices e perdas.

Deste modo, “*se é ingénuo considerar que o avanço na idade está imune às perdas, é importante reter que o envelhecimento também comporta ganhos e que o confronto com novas circunstâncias de vida que se abrem na velhice pode inclusivamente levar ao amadurecimento [...] manutenção de um self em desenvolvimento como tarefa desenvolvimental desta fase da vida. Enquanto produto da interacção entre um organismo biológico e um contexto socio-histórico, o desenvolvimento psicológico na velhice parece estar associado e ser equivalente à manutenção de um sentido de continuidade, integridade e identidade. [...] Numa lógica de ganhos e perdas desenvolvimentais, a optimização do desenvolvimento e o envelhecimento bem sucedido não podem ser encarados apenas em termos de procura de ganhos e evitamento de perdas, sendo necessário considerar as formas por meio das quais as pessoas respondem às divergências entre os resultados desenvolvimentais desejáveis e a trajectória efectiva das suas vidas*” (cit. in Fonseca, 2005: 230-232).

3. MODELOS PSICOTERAPÊUTICOS NA IDADE ADULTA AVANÇADA

3.1. *Dos mitos à criação de espaços de escuta para os idosos*

Durante muito tempo acreditou-se que os idosos não poderiam beneficiar das abordagens psicoterapêuticas (Areán, 2003; Kennedy & Tanenbaum, 2000; Teri & Logsdon, 1992; Zarit & Knight, 1996). Freud, por exemplo, considerava que a psicanálise seria impossível na segunda metade da vida – “*os mais velhos não estão acessíveis aos métodos terapêuticos... a quantidade de material que teríamos que trabalhar tornaria o processo indefinido*” (cit. in Yesavage & Karasu, 1982: 41) –, contudo, alguns autores acreditam que parte das resistências à intervenção analítica com adultos seniores residia no facto de ele próprio se angustiar com o envelhecimento, acreditando que ia morrer cedo (Cohler, 1998).

Parece ter havido um afastamento mútuo entre terapeutas e idosos. Por um lado, tendo por base uma suposta rigidez das estruturas mentais e o declínio cognitivo associado ao envelhecimento, os adultos mais velhos foram considerados inaptos para o tratamento psicoterapêutico. Por outro, os idosos, que cresceram num contexto sócio-cultural relativamente hostil às psicoterapias, mantêm alguma resistência na procura deste tipo de serviços. Num estudo recente, Walker e Clarke (2001) revelam que apesar da eficácia comprovada das intervenções psicoterapêuticas nesta faixa etária, um número significativo dos clínicos gerais e psiquiatras continua a considerar a psicofarmacologia como o tratamento de primeira linha.

Com o crescente envelhecimento populacional, começaram a ser criados serviços de saúde que prestam cuidados a esta faixa etária (unidades de geriatria) e que organizam o seu trabalho em torno de equipas multidisciplinares. Nestas equipas, os psicólogos clínicos, para além das tarefas de avaliação e psicodiagnóstico, começaram a criar espaços de apoio psicoterapêutico individual e/ou de grupo; inicialmente, apenas para indivíduos internados e, posteriormente, em regime ambulatorio (Zeiss & Steffen, 1996). Assim, vários autores destacam que os espaços de escuta terapêutica dirigidos à população idosa devem ter em consideração aspectos **centrados no terapeuta** (o trabalho com idoso deve

ser encarado como um desafio; conhecimentos aprofundados sobre a psicologia do desenvolvimento desta etapa do ciclo de vida; realizar trabalho pessoal que envolve as concepções pessoais sobre a velhice e envelhecimento, nomeadamente, aqueles terapeutas que apresentam representações muito negativas sobre esta etapa do ciclo de vida; aceitar modelos de mundo diferentes dos apresentados pelos clientes mais novos; estar preparado para identificar e reconhecer as semelhanças entre os modos de pensamento dos indivíduos, independentemente da sua idade cronológica) e **centrados no setting** (a duração e frequência das sessões deve ser mais flexível; socializar o doente ao *setting* terapêutico; os idosos são particularmente receptivos a terapias breves e focalizadas na resolução de problemas, donde nos parece importante sublinhar a necessidade de definir os objectivos terapêuticos e clarificar expectativas desajustadas; maior abertura à integração ou contacto com familiares no decurso do processo terapêutico; o processo terapêutico deve reforçar a independência do indivíduo, sempre que seja possível; na sequência de situações em que o declínio mnésico começa a ser evidente é possível que o paciente conte várias vezes um mesmo episódio) (Kennedy & Tanenbaum, 2000; Nordhus & Nielsen, 1999; Teri & Logsdon, 1992; Wheelock, 1997).

Relativamente aos temas, é recorrente que nas consultas de psicoterapia com adultos seniores surjam conflitos relacionados com transformações da estrutura familiar, mudança de papéis, ansiedade face ao envelhecimento e à morte, luto, falhas narcísicas e medo de dependência, bem como, questões associadas ao declínio cognitivo. Independentemente das características comuns que os idosos têm entre si, é importante não esquecer que a psicoterapia na idade adulta avançada tem que fazer a integração entre as questões desenvolvimentais que definem esta transição de vida e a diversidade/heterogeneidade inerente a todos os processos de desenvolvimento (Teri & Logsdon, 1992).

3.2. *Psicoterapias de inspiração psicanalítica*

As psicoterapias psicanalíticas conheceram avanços importantes nas últimas décadas, nomeadamente, no que diz respeito à flexibilização do *setting* terapêutico. Karl Abraham foi o primeiro psicanalista a contrariar a interdição do tratamento analítico

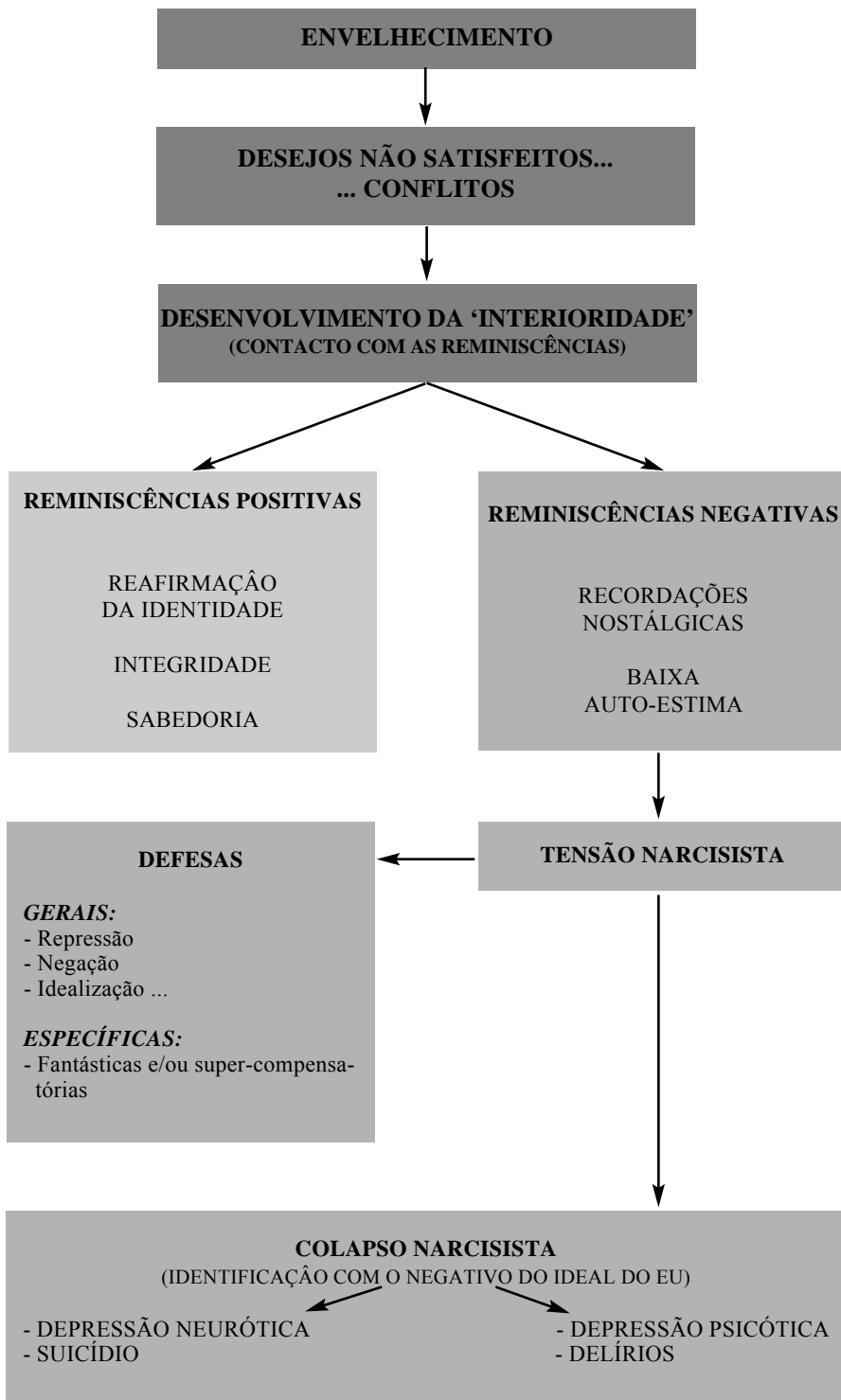
em candidatos na idade adulta avançada – “[...] na minha prática profissional já tratei um número significativo de neuroses crónicas em pessoas com mais de quarenta e cinquenta anos de idade [...] tinha a confiança de que se não os conseguisse tratar, essas pessoas teriam, pelos menos, uma oportunidade de se conhecerem melhor. Para minha surpresa um número considerável de casos reagiram muito favoravelmente ao tratamento. Devo acrescentar que algumas destas curas representam os casos com melhores resultados” (1919, cit. in King, 1973: 24-25). Deste modo, apesar de se manter alguma controvérsia sobre os benefícios das psicoterapias de inspiração psicanalítica nos adultos seniores, consideramos que existem dois grandes argumentos que podem tornar estas abordagens terapêuticas bastantes úteis: os mais idosos estão, geralmente, mais disponíveis para processos introspectivos, bem como, mais capazes para efectuarem uma revisão da sua história de vida, com a atribuição de novos significados (Cohler, 1998).

Numa leitura psicodinâmica, a manutenção da auto-estima e o reforço do narcisismo são aspectos fundamentais no trabalho clínico com idosos. Elisabeth Costa (1998) refere que quando o sujeito se dá conta que não consegue obter a satisfação dos seus desejos (em virtude dos défices que vai acumulando), entra em conflito e acaba por retraindo-se do contacto com o mundo externo – por um lado, concentra toda a sua energia em si mesmo, voltando a sua atenção exclusivamente para as suas necessidades, explicando, assim, o aumento do seu narcisismo, e, por outro, aumenta as suas reflexões internas e activa as suas recordações do passado, ou seja, aumento da interioridade.

É possível que alguns indivíduos não consigam fazer uma adequada adaptação à descoberta da sua interioridade. Nestes casos, o passado é trazido por meio de recordações com uma conotação dolorosa e, deste modo, o incremento da interioridade em vez de fazer com que o sujeito relembre factos positivos (que reafirmariam de forma positiva a sua identidade), faz com que dê ênfase aos aspectos negativos (o ideal do eu é representado como algo inatingível). Nalgumas situações mais graves, o sentimento predominante é de desespero e podemos observar uma forte tensão emocional que pode ocasionar o recurso a mecanismos de defesas mais ou menos adaptativos ou, em situações extremas, ao colapso narcisista – quando há uma identificação

FIGURA 1

Processo de envelhecimento de acordo com a perspectiva psicodinâmica (Costa, 1998: 149)



ao pólo negativo do ideal do eu; ou seja, o idoso entende que não conseguiu cumprir os objectivos a que se tinha proposto, experimenta sentimentos de fracasso e angústia (ver Figura 1). Desta forma, as psicoterapias de inspiração psicanalítica estão indicadas para indivíduos que estejam a experimentar dificuldades de ajustamento e que sentem a necessidade de promover o seu auto-conhecimento. São considerados não elegíveis para esta abordagem terapêutica, os sujeitos com perturbações graves da personalidade, na medida em que os pequenos movimentos interpretativos podem desencadear mecanismos de regressão e agravar a sintomatologia pré-existente. Particularmente comuns, e com potencialidades para fazerem uma boa evolução terapêutica, são os pedidos que envolvem as tensões narcísicas (perdas e trabalho de luto, adaptação à reforma, adaptação a uma situação de doença crónica pessoal e/ou de um familiar próximo, medo de ficar física e emocionalmente dependente, medo da morte).

O trabalho clínico decorre numa atmosfera de aceitação incondicional, sendo que o terapeuta adopta inicialmente uma atitude não directiva. Semel (1996) refere que na terceira idade, pelas características desta transição de vida, o adulto encontra-se particularmente vulnerável pelo que não é aceitável que o terapeuta elabore um comentário para o qual o doente não esteja preparado para ouvir. Trata-se, portanto, de uma psicoterapia de apoio e não de um processo analítico clássico. Durante o tratamento o terapeuta deve: (a) escutar e proteger as defesas do indivíduo, fortalecendo o ego; (b) avaliar a forma como a vivência do envelhecimento condiciona ou não os estilos de *coping*; (c) devolver uma imagem reparadora da velhice e do processo de envelhecimento, por contraposição ao espelho social que conceptualiza a velhice e os velhos como um fardo difícil de suportar; (d) aceitar a transferência narcísica, ou pelo menos não a reprimir (sobretudo numa fase inicial do tratamento), ao ponto do sujeito poder ter dificuldade em diferenciar o seu *self* do *self* do terapeuta; (e) estar atento a reacções que possam acusar sentimentos de inferioridade e declínio por parte do sujeito, que devem ser rapidamente cuidadas, sob pena do terapeuta ser sentido como um cuidador abandonado; movimentos de competição e rivalidade (muito comuns entre os sujeitos que experimentam dificuldades na adaptação à reforma); apelo a um espelho que seja reparador da auto-imagem (dificuldades em aceitar uma

imagem envelhecida podem favorecer, num contexto de suporte terapêutico, uma erotização da relação terapêutica); (f) propor a revisão da história de vida, sempre que esta ferramenta terapêutica se revele útil (Cohler, 1998; Evans, 1998; Kennedy & Tanenbaum, 2000; King, 1973; Nordhus & Nielsen, 1999; Semel, 1996; Wheelock, 1997).

As orientações clínicas anteriormente expostas mostram que as psicoterapias de inspiração analítica oferecem um importante contributo, não só no que diz respeito à compreensão do fenómeno do envelhecimento, mas também na intervenção psicológica na idade adulta avançada. Deste modo, a prática psicanalítica contemporânea não se resume à análise e interpretação da história dos acontecimentos precoces, mas integra a forma como o sujeito resolve e se adapta às diferentes tarefas que marcam a vida adulta. Mesmo para os terapeutas que não se revêem no modelo psicanalítico, julgamos muito úteis as considerações clínicas em torno das especificidades do processo de transferência e contra-transferência nesta faixa etária.

3.3. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*

Os modelos cognitivo-comportamentais são muito populares na intervenção com idosos. Não só porque se têm revelado muito eficazes na redução da sintomatologia psíquica e no aumento da satisfação com a vida, mas também porque nunca apresentaram as tensões que caracterizaram outros movimentos terapêuticos; e, ainda, porque reúnem um conjunto alargado de propostas terapêuticas, incluindo as psicoterapias interpessoais, centradas nos esquemas e revisão de vida/reminiscências (Areán, 2003; Gallagher-Thompson & Thompson, 1986; Hyer e colaboradores, 2004; James, 2003; Kennedy & Tanenbaum, 2000; Lee e colaboradores, 2003; Miller & Silberman, 1996; Teri & Logsdon, 1992; Yesavage & Karasu, 1982; Zeiss & Steffen, 1996). De acordo com Knight (1996), como as terapias cognitivo-comportamentais estão envolvidas num clima de optimismo e mudança, estas abordagens podem ser muito úteis para os idosos; estando indicadas sobretudo para quadros depressivos, perturbação do sono, disfunções sexuais e ansiedade.

Comparativamente com outros modelos, as terapias cognitivas e comportamentais são aquelas que, em nosso entender, propõem o menor número de adaptações às intervenções especificamente destinadas a adultos com idade avançada. Deste modo,

a conceptualização do tratamento com idosos seguem as mesmas orientações que são utilizadas com clientes noutras etapas do ciclo vital, ou seja: (a) avaliação multidimensional dos comportamentos, emoções e cognições, (b) estabelecimento de relações funcionais entre meio, comportamento, emoções e cognições – construção hipotética da organização e funcionamento do cliente –, (c) definição das áreas problemáticas a intervir. Relativamente às estratégias de intervenção, a maioria dos autores inspira-se no modelo de terapia cognitiva de A. Beck, centrando a sua intervenção no aqui e agora, fazendo uso de questionários de auto-preenchimento e registos escritos, confronto de distorções cognitivas, treino de competências e proposta de trabalhos de casa (Gallagher-Thompson & Thompson, 1996; Hyer e colaboradores, 2004; James, 2003; Teri & Logsdon, 1992; Yesavage & Karasu, 1982; Zeiss & Steffen, 1996). Gallagher-Thompson e Thompson (1996) reconhecem, ainda, a importância de integrar no decurso do tratamento técnicas comportamentais, tais como, treino de relaxamento e prescrição de tarefas a que o idoso associe a obtenção de satisfação. Nos casos em que os sintomas se encontram associados a modos de funcionamento mais prolongados no tempo ou mais impregnados numa estrutura de personalidade desajustada, o indivíduo poderá beneficiar de um modelo terapêutico que identifica e trabalha directamente sobre padrões de funcionamento – terapia centrada nos esquemas (James, 2003; Miller & Silberman, 1996).

Tal como acontece com indivíduos mais novos, o grande desafio terapêutico deste tipo de abordagem passa pelo ensino e treino de competências cognitivas e comportamentais que permitam atingir um melhor nível de desempenho perante situações ou áreas em que o indivíduo revela fragilidades. Contudo, como sugere Hyer e colaboradores (2004), as psicoterapias na idade adulta avançada devem suavizar as expectativas relativas à aprendizagem de novos comportamentos. Zeiss e Steffen (1996), fazem notar que a maior parte dos idosos atravessaram e ultrapassaram momentos complicados ao longo das suas vidas, sendo que a partir do trabalho de recordação sobre as estratégias utilizadas nesses períodos, é possível procedermos à actualização de competências previamente aprendidas. Assim sendo, a abordagem cognitivo-comportamental sugere: (a) reforçar a importância de uma relação terapêutica colabora-

tiva, de forma a que o idoso se sinta valorizado; (b) definir um contrato terapêutico esclarecido, incluindo a desmistificação de crenças associadas aos processos terapêuticos; informar e educar o cliente sobre as regras da psicoterapia (nomeadamente, a importância de cumprir os trabalhos de casa), explicando a importância da estrutura das consultas, mantendo abertura para negociar; (c) focalização em objectivos mínimos e claros (prévia e continuamente definidos), sendo que a duração da terapia deve estar circunscrita ao cumprimento dos objectivos contratualizados; (d) o terapeuta tem que mostrar uma atitude ainda mais activa, mantendo o foco nos tópicos seleccionados e a estrutura da sessão (a tendência dos idosos é usarem o tempo da terapia para contar histórias, divagar e desistir de cumprir determinadas tarefas importantes); (e) o terapeuta deve ter especial atenção ao ritmo das sessões, à forma como introduz a informação, sendo que pode ser útil a repetição da informação; (f) aumentar o tempo de trabalho de um determinado estímulo, treino com recurso multisensorial (diga, mostre e faça), uso de auxiliares de memória (material audiovisual, trabalhos de casa escritos, bloco de apontamentos), planeamento contínuo das tarefas; (g) recurso a didácticas/estratégias psicoeducativas multisensoriais, apresentar a informação de forma clara, e apresentar o material terapêutico de forma mais lenta; (h) avaliar a forma como a vivência do envelhecimento condiciona ou não os estilos de *coping* (avaliar a auto-estima e ansiedade face ao futuro), valorizando, sempre que possível os aspectos positivos do envelhecimento; (i) permitir a revisão da história de vida e a valorização das reminiscências; (j) o idoso aprende e treina formas mais adaptativas de lidar com as situações que anteriormente desencadeavam mal-estar; (l) fim gradual do processo terapêutico e propor sessões de *follow-up*; (m) manter o trabalho em equipa (é fundamental que a condução de uma psicoterapia com um idoso aconteça no seio de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente, quando o sujeito apresenta problemas físicos de saúde) (Gallagher-Thompson & Thompson, 1986; Hyer e colaboradores, 2004; Kennedy & Tanenbaum, 2000; Lee e colaboradores, 2003; Scholey & Woods, 2003; Yesavage & Karasu, 1982; Zeiss & Steffen, 1996).

Nos últimos anos, para além dos princípios e estratégias que acabamos de descrever, têm sido publicados artigos em que o trabalho clínico com

idosos é descrito com recurso às terapias centradas nos esquemas, psicoterapia interpessoal e, finalmente, psicoterapia baseada nas reminiscências (Bohlmeijer e colaboradores, 2003; Hinrichsen, 1999; James, 2003; Kennedy & Tanenbaum, 2000; Miller & Silberman, 1996). Mantendo as ligações ao *rationale* teórico cognitivo-comportamental, estas abordagens valorizam as dimensões internas e subjectivas do comportamento humano, bem como, o impacto das experiências precoces; instituindo, por isso mesmo, encontros terapêuticos em que são tratados aspectos até então negligenciados pelos terapeutas que seguiam esta orientação.

Deste modo, a psicoterapia centrada nos esquemas desenvolve o trabalho clínico em torno da tomada de consciência dos esquemas pessoais que influenciam o funcionamento mental (estruturas psicológicas desenvolvidas precocemente que interferem na forma como o indivíduo processa e interpreta a informação e, conseqüentemente, no modo como age). O terapeuta procura encontrar os principais temas que compõem a história pessoal do cliente, os acontecimentos que o sujeito elege como mais determinantes e a forma como estes dois aspectos estão integrados no *self*. A partir daqui pode ser possível observar e tratar o padrão de comportamento que justifica as dificuldades de ajustamento apresentadas pelo cliente (James, 2003). No que diz respeito à psicoterapia interpessoal, esta abordagem encontra-se especialmente indicada para indivíduos com depressão reactiva a processos de luto, transição e disputas de papel (ex., conflitos conjugais), défices no relacionamento interpessoal. Trata-se de uma abordagem que tenta corrigir os modelos de relação do doente, conceptualizados como responsáveis pela manutenção da sintomatologia depressiva no idoso (Hinrichsen, 1999; Kennedy & Tanenbaum, 2000; Miller & Silberman, 1996). Relativamente à psicoterapia baseada nas reminiscências, trata-se de uma proposta terapêutica que se tem revelado muito útil na idade adulta avançada, na medida em que o relato das experiências passadas assume um papel determinante no processo, pois é a recordação selectiva e orientada de pequenas histórias vividas que permite a construção de novos significados e a atribuição de um sentimento de coerência e continuidade à vida do idoso (Bohlmeijer *et al.*, 2003; Kennedy & Tanenbaum, 2000). Neste modelo terapêutico é sugerido o uso de fotografias, documentos, escrita autobiográfica, reuniões com amigos e familiares; por forma

a permitir o acesso e a reparação de conflitos anteriores que estejam a bloquear a construção de novos significados.

Como tivemos a oportunidade de mostrar, as psicoterapias cognitivo-comportamentais oferecem um vasto leque de propostas de trabalho clínico com indivíduos na idade adulta avançada. Com efeito, consideramos importante realçar que todos os autores demonstram uma grande preocupação com a validação e eficácia dos modelos, situação que só beneficia o reconhecimento desta actividade nas instituições e serviços que prestam apoio a idosos.

3.4. Psicoterapias de grupo

No último século muitos foram aqueles que se dedicaram ao estudo dos grupos, tanto na sua dimensão estrutural como funcional. O facto dos grupos serem um objecto de estudo partilhado pela psicologia, sociologia e outras ciências sociais proporcionou um número muito considerável de publicações e, ainda, o aparecimento de revistas de divulgação científica que se especializaram no tema. No entanto, tal como acontece com outros objectos de estudo partilhados por diferentes quadrantes científicos, a investigação que se debruçou sobre os fenómenos de grupo cresceu de forma rápida, dispersa e desorganizada, tornando difícil o trabalho de integração do saber (McGrath *et al.*, 2000).

As abordagens terapêuticas em grupo seduziram, desde sempre, os responsáveis pelos serviços e instituições, não só pelas indicações clínicas destes tipo de intervenção, mas também pela possibilidade de rentabilizarem recursos humanos, físicos e financeiros.

O trabalho de grupo com idosos encontra a sua primeira referência em 1950; na década seguinte surgiram outras publicações que relatavam intervenções com indivíduos internados em unidades hospitalares/instituições. Progressivamente, as iniciativas iniciais, marcadas pelo ensaio e erro, evoluíram para modelos com substrato teórico organizado, multiplicaram-se as modalidades de intervenção (grupos de discussão orientada, de suporte, focalizados em objectivos específicos, de reminiscência, de trabalho de luto), sendo este trabalho generalizado a grupos de doentes em ambulatório e/ou indivíduos em centros de dia. Assim sendo, mais do que as vantagens económicas anteriormente destacadas, o trabalho de grupo com idosos permite:

(a) desenraizar a crença de que os nossos problemas são únicos e imutáveis, descobrir pontos em comum e, conseqüentemente, diminuir o isolamento sentido por alguns idosos; (b) instalar a esperança; (c) promover a interação social, aprender novas aptidões relacionais, fomentando a coesão e, conseqüentemente, a aceitação; (d) aumentar a auto-estima através do altruísmo e da empatia (o idoso sente-se valorizado por poder apoiar os outros); (e) desenvolver a aceitação incondicional de si-mesmo; (f) fornecer modelos permitindo o comportamento imitativo; (g) implementar a independência em relação ao técnico; (h) promover o planeamento realista de objectivos; (i) privilegiar a aprendizagem e o treino de várias competências; (j) obter e partilhar informação sobre as mudanças e transições (Lima, 2004b: 27).

Reconhecendo, por um lado, as limitações que se impõem à psicoterapia institucional, e, admitindo por outro, que as intervenções em grupo facilitam a concretização de objectivos terapêuticos que se encontram mais comprometidos nas abordagens individuais, todos os modelos de intervenção psicológica desenvolveram propostas de trabalho de grupo com idosos (Capuzzi & Gross, 1980; Cooper, 1984; Costa, 1998; Evans, 1998; Klausner *et al.*, 1998; Lima, 2004b; Parham *et al.*, 1982; Zimmerman, 1997). Estes autores são unânimes em esclarecer que os grupos com idosos permitem o uso de uma variedade de estratégias terapêuticas e proporcionam, quase sempre, uma melhoria da sintomatologia psíquica e física, bem como, uma maior qualidade de vida. Sugerem, portanto, que o grupo é um espaço contendor de angústias, pode funcionar como um canal de comunicação entre o idoso deteriorado e os familiares (respeitando sempre os princípios de ética), permite ultrapassar os sentimentos de solidão que muitos idosos experimentam e a possibilidade de partilharem preocupações comuns, ou seja, promove a (re)sociação e a construção de novos significados para esta etapa da vida (Cooper, 1984; Zimmerman, 1997).

São múltiplas as aplicações do trabalho de grupo com idosos. Capuzzi e Gross (1980), numa tentativa de agruparem os principais modelos de intervenção com grupos de idosos, encontraram as seguintes metodologias: (a) grupos de reorientação da realidade – destinam-se a indivíduos com declínio cognitivo, recorrem a estratégias psicoeducativas/reabilitação para promover a capacidade de organização espaço-temporal e retardar a deterioração

mental associada aos quadros demenciais; (b) grupos de motivação – esta abordagem terapêutica destina-se a idosos que se encontram muito isolados, com perda de interesse nas actividades quotidianas, com desleixo nas tarefas de auto-cuidado e muito pessimistas em relação ao presente e futuro; trata-se de uma intervenção breve, focalizada na construção de novos interesses (os temas de carácter pessoal e/ou familiar são evitados, dada a natureza muito objectiva deste tipo de programas); (c) grupos de reminiscência – grupos pequenos (habitualmente seis a oito elementos) em que os idosos são incentivados a partilhar memórias passadas, permitindo a diminuição dos sentimentos de privação social, estimulação das competências mnésicas e de comunicação, promoção da auto-estima; (d) grupos específicos – incluem os grupos com familiares, com elementos das equipas que trabalham em unidades de geriatria e/ou grupos de discussão temática orientada para idosos (terapia pela arte, grupos de discussão de literatura, poesia, política, ...); (e) grupos psicoterapêuticos – são grupos cujas sessões seguem um planeamento estruturado e uma relação forte ao rationale do modelo de base.

Relativamente às psicoterapias de grupo, os modelos que melhor têm detalhado a intervenção com idosos são a grupanalise (Evans, 1998), o psicodrama (Costa, 1998; Lima, 2004b), e as terapias cognitivo-comportamentais (Klausner *et al.*, 1998; Scocco *et al.*, 2002). Todos fazem referência a importantes aspectos a ter em conta na clínica da idade adulta avançada:

- A grupanalise, sendo um modelo terapêutico que, contrariamente à psicanálise clássica, valoriza os aspectos do contexto e do aqui e agora, reforça a importância do grupo funcionar como um espelho positivo e os diferentes elementos do grupo terem para si e para os outros um olhar benigno. Os autores sublinham que é comum os idosos incorporarem representações negativas sobre o envelhecimento e, numa primeira etapa do trabalho de grupo, é frequente negarem as perdas e projectarem as representações negativas nos outros. O trabalho interpretativo e de elaboração desbloqueia a resistência ao pensamento e ajuda a planear o futuro. Particularmente importante e intenso é o trabalho sobre a morte quando o grupo perde um dos elementos (Evans, 1998);

- O gerontodrama, mantendo a estrutura terapêutica do psicodrama aplicada aos adultos mais novos, sugere que o idoso tem mais dificuldade na dramatização (nomeadamente aqueles cuja história pessoal está marcada pela restrição do jogo e, conseqüentemente, um empobrecimento na capacidade de fantasiar), imaginação e inversão de papéis, bem como, nos solilóquios. Contudo, Costa (1998: 158) reforça que quando o grupo percebe e domina a técnica, a terapia evolui muito bem; o idoso desenvolve o seu capital afectivo, recupera a espontaneidade, diminui as atitudes automatizadas, promove um alargamento da rede social pessoal e a qualidade dessas relações.
- As terapias cognitivo-comportamentais, tal como referimos para as abordagens individuais, promovem a aprendizagem e o treino de competências, recorrem a sessões estruturadas e didácticas.

O papel dos terapeutas deve facilitar a relação entre os diferentes elementos do grupo, por forma a criar um clima de confiança total, podem ser incluídas actividades lúdicas que permitam a construção da relação. Os terapeutas devem cuidar a linguagem, as regras e fronteiras do grupo, possibilitar o acolhimento e integração de novos elementos e servir de consciência e memória do grupo. Em alguns modelos de intervenção, sobretudo naqueles em que as sessões não são excessivamente estruturadas e onde se sugere o recurso a técnicas expressivas, alguns autores incluem a possibilidade dos elementos do grupo poderem partilhar refeições nas sessões (Capuzzi & Gross, 1980; Lima, 2004b; Parham *et al.*, 1982). Capuzzi e Gross (1980) advertem, ainda, que o trabalho de grupo com idosos deve ter em atenção alguns aspectos: (a) horário (as sessões devem ocorrer durante o período do dia em que os idosos sentem que retiram uma maior produtividade; o final do dia não é o mais adequado porque os idosos têm receio de chegar a casa depois de escurecer); (b) a sala onde decorre o encontro deve ser capaz de manter uma temperatura constante, insonorizada e o mobiliário deve ser ergonómico; (c) os animadores devem ter um papel activo, moderar as participações e devem ser capazes de interpretar reacções de ciúme e/ou tentativa de construção de alianças; (d) o uso de materiais de

apoio deve respeitar as limitações sensoriais dos participantes.

3.5. *Intervenção e terapia com as famílias*

Tal como temos vindo a referir, os acontecimentos que marcaram as últimas décadas da história política e cultural das sociedades ocidentais suscitaram inúmeras transformações sociais, com inevitáveis conseqüências na forma como nos organizamos. No que diz respeito ao sistema familiar, verificamos mudanças significativas no seu funcionamento e na sua estrutura, das quais salientámos: (a) a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida conduziram ao estreitamento e alongamento dos genogramas familiares, ou seja, à verticalização das famílias (Sousa *et al.*, 2004; Qualls, 1996); (b) a possibilidade de (co)existirem três ou quatro gerações no mesmo espaço sugere o cruzamento de várias etapas do ciclo de vida (individual e familiar), bem como, a gestão simultânea de diferentes tarefas desenvolvimentais e acontecimentos de vida (previsíveis e não previsíveis); (c) o contínuo movimento de entradas e saídas de elementos do núcleo familiar – famílias acordeão (Sousa *et al.*, 2004) – exigem uma maior flexibilidade e adaptação ao tempo e espaço familiar; (d) o aumento de novas configurações familiares, aumento da taxa de participação feminina no mundo do trabalho e a mobilidade geográfica das famílias complexifica o apoio que os elementos mais novos podem oferecer aos elementos mais velhos, na medida em que a par de uma menor disponibilidade dos cuidadores informais, surge a valorização da independência e autonomia do núcleo familiar constituído por duas gerações.

Perante estas mudanças, as famílias mostram-se cada vez mais desgastadas com a multiplicidade de exigências internas e externas, com a duplicação de papéis dos diferentes elementos do sistema, com o esgotamento de recursos humanos e materiais. Na resposta a estes novos problemas foram surgindo novas soluções, tanto ao nível informal como formal. Assistimos, portanto, ao desenvolvimento de serviços que respondem a um conjunto de pedidos mais ou menos originais e, sobretudo, a uma classe de clientes que até agora raramente procurava ajuda.

É quase inevitável que as questões familiares surjam no decurso de processo psicoterapêutico individual ou mesmo durante um processo de ava-

liação (neuro)psicológica de um idoso. Uma grande parte das preocupações com que o adulto chega a uma terapia individual envolve outro elemento da família (por exemplo, a distância face aos filhos, desilusão face ao estilo de vida adoptado pelos filhos, depressão, perda de papéis, ansiedade em torno das capacidades de auto-cuidado e segurança). No que diz respeito aos modelos de ajuda psicoterapêutica na idade adulta avançada, a intervenção e a terapia familiar parece ser uma boa opção para situações de crise familiar cujo ‘paciente identificado’ seja um dos elementos mais velhos do sistema ou sempre que a família se mostre preocupada com o processo de envelhecimento, revelando dificuldade em aceder aos recursos internos do sistema (Alarcão, 2002; Benbow *et al.*, 1993; Huckle, 1994; Mitrani & Czaja, 2000; Penn, 2001; Qualls, 1996, 1999, 2000; Sousa *et al.*, 2004; Zarit & Zarit, 1982). Uma família tem indicação para terapia familiar sempre que usa as mesmas estratégias face às diferentes mudanças, mostrando-se ineficazes para resolverem os problemas ou diminuir a ansiedade e stresse dos elementos da família. Qualls (2000: 191) acrescenta “os problemas ocorrem quando a estrutura não desempenha a sua função”. Recordamos, ainda, que segundo a teoria sistémica os períodos de transição interrompem os padrões familiares e oferecem oportunidades de mudança.

De acordo com Qualls (1996), a intervenção ou terapia familiar na idade adulta avançada tem características específicas, que, não a tornando tecnicamente diferente das intervenções terapêuticas propostas noutras etapas do ciclo vital, revestem-se de movimentos compreensivos e interpretativos particulares. Compete, por isso, ao terapeuta, o conhecimento das características funcionais e estruturais dos sistemas familiares com idosos, bem como, treino nas técnicas básicas da entrevista sistémica – questionamento circular, hipotetização, conotação positiva e prescrição. Ao longo do processo, o foco terapêutico oscila entre a observação da capacidade que a família tem para responder às necessidades dos diferentes elementos (os subsistemas devem mostrar-se coesos e flexíveis, bem como, capazes de reconhecerem os constrangimentos associados a cada etapa desenvolvimental) e a capacidade para gerir a ansiedade. A intervenção sistémica não se resume ao trabalho directo com o sistema familiar, mas também pode incluir o trabalho com as instituições e/ou com a rede social.

Assim, nesta etapa do ciclo vital as terapias fami-

liares sugerem como importante (Mitrani & Czaja, 2000; 2004; Qualls, 1996, 1999, 2000; Zarit & Zarit, 1982):

- A identificação de temas familiares presente no texto e sub-texto dos discursos dos diferentes elementos do sistema (‘a mãe é forte’; ‘somos uma família que sempre resolveu os seus problemas dentro de portas’; ‘se nos unirmos todos vamos ultrapassar isto, a união faz a força’). Estas representações são dispositivos organizadores das dinâmicas familiares, funcionam como discursos internos que regulam comportamentos, bem como certezas inquestionáveis e inquestionadas que podem ser utilizadas pelo terapeuta como portas de entrada no sistema e, a partir daqui, falar daquilo que não é falado, ou seja, sobre regras instituídas que poderão ter funcionado no passado, mas que exigem a sua reformulação no presente;
- A forma como os diferentes elementos da família contam a história do paciente identificado. Este aspecto é particularmente importante quando o idoso se encontra num processo de doença crónica (ex. demência). Peggy Penn (2001) tem realizado um interessante trabalho neste domínio. Refere que em muitas circunstâncias da vida quotidiana, o doente gostaria de falar mais sobre a sua doença, mas alguém na família o impede; circunstância que provoca a vivência de um paradoxo. Vários elementos da família vivem divididos entre o dilema de falar e o não-falar, sendo que os acontecimentos não falados têm grande importância na construção de significado. Na verdade a doença crónica congela a vida, quando o nosso corpo está ameaçado, as conversações são constrangidas. Com efeito, a doença crónica é experimentada como uma discontinuidade; dado as vicissitudes da doença é altamente improvável prever o futuro. O trabalho terapêutico passa por quebrar o silêncio, cada um dos elementos da família guarda para si sentimentos que sentem serem impossíveis de falar.
- A identificação de conflitos passados não resolvidos. Quando a relação com um elemento mais velho, nomeadamente em situações de cuidado informal do(s) progenitor(es), é mediada por processos pessoais e/ou familiares mal resolvidos (sobretudo os movimentos de sepa-

ração-individação), é natural que o reencontro geracional seja pautado por conflitos mais ou menos graves (incluindo violência sobre o idoso), até porque as posições de ‘poder’ estão aparentemente invertidas. Desta forma, durante as discussões familiares surgem os fantasmas do passado, na medida em que as imagens que cada um guarda dentro de si (sobre si-mesmo e sobre os outros) raramente são apagadas e perdoadas.

Durante a meia-idade os filhos resolvem as questões de autoridade pessoal, devendo-se tomar num elemento com autonomia emocional, social e política (Alarcão, 2000; Relvas, 2000; Williamson, 1991), ou seja, tornam-se pares dos seus pais. Com o envelhecimento é possível que os mais velhos solicitem com cada vez maior frequência apoio aos mais novos e, de forma progressiva, se coloquem numa postura de maior dependência. Nem sempre é fácil admitir estas mudanças – ou porque os mais novos ‘fingem’ não ver os pedidos implícitos dos mais velhos, ou porque estes não admitem a intrusão dos mais novos num espaço reservado (por exemplo, gestão económica).

Nas intervenções terapêuticas familiares é igualmente possível observar os problemas existentes na fratria. Acontece, não raras vezes, que um dos irmãos toma uma decisão sem participar aos restantes elementos do sub-sistema (em algumas circunstâncias os técnicos responsáveis pela gestão do caso clínico aceitam, sem questionar, o poder desse elemento). Neste caso, poderá haver, implicitamente, um processo de investimento familiar nesse elemento – o porta-voz (que em muitas ocasiões faz parte da força homeostática do sistema).

- Esclarecimento das relações familiares. A técnica do genograma parece ser usada com grande sucesso nestas famílias. Para além de simples é graficamente atractiva e envolve os diferentes elementos da família num processo de descoberta. Genogramas mais detalhados podem desenhar as ligações, alianças, coligações; podem, ainda, identificar mitos, papéis e regras familiares. Durante a exploração dos genogramas familiares é comum os elementos que participam na sessão ficarem entusiasmados e elaborarem comentários e interpretações que devem ser cuidadosamente geridas pelo terapeuta. Este, deve cuidar a linguagem

e estar particularmente atento às metáforas negativas sobre a velhice (dependência, genes fracos, personalidades reprimidas). Aliás, uma importante função terapêutica é despromover os velhos mitos e regras, por forma a que a família se sinta autorizada a construir uma nova auto-imagem.

- A ajuda no planeamento de respostas e tomadas de decisão face a problemas emergentes. Durante um longo período da vida familiar, os mais novos podem experimentar uma ‘autonomia plena’, na medida em que os mais velhos se encontram funcionais e independentes. Trata-se de um período em que as ligações familiares se estabilizam. À medida que os mais velhos envelhecem e, por isso, se tornam mais dependentes, é importante que os mais novos identifiquem e compreendam a exigência de uma maior inter-dependência; não só entre gerações (pais-filhos), como também intra-gerações (irmãos). Desta forma, quando se assistem a processos de deterioração cognitiva, o objectivo de algumas intervenções terapêuticas circunscreve-se a ajudar os filhos(as) a tomarem consciência das necessidades de dependência dos pais idosos, por forma a desencadear movimentos no grupo familiar de protecção do doente. Os estudos mostram que os sistemas familiares mais organizados conseguem uma reestruturação mais eficaz e atingem um perfil de respostas qualitativamente superiores às famílias menos organizadas (Benbow *et al.*, 1993; Huckle, 1994; Qualls, 2000; Zarit & Zarit, 1982).
- O cruzamento de múltiplas carências/conflitos em diferentes etapas do ciclo vital. É compreensível que seja complexo para um casal lidar com o envelhecimento dos seus próprios pais, nomeadamente, com todas as questões formais e informais do cuidado (incluindo a tomada de decisão de recorrer à institucionalização); e, simultaneamente, serem capazes de lidar com a exigente tarefa da adolescência dos filhos e, ainda, com as suas obrigações profissionais. Se a tudo isto somarmos limitações do orçamento familiar, espaço habitacional, bem como, as questões de género; podemos adivinhar que as famílias com menores recursos económicos se encontram em maior risco e, dentro destas, as mulheres (normal-

mente aquelas a quem são atribuídas as tarefas de cuidado).

A intervenção e terapia familiar na idade adulta avançada podem desencadear importantes mudanças nos sistemas familiares, proporcionando um contexto terapêutico em que se torna possível a emergência de novas vozes que oferecem interpretações alternativas da realidade individual e familiar. Vozes múltiplas são histórias que co-existem, e, quando assim é, não temos que apagar uma história 'má', podemos permitir que outras vozes ganham ainda mais força e, desta forma, tornar as 'más histórias' menos proeminentes. São momentos em que se reforçam as competências do sistema e se conotam positivamente comportamentos adequados.

Não podemos terminar sem identificar a principal limitação que as abordagens familiares apresentam nesta etapa do ciclo de vida – a dificuldade em juntar todos os elementos da família – pois, como sabemos, quanto mais forem os ausentes, mais capacidade tem o sistema familiar em se defender contra a ansiedade provocada pela urgência de mudança. Assim sendo, o terapeuta corre mais o risco de se tornar num conselheiro familiar e menos num terapeuta da família, afastando-se progressivamente de ver a família com as lentes da sistémica, para optar por um caminho, por vezes mais óbvio e pragmático, socorrendo-se das ferramentas que usa nas intervenções focalizadas na resolução de problemas circunstanciais.

4. CONCLUSÃO

Como tivemos a ocasião de descrever são vários os modelos e as propostas de intervenção psicológica com indivíduos na idade adulta avançada, ficando claro que o problema da eficácia da clínica nesta faixa etária já não constitui uma barreira à institucionalização das psicoterapias nos serviços e unidades de geriatria. Perante a diversidade de abordagens persistem, contudo, algumas dúvidas sobre se haverá modelos que se harmonizam melhor com determinados pedidos/problemas/clientes; sendo provável que existam factores comuns entre os diferentes modelos e que, tal como acontece nas psicoterapias dirigidas a outras faixas etárias, a qualidade da relação terapêutica seja o factor determinante do sucesso do tratamento.

Face às características específicas que definem a idade adulta avançada, a actividade de psicoterapia exige o aprofundamento dos referenciais teóricos da psicologia do desenvolvimento – as transformações comportamentais, físicas, cognitivas e afectivas, bem como, as dúvidas identitárias, introduzem na vida do idoso, dos seus familiares e amigos a necessidade de novos ajustamentos; as dificuldades/queixas orgânicas constituem, tantas vezes, uma forma de reduzir as inquietações e esconder a dimensão psico-afectiva do problema. No entanto, não podemos reduzir o envelhecimento à sua dimensão psicossocial; até porque os psicólogos que trabalham com esta faixa etária deverão estar preparados para integrar e adaptar os processos terapêuticos às limitações físicas que alguns idosos apresentam. Finalmente, gostaríamos de salientar que os tratamentos psicológicos, tal como a prestação de outros cuidados de saúde, não devem esquecer a importância de satisfazer as necessidades de inclusão, controlo e afeição destes indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000a). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- American Psychological Association (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59 (4), 236-260.
- Areán, P. A. (2003). Advances in psychotherapy for mental illness in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (1), 4-6.
- Benbow, S. M., Marriott, A., Morley, M., & Walsh, S. (1993). Family therapy and dementia: Review and clinical experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 717-725.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- Brown, C., & Lewis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17, 415-426.
- Capuzzi, D., & Gross, D. (1980). Group work with the elderly: An overview for counselors. *Personnel and Guidance Journal*, Dec., 206-211.
- Cohler, B. J. (1998). Psychoanalysis and the life course: Development and intervention. In I. H. Nordhus, G. R. VanderBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychological Association.

- Cooper, D. E. (1984). Group psychotherapy with the elderly: Dealing with loss and death. *American Journal of Psychotherapy*, 38 (2), 203-214.
- Costa, E. M. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena. Estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Ágora Editora.
- Evans, S. (1998). Beyond the mirror: A group analytic exploration of late life and depression. *Aging & Mental Health*, 2 (2), 94-99.
- Ferreira-Alves, J. (1997). Vozes da idade: Desenvolvimento narrativo em gerontopsicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 393-402.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. W. (1996). Applying cognitive-behavioral therapy to the psychological problems of later life. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hinrichsen, G. A. (1999). Treating older adults with interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy in Practice*, 55 (8), 949-960.
- Huckle, P. L. (1994). Review: Families and dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 735-741.
- Hyer, L., Kramer, D., & Sohnle, S. (2004). CBT with older people: Alterations and the value of the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (3), 276-291.
- James, I. A. (2003). Working with older people: Implications for schema theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 133-143.
- Kennedy, G. J., & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54 (3), 386-406.
- King, P. H. (1973). *Notes on the psychoanalysis of older patients: Reappraisal of the potentialities for change during the second half of life*. Artigo apresentado à Sociedade Britânica de Psicologia Analítica.
- Klausner, E., Clarkin, J. F., Spielman, L., Pupo, C., Abrams, R., & Alexopoulos, G. (1998). Late-life depression and functional disability: The role goal-focused group psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 707-716.
- Knight, B. G. (1996). Overview of psychotherapy with elderly: The contextual, cohort-based, maturity-specific-challenge model. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health*, 7 (2), 133-141.
- Lima, M. P. (2004a). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psicologica*, 35, 133-145.
- Lima, M. P. (2004b). *Posso participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.
- McGrath, J. E., Arrow, H., & Berdahl, J. L. (2000). The study of groups: past, present, and future. *Personality and Social Psychology Review*, 4 (1), 95-105.
- Miller, M. D., & Silberman, R. L. (1996). Using interpersonal psychotherapy with depressed elders. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mitrani, V. B., & Czaja, S. J. (2000). Family-based therapy for dementia caregivers: Clinical observations. *Aging & Mental Health*, 4 (3), 200-209.
- Nordhus, I. H., & Nielsen, G. H. (1999). Brief dynamic psychotherapy with older adults. *Psychotherapy in Practice*, 55 (8), 935-947.
- Parham, I. A., Priddy, M., McGovern, T. V., & Richman, C. M. (1982). Group psychotherapy with elderly: Problems and prospects. *Psychotherapy*, 19 (4), 437-443.
- Penn, P. (2001). Chronic illness: Trauma, language, and writing: Breaking the silence. *Family Process*, 40 (1), 33-52.
- Qualls, S. H. (1996). Family therapy with aging families. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Qualls, S. H. (1999). Family therapy with older adult clients. *Psychotherapy in Practice*, 55 (8), 977-990.
- Qualls, S. H. (2000). Therapy with aging families: Rationale, opportunities and challenges. *Aging & Mental Health*, 4 (3), 191-199.
- Relvas, A. P. (Ed.) (2000). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Scholey, K. A., & Woods, B. T. (2003). A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: A description of techniques and common themes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 175-185.
- Scocco, P., De Leo, D., & Frank, E. (2002). Is interpersonal psychotherapy in group format a therapeutic option in late-life depression? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 68-75.
- Semel, V. G. (1996). Modern psychoanalytic treatment of the older patient. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Teri, L., & Logsdon, R. (1992). The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy*, 29 (1), 83-89.
- Walker, D. A., & Clarke, M. (2001). Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging & Mental Health*, 5 (2), 197-199.

- Wheelock, I. (1997). Psychodynamic psychotherapy with older adult: Challenges facing the patient and the therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 51 (3), 431-444.
- Williamson, D. S. (1991). *The intimacy paradox: Personal authority in the family system*. New York: The Guilford Press.
- Yesavage, J. A., & Karasu, T. B. (1982). Psychotherapy with elderly patients. *American Journal of Psychotherapy*, 36 (1), 41-55.
- Zank, S. (1998). Psychotherapy and aging: Results of two empirical studies between psychotherapists and elderly people. *Psychotherapy*, 35 (4), 531-536.
- Zarit, S. H., & Knight, B. G. (1996). Psychotherapy and aging: Multiple strategies, positive outcomes. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1982). Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (4), 461-471.
- Zeiss, A. M., & Steffen, A. (1996). Behavioral and cognitive-behavioral treatments: An overview of social learning. In S. H. Zarit, & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zimmerman, G. I. (1997). Grupos com idosos. In D. E. Zimmerman, & L. C. Osório (Eds.), *Como trabalhar com grupos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

RESUMO

Atualmente, a população geriátrica representa um sector importante de utentes que procuram os serviços de saúde. Para além das queixas orgânicas, os factores psicossociais inerentes ao envelhecimento constituem, muitas vezes, temas que estruturam muitos pedidos de ajuda. Os psicólogos que exercem nos contextos de saúde recebem, cada vez mais, solicitações de adultos seniores que se confrontam com sérias dificuldades adaptativas nesta etapa do ciclo vital. Desta forma, realizamos uma revisão da literatura dos principais modelos de intervenção psicoterapêutica para clientes na idade adulta avançada.

Palavras-chave: Psicoterapia, envelhecimento, idosos.

ABSTRACT

The geriatric population represents an important group of patients that seek the health services. Besides the organic complaints, the inherent psychosocial factors of aging are also constituted as theme that structures many requests of help. The psychologists that work in the contexts of health receive, more and more, requests of senior adults that are confronted with serious difficulties in this stage of the vital cycle. This way, we accomplished a revision of the literature of the main models of psychotherapy intervention for customers in the old adult age.

Key words: Psychotherapy, aging, senior age.