

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Intervenção em grupo com adultos de idade avançada

SUMÁRIO DA LIÇÃO

Margarida Pedroso de Lima
Coimbra, 2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Intervenção em grupo com adultos de idade avançada

SUMÁRIO DA LIÇÃO

Sumário da lição a que se refere a alínea c) do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º239/2007, de 19 de Junho, no âmbito das Provas para atribuição do título académico de Agregado em Psicologia, na especialidade em Psicologia do Desenvolvimento, da Universidade de Coimbra

Margarida Pedroso de Lima
Coimbra, 2012



O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Autor desconhecido

A elas dedico esta lição.

Considerações prévias

A realização de Provas para atribuição do título académico de Agregado exige, de acordo com o artigo 8.º do Decreto-Lei nº116/2007, de 19 de Junho, a apresentação prévia de um “sumário pormenorizado do seminário ou lição” sobre um tema no âmbito do ramo de conhecimento ou especialidade em que as mesmas são prestadas.

Optámos por entregar ao Júri um documento de suporte à lição, com o título *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada*.

Esta lição enquadra-se no contexto disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Idosos (IPI), unidade curricular obrigatória do 2.º semestre do 4.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sub-área de especialização em Psicogerontologia Clínica, da Licenciatura em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra.

Os destinatários — alunos a frequentar o 4º ano — são um público-alvo sensibilizado para a presente exposição teórica e que, em breve, se irão deparar com a necessidade de fazer intervenção neste domínio.

Objetivos

Com esta lição, pretendemos que os alunos sejam capazes de:

- encarar a intervenção em grupo como uma estratégia possível de promover o bem-estar das pessoas mais velhas e desencadear a mudança pessoal e institucional;
- compreender o conceito de intervenção em grupo;
- caracterizar o papel do psicólogo, enquanto agente de uma intervenção em grupo;
- compreender os objetivos, características e exigências da intervenção em grupo;
- reconhecer a importância (ao nível pessoal e social) da intervenção em grupo.

Sumário/Índice

Introdução: Envelhecimento em Portugal (p. 15)

1. Promoção da qualidade de vida na idade avançada (p. 19)

2. Intervenção na idade avançada: o modelo CALTAP de B. Knight (p. 28)

3. Intervenção em grupo (p. 43)

3.1. História da intervenção terapêutica em grupo (p. 43)

3.2. Vantagens/desvantagens em relação a outras formas de intervenção (p. 46)

3.3. Tipos de intervenção terapêutica em grupo (p. 50)

3.4. Procedimentos e considerações gerais da intervenção em grupo (p. 54)

Conclusões (p. 62)

Referências bibliográficas (p. 66)

The marvel of the perfect melody cannot be explained by starting from elements and building up the form as a sum of relations between these elements. The single tone is what it is in the whole - as part, not as piece; and the whole breathes in every part.

Wertheimer, 1924, p. 362.

Introdução: Envelhecimento em Portugal

Em Portugal, de acordo com os valores oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), a esperança média de vida aumentou cerca de 12 anos nas últimas cinco décadas, sendo, actualmente, de 79.2 anos (76.1 anos para o género masculino e 82.1 anos para o género feminino). Estes números reflectem-se nos dados da população, pois, enquanto que em 1960 as pessoas com mais de 65 anos representavam apenas 7.97% da população, em 2001 este número duplicou, subindo para 16.35%. Também o índice de envelhecimento¹ sofreu grandes alterações pois este valor, que em 1970 era de 6.6, em 2001 passou a ser 34.2 (Pordata, 2011). Em suma, prevê-se um envelhecimento progressivo da população durante os próximos anos, cujo cenário demográfico é o de uma fecundidade e duma mortalidade baixas (Arroteia & Cardoso, 2006, p. 10).

Apesar da evolução das condições de vida e da melhoria dos cuidados de saúde contribuírem para este aumento da esperança de vida, coloca-se, paradoxalmente, um novo desafio, uma vez que as pessoas de idade muito avançada são, na generalidade, mais vulneráveis a problemas de saúde de diversos. Nas palavras de Santos e Paúl (2006), o aumento da população idosa ao nível mundial (com tudo o que isto implica) é, no contexto da segurança social e dos serviços de saúde, uma bomba relógio social e económica. Na verdade, como afirma Fontaine (2000), os efeitos do envelhecimento não são homogéneos: enquanto algumas pessoas se mostram resistentes às consequências adversas da passagem do tempo, chegando mesmo a ter melhores desempenhos com a idade, outras, por sua vez, declinam, até ao ponto de gerarem processos patológicos irreversíveis, como é o caso da demência. Na opinião de Scott *et al.* (2007), o aumento das pessoas com de-

¹ Índice de Envelhecimento é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Fonte: INE; www.ine.pt, consultado a 06.08.2012).

mência na nossa sociedade torna-se uma fonte de desgaste para as famílias e para os sistemas sociais e de saúde.

Consequentemente, associada ao envelhecimento populacional, a doença crónica é um dos principais responsáveis pelo desfasamento entre a curva da mortalidade e morbilidade, por outras palavras, pelo afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida.

Estes dados estatísticos nacionais refletem, de forma clara, as mudanças demográficas que se verificam no nosso país e no mundo e espelham uma realidade presente e futura, com necessidades bem distintas daquelas que eram prementes há umas décadas.

Mas, se envelhecer é um dos mais importantes desafios do século XXI, visto obrigar-nos a considerar questões existenciais, políticas, económicas e sociais, como a existência ou não de uma idade de reforma, o lugar e o poder das pessoas idosas dentro da sociedade, o relacionamento intergeracional, o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, a educação permanente, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e a qualidade de vida das pessoas com idade avançada (Diener & Suh, 1998), é, também, um privilégio que não podemos desperdiçar. É neste sentido que a qualidade de vida na idade avançada, considerada como a perceção global da satisfação da pessoa num número de dimensões-chave, pessoais, mas também globais, como a economia, educação, meio ambiente, legislação e sistema de saúde, não deve ser descurada.

Na promoção da bem-estar e da qualidade de vida das pessoas mais velhas, não podemos negligenciar o papel da intervenção, no geral, bem como da psicoterapia, em particular, dado que, para algumas, viver mais tempo acarreta muitos problemas. Compreender como ajudar estas pessoas a mudar, a lidar com a perda e a viver vidas produtivas e preenchidas é um ganho pessoal e social. A intervenção, nomeadamente em grupo, surge neste cenário, como uma resposta clínica, institucional e comunitária que deve ser promovida. Consequentemente, refletir sobre como utilizar o trabalho em grupo para lidar com os problemas (de saúde, familiares, pessoais ou sociais) das pessoas com idade mais avançada deve ser uma meta a atingir numa sociedade mais inclusiva. Neste enquadramento, o objetivo desta lição é apresentar uma revisão do papel dos grupos, como ferramenta para intervir junto de pessoas mais velhas.

As pessoas, ao longo do seu ciclo de vida (e as mais velhas em particular), possuem consideráveis reservas de recursos e aptidões que podem ser ativadas através de um enquadramento adequado de motivação, aprendizagem, exercício e treino. Deste modo, o envelhecimento é um processo interativo e dinâmico, influenciado por inúmeros fatores. Por outras palavras: é um processo ativo de contínua mudança e de oportunidades de desenvolvimento pessoal.

A psicoterapia de grupo é um recurso inestimável para a intervenção com pessoas de idade avançada institucionalizadas ou não visto que, às vantagens já reconheci-

das das psicoterapias de grupo, no trabalho com pessoas desta faixa etária, acrescentam-se mais algumas. A sua economia e versatilidade, a contribuição para a desmistificação de estereótipos relacionados com a idade, a promoção de relações interpessoais mais abertas, da interajuda e da autonomia tornam imprescindível que se faça investigação sobre os seus contornos de atuação, de molde a tornar a sua aplicação mais exequível e eficaz. Urge ainda a formação dos técnicos, a este nível.

Neste sentido, na atualidade, é requerida integração interdisciplinar, formação e especialização mais exigente, bem como conhecimento das questões éticas (resultante da perda de poder dos mais velhos na nossa sociedade), nomeadamente o direito à privacidade e à participação nas decisões. Este último aspeto é, aliás, considerado por muitos a peça-chave do desenvolvimento desta faixa populacional. A intervenção na idade adulta avançada tem, por conseguinte, de saber lidar com a miríade de questões levantadas pelas pessoas mais velhas, designadamente relativas aos efeitos de coorte e a todos os processos que se encontram sob o termo guarda-chuva 'envelhecimento'.

1. Promoção da qualidade de vida na idade avançada

Apesar da expressão qualidade de vida estar, de certo modo, vulgarizada (Pais-Ribeiro, 2009), este é um conceito de grande relevância e complexidade, como atesta a sua múltipla referência, tanto ao nível do senso comum como ao nível político e científico (Cruz, 2009).

O conceito qualidade de vida começou por estar associado a uma abordagem economicista, baseada em indicadores sociais, de carácter objetivo, como o rendimento e os bens materiais do indivíduo (Daatland, 2005). Foi apenas a partir da segunda metade do século XX que ele se enquadrou numa abordagem que, contrariamente à primeira, valoriza indicadores subjetivos (a perspectiva do próprio, em relação às suas condições). Neste âmbito, termos como “felicidade”, “satisfação com a vida” e “bem-estar” passam também, como veremos, a surgir na literatura (Canavarro, Vaz Serra, Pereira, Simões, Quintais, Quartilho, *et al.*, 2006). Na área da saúde, a mudança de uma abordagem predominantemente biomédica com ênfase em indicadores biopsicossociais, conduziu à valorização crescente do conceito (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005), e a melhoria do bem-estar geral das pessoas passou a constituir-se como um objetivo importante das intervenções médicas, dando, assim, sentido à possibilidade das intervenções não farmacológicas como a psicoterapia (Areán & Cook, 2002). Na atualidade, não restam dúvidas acerca da pertinência da promoção do bem-estar na sociedade, particularmente no que concerne à população idosa em contexto institucional, visto ser um critério central de uma realização positiva e da saúde mental (Lyumobirsky, Sheldon & Schkade, 2005) e do desenvolvimento social (Simões, 2011, 2008, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), e mais especificamente o WHOQOL Group (*World Health Organization Quality of Life Group*, 1998 a e b) definem qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p.

1405). Ou seja, a qualidade de vida é um conceito amplo que incorpora, de forma complexa, a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o ambiente, e assenta em três pilares fundamentais: subjetividade (valoriza a perspectiva e as percepções da própria pessoa, passíveis de mudança ao longo da vida); multidimensionalidade (reflete a interseção de diversas dimensões); e dimensão positiva-negativa (ao ter em conta aspetos positivos, como, por exemplo, a mobilidade, e negativos, como por exemplo a dor) (Fleck, 2008, citado em Vilar *et al.*, 2010; WHOQOL Group, 1995, 1994).

O conceito de qualidade de vida, quando aplicado à população idosa, ainda que mantenha dimensões comuns a outros grupos populacionais, reveste-se de algumas idiosincrasias (como a questão da independência e da autonomia) (Santos & Paúl, 2006). A mais particular é o caso da pessoa idosa portadora de doença mental grave e persistente, sobretudo, pelas questões complexas que esta envolve. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), ao apontar as especificidades deste grupo populacional, propôs o ano de 2012 como o ano do envelhecimento ativo sublinhando a importância de promover um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação, segurança e educação, no sentido de aumentar a qualidade de vida na velhice, o que pressupõe indivíduos competentes, capazes de uma vida autónoma e independentes. O termo envelhecimento ativo, aplicável tanto aos indivíduos como aos grupos populacionais, tem como objetivo levar os mais velhos, e a sociedade em geral, a tomar consciência do seu potencial de desenvolvimento físico, social e mental ao longo da vida, de molde a uma maior participação social, de acordo com as necessidades, desejos e capacidades de cada um.

Apesar da relevante e legítima preocupação social e política com as questões da qualidade de vida, não podemos descurar que a investigação sobre o bem-estar na idade avançada, ao contrário do discurso do senso comum, sugere que esta fase acarreta satisfação para a generalidade dos idosos (Myers, 2003), que estes são resilientes às adversidades, transições e mudanças (Myers, 1996) e que experienciam menos incidência de psicopatologia que as pessoas mais novas (Smyer & Qualls, 1999), tendo menor prevalência de depressão (Jeste *et al.*, 1999). Ainda nesta linha, contrariando os estereótipos, que associam o envelhecimento a um maior grau de dependência, estudos como os de Schroots, Fernández-Ballesteros e Rudinger (1999) e de Sousa, Galante e Figueiredo (2003) salientam que a grande maioria das pessoas idosas vive, de forma independente, e tem uma vitalidade e resiliência que lhes permite funcionar a um nível satisfatório.

A reflexão e o estudo da qualidade de vida, na idade adulta avançada, são assim indissociáveis da tendência emergente, no séc. XXI, de valorização do positivo. Esta tendência, que Csíkszentmihályi (1991) designou de psicologia positiva, tem procurado compreender o “como”, o “porquê” e “em que circunstâncias” surgem as emoções, características e instituições positivas. Para Seligman, Steen, Park e

Peterson (2005) a formação dos recursos individuais (no original, “*build-what’s-strong*”) é útil como complemento (e não como substituto) da abordagem mais tradicional, que conduz a intervenção sobretudo em áreas problemáticas (no original, “*fix-what’s-wrong*”). No que à idade avançada diz respeito, em 1974, Butler propõe o termo “idade produtiva” e mais tarde o termo “envelhecimento bem-sucedido”², que foi ganhando, progressivamente, popularidade (Pruchno, Wilson-Genderson, Rose & Cartwright, 2010).

Posteriormente, em 1987, Rowe e Kahn descreveram as pessoas idosas com características físicas e psicológicas acima da média como “idosos bem sucedidos”. O envelhecimento bem-sucedido assentaria em três componentes: (1) baixa probabilidade de doença ou incapacidade consequente; (2) elevada capacidade funcional cognitiva e física; e (3) participação activa na vida (Rowe & Kahn, 1997). A estas dimensões alguns autores acrescentaram, mais tarde, a espiritualidade positiva (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore & Koenig, 2002), tendo ainda surgido uma outra componente na literatura, sobretudo nesta década – a segurança financeira (e.g., Duay & Bryan, 2006). Reforçando a importância de encarar este conceito de forma multidimensional, recentemente, Strawbridg, Wallhagen e Cohen (2002) referem que apesar de indicadores objetivos, como a saúde física, o tipo de nutrição, as capacidades funcionais, as relações interpessoais, as atividades diárias, a autonomia, o exercício físico ou o tabagismo serem medidas cruciais para avaliar o envelhecimento bem-sucedido, os indicadores subjetivos, como a auto-perceção acerca do estado de saúde, enriquecem a sua conceptualização e avaliação.

Outros autores concordam que o conceito de envelhecimento bem-sucedido é mais útil se definido com base numa perspetiva mais maturacional e educacional (Simões, 2011) e desenvolvimental (como o conceito de bem-estar psicológico composto por seis fatores³; Ryff, 1989; 1982), ou em critérios subjetivos (e, consequentemente, mais próximos do conceito de bem-estar subjetivo; Diener, 1999). O bem-estar subjetivo é uma entidade multidimensional que integra uma componente cognitiva, relativa aos juízos sobre a satisfação com a vida, e uma componente afetiva que remete para as reações emocionais, sejam elas positivas ou negativas, face aos referidos juízos (Simões *et al.*, 2006; 2006b; 2001; 1999; Diener & Lucas, 1999).

² Apesar da sua vasta utilização, existem algumas críticas que são apontadas ao construto de “envelhecimento bem-sucedido”. Por exemplo, para Scheidt, Humpherys e Yorgason (1999) ele não abarca populações heterogéneas de idosos, ignora muitas formas de envelhecer com sucesso e não considera as implicações práticas dos idosos que não conseguem alcançar o *‘living well life style’*. Dillaway e Byrnes (2009) põem em causa ainda o facto de este conceito enfatizar o resultado com base no diagnóstico de “sucesso” ou “insucesso” e não o processo.

³ Os seis factores definidos por Ryff (1982) são: (1) a auto-aceitação, (2) as relações positivas com os outros, (3) a autonomia, (4) o controlo do ambiente, (5) o sentido da vida e (6) o crescimento pessoal.

O elemento subjetivo do bem-estar reflete o facto dos investigadores desta área acreditarem que os indicadores sociais (*e.g.*, variáveis sociodemográficas, acontecimentos e situações externas), por si sós, não esgotam a definição de qualidade de vida (Diener & Suh, 1998) e pensarem que as pessoas reagem diferentemente perante conjunturas semelhantes, de acordo com as suas expectativas, valores e experiências de vida (Diener *et al.*, 1999). É neste sentido que, mais recentemente, o interesse focalizou-se no estudo da relação entre as variáveis de natureza psicológica, como a personalidade e o bem-estar subjectivo⁴ (Park, Peterson & Seligman, 2004; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Simões *et al.*, 2003; Lima *et al.*, 2001; Diener & Lucas, 2000; Simões *et al.*, 2000; Diener *et al.*, 1999; Little, 1999a, 1999b; Sheldon & Kasser, 1998; DeNeve & Cooper, 1998; Emmons & King, 1988; Diener, Suh & Oishi, 1997, entre outros).

Uma outra perspectiva acerca do envelhecimento bem-sucedido é o modelo de Baltes e Baltes (1990) e Baltes (1997; 1987), que recorre a um sistema de processos interdependentes para descrever a dinâmica entre a minimização das perdas e a maximização dos ganhos, atribuindo aos mais idosos um papel ativo no seu próprio envelhecimento. Neste modelo, que enfatiza o carácter biopsicossocial do processo de envelhecimento, são identificados três processos - seleção, compensação e otimização - e sublinhados os princípios para um envelhecimento bem-sucedido (*e.g.*, como o envolvimento em estilos de vida saudáveis). A seleção pode envolver escolher ou evitar uma área no seu todo ou a seleção ou restrição de tarefas ou objetivos em um ou vários domínios, contemplando, por exemplo, mudanças no ambiente (*e.g.*, realocização), mudanças ativas no comportamento (*e.g.*, redução do número de tarefas), ou um ajustamento passivo (*e.g.*, evitar escadas). A compensação ocorre, quando capacidades ou competências específicas são perdidas ou reduzidas, abaixo de um nível de funcionamento adequado, surgindo então a necessidade de usar meios alternativos para atingir os mesmos objetivos, aprender novas competências ou recorrer a suporte técnico ou outro fora do indivíduo (*e.g.*, a utilização de óculos; procurar auxílio para fazer as compras). Por fim, a otimização refere-se à melhoria e à promoção das reservas ou recursos enriquecendo, deste modo, a performance em domínios específicos da vida.

Todos os conceitos atrás referidos apontam explícita ou implicitamente para os procedimentos necessários para promover/vivenciar uma velhice mais satisfatória. Por exemplo, quando Seligman (2002)⁵ refere os três caminhos para a felicidade

⁴ O estudo da relação entre a personalidade e o bem-estar subjectivo tem merecido a atenção dos investigadores de ambas as áreas. Pavot, Fulita e Diener (1995) afirmam mesmo que o bem-estar subjectivo é a área ideal para abordar a problemática do estudo da coerência da personalidade, pois permite uma análise das relações entre os diferentes níveis da mesma.

⁵ A classificação proposta no *Character Strengths and Virtues: A Handbook of Classification* (Peterson & Seligman, 2004) pretende ser uma referência para a psicologia positiva, tal como o *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM)* da American Psy-

de - (1) prazer na vida, que inclui as emoções positivas relacionadas com o passado (contentamento, satisfação e serenidade), presente (prazeres somáticos) e futuro (otimismo, esperança e fé); (2) compromisso com a vida, que abarca o uso dos traços positivos individuais como as forças de caráter (qualidades consideradas virtuosas, em diferentes culturas e tempos históricos) e os talentos; e (3) significado da vida, existência de instituições positivas que revelam o melhor da natureza humana (*e.g.*, democracia, liberdade de imprensa, forças da família e da comunidade) - defende intervenções positivas que, por definição, permitem a construção, simultaneamente, de prazer, compromisso e significado (Tugade & Fredrickson, 2004; Oliveira & Lima, 2011). Numa perspetiva mais integradora, Kauffman (2006) apresentou quatro técnicas que permitem a integração dos princípios da psicologia positiva nos modelos mais tradicionais de intervenção: (1) reverter o foco do negativo para o positivo - possível através do encorajamento da focalização em eventos positivos; (2) falar acerca qualidades positivas e forças individuais; (3) fazer o balanço entre positivo e negativo; e (4) construir estratégias que promovam a esperança (Oliveira & Lima, 2011; Cheavens *et al.*, 2006; Peterson & Seligman, 2004).

Porém, as possibilidades efetivas de desenvolvimento das condições atrás referidas, para a generalidade das pessoas mais velhas na nossa população, são ainda escassas. Na perspetiva de Paúl e Fonseca (2005), as possibilidades desenvolvimentistas das pessoas de idade avançada são ainda raramente tidas em consideração no nosso país. Apesar dos objetivos das intervenções com pessoas na idade adulta avançada poderem ser variados, dependendo do tipo de intervenção em questão (muitas estão, sobretudo, direcionadas para a compreensão das aptidões funcionais do cliente, aceitação dos seus défices funcionais e procura de formas de otimização do funcionamento, tendo em atenção as limitações reais da pessoa idosa) intervenção, na idade adulta avançada, tem como objetivo principal contribuir para que as pessoas tenham uma vida com maior qualidade. Em última instância, que sejam felizes na última fase do seu ciclo de vida - tal é, possivelmente, o objetivo maior da nossa vida. Consequentemente é necessário refletir sobre que recursos existem ao nível educativo, interventivo e psicoterapêutico, para promover a qualidade de vida na idade avançada e se estes são acessíveis e passíveis de mobilizar.

chiatric Association (2000) é uma referência para as desordens psicológicas que incapacitam os indivíduos.

Every individual or living organism has the fundamental inborn goal to actualize itself.

Perls, 1976.

2. Intervenção na idade avançada: o modelo CALTAP de B. Knight

Podemos conceber a intervenção como um processo de mediação na promoção do bem-estar e da qualidade de vida. É um conceito muito lato que, quando temos em foco a idade avançada, abrange uma grande amplitude de processos, em função dos objetivos, áreas de intervenção, técnicas a usar, enquadramentos e agentes de mudança considerados, como está esquematicamente apresentado no Quadro 1. As possibilidades de intervenção distribuem-se num contínuo do mais macro (*e.g.*, sociedade) até ao mais micro (*e.g.*, indivíduo). Porém, mesmo numa intervenção individual é importante ter em consideração o ecossistema e as variáveis contextuais. No entanto, a este nível, muito temos ainda que fazer para compreendermos e conseqüentemente intervirmos nos lugares frequentados pelas pessoas idosas, na nossa sociedade.

Conseqüentemente, toda a intervenção deve ser concebida tendo em atenção as variáveis do sistema⁶, aquando do seu planeamento. Também deve ser colocada a questão de onde - no indivíduo ou no sistema - é que se pode antever a maior eficácia, a menor resistência e a maior abertura para uma mudança positiva. No sentido mais genérico, sabemos que quanto mais severa for a patologia da personalidade e mais pobre for o funcionamento do indivíduo, mais apropriadas serão as intervenções dirigidas ao meio envolvente. Quanto mais funcional o indivíduo for, mais adequadas serão as terapias dirigidas a níveis mais profundos de si próprio.

⁶ Numerosos estudos (como o de Csíkszentmihályi, 2002, sobre a relação entre a escassez de desafios ambientais e ver muita TV) têm-se interessado pela análise de quais os ambientes que levam ao envolvimento das pessoas com a vida, em que espaço/ambiente uma pessoa se desenvolve, é mais feliz e melhor cidadã. As conclusões são recorrentes: a importância dos espaços verdes, o envolvimento na aprendizagem e em novas atividades que, por um lado, impliquem desafios e, por outro, respeitem as aptidões dos idosos. Em suma, influenciámos a experiência individual, mudando as instituições, os espaços, as atividades e as relações.

Quadro 1. Classificação da intervenção por objetivos, áreas de intervenção, técnicas, enquadramentos e agentes de mudança

Objetivos	Áreas de intervenção	Técnicas	Enquadramentos	Agentes de mudança
Alívio	Saúde	Farmacoterapias	Casa	Próprio
Compensação	Corpo	Psicoterapias	Trabalho	Família/amigos
Otimização/ desenvolvimento	Cognição	Educação e treino	Instituições educativas	Paraprofissionais
Prevenção	Emocionalidade	Prestação de serviços	Hospital/ cuidados continuados	Profissionais
	Socialização	Intervenções ecológicas	Lar/residência	Administra-dores
	Atitudes e valores	Intervenções legais	Centro de dia Comunidade Sociedade	Governo

Nota: Leitura deve ser feita por colunas. As colunas podem, nalguns casos, ser combinadas entre si.

As possibilidades da intervenção na idade avançada baseiam-se no pressuposto, sustentado pelos gerontologistas, de que os adultos mais velhos têm potencial para crescer e mudar, à semelhança dos adultos mais novos, e que a posição contrária é discriminatória (*ageist*⁷). Embora a investigação existente aponte neste sentido (Saiger, 2001; Chinen, 1986), muitos estudos são ainda necessários para responder à miríade de questões que têm vindo a surgir. Muito especificamente, no domínio mais restrito da intervenção psicoterapêutica, que é o enfoque desta lição: Há determinados problemas ou grupos de diagnóstico que beneficiariam mais com a psicoterapia? E de que tipo de abordagem ou de psicoterapia? A psicoterapia a usar é diferente da empregue com pessoas mais novas? São necessárias mais ou menos sessões para obter resultados? Que competências são requeridas ao terapeuta?

Com o objetivo de responder a estas e a outras questões, sobre o trabalho terapêutico com pessoas mais velhas, Knight (1996) e Knight e McCallum (1998) propõem o modelo contextual, baseado na coorte, na maturidade e nos desafios específicos (*Contextual, cohort-based, maturity, specific challenge model - CCMSC*) posteriormente aperfeiçoado pelos autores Knight e Poon (2008), dando origem à teoria contextual do ciclo de vida para adaptar a psicoterapia (*Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy – CALTAP*), esquematicamente apresentada na Figura 1.

⁷ O *ancianismo* ou *idadismo* (*ageism*; Butler, 1969) é uma atitude negativa, acarretando a desvalorização e o distanciamento, em relação aos mais velhos, com as implicações éticas e profissionais subjacentes.

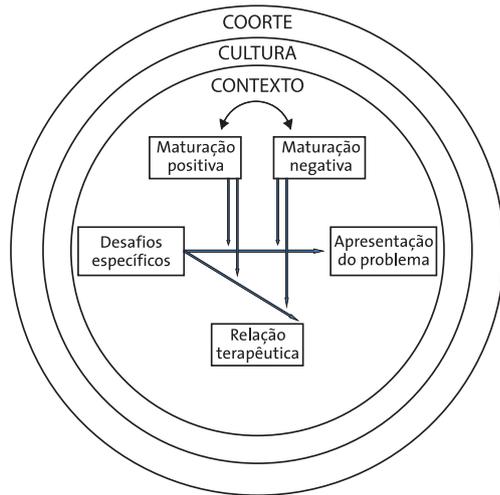


Figura 1. Componentes do Modelo CALTAP (Knight & Poon, 2008)

Também recentemente, a APA (*American Psychological Association*, 2004) publicou um conjunto de orientações que constituem a sua política oficial sobre o fornecimento de serviços psicológicos a pessoas idosas. Ferreira-Alves (2010) discute essas orientações, reforçando a importância dos mais elevados padrões de conhecimento e de prática profissional neste domínio. Por outras palavras, apesar de se mostrarem eficazes, as intervenções com pessoas idosas devem atender a especificidades que otimizam os resultados e permitem o ajustamento às necessidades específicas desta população. Para além destas especificidades para a população idosa, existem ainda recomendações transversais a todas as intervenções que, de acordo com a APA (2006), se baseiam em três elementos essenciais: (1) o uso da melhor informação científica disponível, (2) a existência de profissionais especializados, e (3) a preocupação com os valores e preferências dos clientes.

Os modelos CCMSC e CALTAP, acima referidos, integram conceitos da abordagem do ciclo de vida (Santrock, 2002), da psicologia do desenvolvimento, da gerontologia social e da experiência clínica na psicoterapia com adultos de idade avançada. Os modelos sugerem que as pessoas idosas apresentam maior maturidade⁸ do que os adultos mais novos, mas podem também estar a enfrentar alguns dos desafios mais difíceis da idade adulta. Sublinham ainda que a cultura, o contexto social dos adultos mais velhos e o facto de serem membros de coortes que nasceram há mais tempo deve ser reconhecido e integrado no processo psicoterapêutico. Apesar de existirem algumas diferenças importantes na terapia com adultos mais velhos, comparativamente aos mais novos, as semelhanças, frequentemente, ultrapassam as diferenças, à medida que o processo terapêutico se vai desenrolando

⁸ A maturação acarreta alguma lentificação, mas também uma maior complexidade emocional e riqueza pessoal, fruto das experiências acumuladas ao longo da vida. A maturação positiva estaria relacionada com a sabedoria na idade avançada (Baltes & Staudinger, 2000).

(Knight, 2004). Consequentemente, a psicoterapia e o aconselhamento precisam de ser recriados não tanto devido às diferenças etárias ou estágio de desenvolvimento em que as pessoas se encontram mas, sobretudo, aos efeitos do contexto e dos desafios específicos do final da vida (Kessel *et al.*, 2002; Knight & Satre, 1999; Knight, 1999; Knight & McCallum, 1998). Trabalhar com adultos de idade avançada que estão debilitados requer, por exemplo, que o terapeuta seja mais flexível no estabelecimento do local e da duração e frequência das sessões (Young & Reed, 1995) e que esteja à vontade com questões da transcendência e espiritualidade.

Os efeitos do contexto fazem-se sentir sobretudo para as pessoas idosas a viver em lares e unidades de cuidados continuados de longa duração, levando à necessidade de mudanças e adaptações na dinâmica do processo psicoterapêutico. Apesar de menos diferente e, consequentemente, menos especializado, do que o meio institucional, trabalhar com clientes na comunidade, sobretudo, se estão em ambientes etariamente segregados, requer conhecimentos sobre os estilos de vida pós-reforma e bem como sobre as regras sociais destes sistemas. Estas regras podem ser aprendidas com as pessoas mais velhas porque, se assim não for, a avaliação será feita com base nas normas e cultura dos jovens-adultos e adultos, cujas vidas são pautadas pela escola e pelo trabalho, e não pelos horários dos centros de dia, refeições e redes familiares dispersas (Knight, 2004).

A adaptação ao trabalho com membros de outras coortes é semelhante na dificuldade e na flexibilidade requerida para trabalhar com clientes de géneros, etnias e classes sociais diferentes. Requer sensibilidade às especificidades e conhecimentos sobre a história de vida e a socialização dessas pessoas. O efeito de coorte implica também modificações no processo e na relação psicoterapêutica, visto que as gerações mais velhas têm valores e experiências diferentes das gerações nascidas mais recentemente (Knight, 2004).

Seja como for que as pessoas mais velhas sejam categorizadas, e determinados tópicos sejam apontados como típicos e característicos deste período de vida, não devemos esquecer que o envelhecimento é uma experiência profundamente idiossincrática. O que torna os indivíduos diferentes, à medida que envelhecem, é a combinação de muitos fatores biológicos e sócio-históricos (como, por exemplo, o local de nascimento, a geração a que pertencem, a alimentação, a educação, a saúde física e mental, o tamanho e a composição familiar, o momento histórico que estão a viver, a hereditabilidade...).

Existem também inúmeros aspetos que, embora não sejam exclusivos das pessoas mais velhas, surgem mais recorrentemente nas idades avançadas, e são, consequentemente, trazidos para o contexto terapêutico: perda, depressão, ansiedade, medos em relação ao futuro, solidão e consciência da própria mortalidade. Muitas pessoas idosas sentem-se desconfortáveis em discutir estes assuntos e preocupações com os seus amigos e familiares e, deste modo, teriam benefícios se lhes fosse possível falar com um terapeuta/conselheiro bem treinado e experiente.

Há muitas formas de viver a velhice, mas para algumas pessoas os problemas do dia-a-dia podem ser excessivos e difíceis de lidar. Existem muitas perdas que uma pessoa mais velha pode experimentar, incluindo a perda da independência, da saúde, da mobilidade, da casa própria e dos entes amados, e a maior probabilidade de as vivenciar simultaneamente dificulta a sua gestão (Smyer & Qualls, 1999; Kubler-Ross, 1993). Muitas pessoas idosas viveram com os companheiros, durante muito tempo, tendo, compreensivelmente, laços fortes a uni-los, tornando a adaptação à viuvez difícil. Por outro lado, à medida que envelhecemos o número de mortes de amigos e familiares chegados aumenta e, conseqüentemente, a pessoa idosa pode experimentar uma sobrecarga de luto (Kubler-Ross, 1993). Estas experiências mais comuns e transições na idade avançada criam, muitas vezes, necessidades específicas de intervenção (Santrock, 2002).

As pessoas mais velhas preocupam-se, frequentemente, com a sua saúde e bem-estar, bem como com questões práticas e financeiras do seu dia-a-dia. Subjacente a estas preocupações, está o receio de deixarem de ser independentes, não poderem mais governar a sua vida e não conseguirem viver autonomamente na sua casa.

Algumas pessoas mais velhas experimentam sentimentos intensos de solidão, sobretudo quando permanecem na sua casa depois da morte do cônjuge e outras sentem que a sociedade as descartou (como é o caso de alguns reformados) (Simões *et al.*, 2009; 2010).

Frequentemente, a vivência da perda do companheiro(a), de amigos ou de familiares leva a uma consciência mais aguda da própria mortalidade. O aproximar da morte dá um sentido de urgência e de motivação ao trabalho terapêutico (Yalom, 2008). Providenciar aconselhamento especializado para as pessoas mais velhas nestas circunstâncias representa uma validação e uma valoração importante da sua vida e experiência (Rainsford, 2002; Knight, 1999).

Em suma, os fatores e processos coextensivos à duração da nossa vida que afetam a forma como uma pessoa envelhece são inúmeros e contribuem para que os indivíduos se tornem, crescentemente, diferentes uns dos outros. Este facto pode explicar a heterogeneidade dos indivíduos, na última fase da vida.

Os adultos mais velhos reagem às situações e acontecimentos da mesma forma que as pessoas de outras faixas etárias, e a capacidade para com eles lidar varia de pessoa para pessoa. A idade cronológica pode diferir, consideravelmente, da idade funcional e as eventuais mudanças incapacitantes relacionadas com a idade ocorrem a ritmos diferentes em pessoas diferentes - nem começam ao mesmo tempo, nem ocorrem simultaneamente - e o seu efeito é diferencial entre os indivíduos. Contudo, sejam quais forem as mudanças (fisiológicas, sensoriais, emocionais, físicas) que possam surgir com o decorrer da idade, a maioria dos idosos são saudáveis e vivem adequadamente e expressivamente no mundo contemporâneo.

Devido ao número crescente e à natureza heterogênea da população idosa, há necessidade de compreender os processos normais e patológicos do envelhecimento, para poder intervir com maior eficácia (Pinquart & Soerensen, 2001). Distinguir, por exemplo, as influências físicas e psicológicas nos sintomas e problemas é pertinente, e levanta questões novas, tanto para a avaliação como para a intervenção. Conhecimentos específicos sobre os efeitos das diferentes doenças crônicas, bem como aptidões e capacidade emocional para trabalhar com clientes com limitações ou deficiência tornam-se essenciais. Em suma, a formação e a reciclagem, seguida de supervisão com pessoas com mais experiência, é fundamental para os técnicos a trabalhar nesta área. Na perspetiva de Knight (1999), ver algumas pessoas idosas que são como os outros adultos não requer muita especialização, mas ver muitas pessoas idosas com problemas variados, e que se encontram em diferentes contextos, requer experiência e um conhecimento especializado (Knight, 2004). Este desafio tem de ser enfrentado, para que a confiança depositada nos terapeutas pelas pessoas mais velhas não seja defraudada.

Apesar das inúmeras questões, que ainda precisam de ser sujeitas a investigação, a literatura (Baltes & Carstensen, 1996; Baltes & Baltes, 1990) neste domínio aponta para um conjunto de pressupostos que contribuem para o sucesso da intervenção com pessoas de idade avançada, integrados no modelo CALTAP, e que passamos a resumir de forma breve. O primeiro destes pressupostos é evitar reducionismos, já que a complexidade é o que caracteriza muitas das situações de intervenção com algumas pessoas mais velhas. Neste sentido, é importante coordenar esforços de intervenção interdisciplinar, dentro de um sistema alargado e elaborado com o propósito de promover o bem-estar da pessoa idosa. Por outro lado, convocar o sujeito e tratá-lo como co-autor de um processo de intervenção favorece a elaboração e a prossecução dos seus projetos e, deste modo, a eficácia da intervenção.

No que concerne às pessoas mais velhas, várias formas de intervenção para diferentes problemáticas têm sido propostas. Estas vão, como vimos, de programas comunitários, à escala global ou local, e projetos para mudar as instituições a diferentes níveis, até intervenções terapêuticas, psicoterapêuticas individuais ou com grupos de pessoas idosas. A este nível podem-se encontrar, na literatura, estudos sobre a utilização de terapias diversificadas e conceituadas, como a terapia cognitivo-comportamental (Sorocco & Lauderdale, 2011; Dick-Siskin, 2002), a terapia psicodinâmica e a terapia familiar, ou referência a tipos de abordagens elaboradas, especificamente, para as pessoas mais velhas, como a terapia da reminiscência ou a terapia da validação.

Importa compreender quais as barreiras que dificultam o acesso das pessoas idosas à intervenção, o que é possível através da exploração da diversidade de atitudes, em torno da procura de apoio psicológico, bem como das limitações inerentes a esta mesma intervenção. Entre estes obstáculos, destacam-se a escassez de serviços especializados de geriatria e gerontologia; as dificuldades ao nível dos diagnósticos e da avaliação; as limitações de espaço dos locais onde é possível fa-

zer intervenção (Lima, 2011; 2008; Yang & Jackson, 1998); a falta de confiança nos técnicos com formação em psicologia (Lima, 2004); as crenças negativas, acerca da doença mental nesta fase da vida (Wong, 2000); o estigma associado à procura dos serviços de saúde mental por parte dos mais velhos (Knight, 2004); a ausência de prática adequada e supervisão clínica dos profissionais que intervêm com esta população (Nordhus & VanderBos, 1998); o paralelismo com a relação médico-paciente (mais hierarquizada e diretiva), que compromete o sucesso das intervenções na área da psicologia (Myers & Harper, 2004); e, finalmente, mas não menos importante, a resistência e relutância, por parte de muitos profissionais, em relação ao trabalho com esta população (Sousa *et al.*, 2007; Simões, 1985).

Apesar de ser inegável a existência de barreiras no acesso das pessoas mais velhas ao apoio psicológico, as intervenções com adultos de idade avançada têm-se revelado, de um modo geral, eficazes (Stirling, 2010; Van Etten, 2006; Teri & Logsdon, 1992). Além da sua eficácia, a intervenção em idades avançadas assume grande importância, dada a relevância do seu papel na promoção da qualidade de vida e na redução das incapacidades funcionais. Numa revisão da literatura sobre o domínio, Kennedy e Tanenbaum (2000) verificaram que, efetivamente, não obstante a maioria dos estudos analisados contarem com algumas limitações metodológicas, os resultados das intervenções eram positivos. Assim, muitas formas diferentes de intervenção e de terapia e aconselhamento, individuais ou grupais, realizadas em contexto institucional ou não, têm sido sugeridas, como podendo aliviar estados negativos e serem eficazes com pessoas mais velhas (Oliveira, Godinho & Lima, 2011; Barrowclough *et al.*, 2001; Gallagher-Thompson *et al.*, 2000; Knight, 1999; Gatz, 1998; Gatz & Knight, 1998). Esta eficácia tem sido demonstrada, em contextos variados, e para muitas situações, como a depressão (McBee, 2008; Qualls & Knight, 2006; Cappeliez, 2001; Scogin, 2000; Gallagher-Thompson & Steffen, 1994; Scogin & McElreath, 1994), os ataques cardíacos (Evans *et al.*, 1994) e os problemas familiares (O'Rourke, & Cappeliez, 2005; Qualls, 1996). Existem poucos estudos sobre o domínio da intervenção na demência (Miller, 2009), devido às limitações metodológicas, nomeadamente, a dificuldade em conseguir grupos de controlo e o facto do sucesso da intervenção estar muito dependente do estágio inicial da perturbação (Whitbourne, 2000; Wilcox, 1994). Todavia, de acordo ainda com estes autores, a orientação para a realidade, a reminiscência, a terapia da validação, a terapia cognitivo-comportamental e a modificação comportamental têm-se revelado eficazes e estão empiricamente bem sustentadas (Gatz & Knight, 1998). Kasl-Godley e Gatz (2000) concluíram, com base nos seus trabalhos, que as abordagens psicodinâmicas ajudam na compreensão das preocupações intrapsíquicas das pessoas com demência. Os grupos de apoio e a terapia cognitivo-comportamental capacitam o indivíduo para lidar e reduzir os stressores da idade avançada (Ramos, 2005). De eficácia provável para os adultos idosos são a intervenção cognitivo-comportamental nos distúrbios do sono e a intervenção cognitivo-comportamental, psicodinâmica e comportamental na depressão clínica (Roemer & Orsillo, 2009; Floyd, & Scogin, 1998; Gallagher-Thompson & Steffen, 1994).

A reabilitação cognitiva e o treino cognitivo têm-se mostrado eficazes na prevenção do declínio cognitivo. A reminiscência e a revisão de vida são, geralmente, adequadas para melhorar a sintomatologia depressiva, ou para promover a satisfação com a vida. Scogin e McElreath (1994) apresentam os resultados de uma meta-análise sobre intervenções psicoterapêuticas no tratamento da depressão em pessoas idosas, encontrando uma magnitude do efeito de $d = .78$, superior ao valor encontrado com uma meta-análise sobre o efeito dos anti-depressivos ($d = .57$, Schneider, 1994; referido em Scogin e McElreath, 1994) e equiparável aos resultados de uma meta-análise com jovens-adultos tratados com intervenção cognitivo-comportamental ($d = .73$; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990).

Em desordens como a ansiedade, a depressão, as perturbações do sono, demências e dependência de benzodiazepinas, as intervenções revelaram-se igualmente eficazes, nesta faixa etária (Roth & Fonagy, 1996). Concretamente, no que se refere às perturbações do humor, a depressão é, muitas vezes, considerada o maior desafio de intervenção com pessoas desta faixa etária, uma vez que a depressão maior afeta cerca de 15% desta população e contribui para uma maior incidência de suicídio, afetando a taxa de mortalidade nesta idade (Smyer & Qualls, 1999), e a redução da qualidade de vida (Pinquart & Soerensen, 2001). Além disto, a depressão aumenta a procura dos serviços de saúde (Laidlaw & Knight, 2008), os custos médicos (Knight & Poon, 2008) e as incapacidades funcionais (Bush, 2008). Todos estes fatores justificam a importância de ser empreendido um esforço acrescido para detetar precocemente os sintomas depressivos e implementar intervenções adequadas (Laidlaw *et al.*, 2004), que permitam reduzir o sofrimento, aumentar a qualidade de vida, prevenir o suicídio, promover ótimos níveis de funcionamento e autonomia, diminuindo, de forma expressiva, os custos sociais ao nível da saúde e colocando de parte a ideia, do senso comum, de que a depressão é uma parte natural do processo de envelhecimento (Salzman, 1997).

As dificuldades, no que se refere à depressão em idades avançadas, começam na fase de diagnóstico. De acordo com Gatz e Fiske (2003), existem inúmeros desafios metodológicos, que dificultam o correto diagnóstico da depressão nestas idades, nomeadamente: (1) o facto dos sintomas depressivos nas pessoas idosas serem diferentes dos sintomas apresentados no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM) (*American Psychiatric Association*, 2000); (2) na presença de comorbilidade com problemas de saúde física, os sintomas depressivos são atribuídos a causas médicas; (3) as *checklists*, que avaliam a depressão, incluem sintomas somáticos (ou seja, podem sinalizar sintomas depressivos, em idosos, que têm, na realidade, um problema físico); (4) na entrevista estruturada, devido a problemas de memória, muitos idosos não referenciam episódios depressivos do seu passado; (5) existem poucos estudos epidemiológicos com idosos institucionalizados; e (6) os idosos deprimidos podem ter menor probabilidade de sobreviver, até idades avançadas, levando à conclusão (neste caso errónea) de que a depressão diminui com a idade.

Na tentativa de caracterizar os sintomas da depressão nos idosos, Newmann, Engel e Jensen (1991) distinguiram uma constelação de sintomas que são mais frequentes em pessoas idosas, especificamente do género feminino, a saber: a perda de esperança, o desinteresse, a falta de energia, o desamparo e a lentificação psicomotora, sintomas que são agudizados por factores de risco, como a doença física, a demência ou o sentimento de solidão. Kennedy e Tanenbaum (2000), por sua vez, consideram que a depressão na idade avançada deve ser conceptualizada, não como uma categoria de desordem, mas como uma síndrome geriátrica com múltiplas etiologias, que requer uma combinação de intervenções específicas e que afeta, de acordo com Parashos e colaboradores (2002), sobretudo as mulheres com história passada de presença de sintomas depressivos e com falta de suporte social. As pessoas com um estilo mais pessimista e que tendem a atribuir acontecimentos negativos a causas internas, estáveis e globais, manifestam, com maior frequência, diagnósticos de depressão major (Seligman *et al.*, 1988). Na mesma linha de investigação, Watson, Clark e Carey (1988) constataram que a afetividade negativa estava relacionada com sintomas de ansiedade e depressão, predizendo desordens psiquiátricas, enquanto a afetividade positiva mantinha uma correlação negativa consistente com sintomas e diagnósticos de depressão.

No que se refere aos anti-depressivos, existem evidências da sua eficácia em idosos com diagnóstico de depressão major (Wilson, Mottram, Sivanranthan & Nightingale, 2001), embora a sua eficácia ainda não se encontre devidamente comprovada para casos de depressão minor⁹ (Oxman & Sengupta, 2002).

Por sua vez, a terapia cognitiva revela-se tão ou mais eficaz que os antidepressivos para a depressão major (DeRubbeis *et al.*, 2005), e igualmente eficaz para a depressão moderada ou minor (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998). Tal como salientam Oxman e Sengupta (2002), contrariamente à opinião de Williams *et al.* (2000), não existem evidências de que na depressão minor os idosos sejam menos sensíveis à intervenção.

As intervenções cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas breves têm demonstrado, igualmente, resultados positivos em idosos deprimidos, a par com as intervenções cognitivas (Oliveira, Lima & Godinho, 2010; Poon & Knight, 2009), resultados que se mostram igualmente expressivos, quando se trata de intervenções em grupo com idosos com diagnóstico de depressão major (Steuer, Mintz, Hammem, Hill, Jarvick & McCarley, 1984).

Oxman, Hegel, Hull e Dietrich (2008) chamam a atenção para o facto de o sucesso nas intervenções para combater a depressão, com pessoas desta faixa etária, ser moderado pelo estilo de *coping*, de modo que quando este é predominantemente

⁹ Depressão Minor é, de acordo com Marques-Teixeira (2007), uma depressão que provoca mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional, ou noutras áreas do funcionamento como na saúde, mas não preenche os critérios para a depressão major ou distímia.

evitante (caracterizado pela negação e pouco envolvimento comportamental) os resultados são menos positivos. Thompson, Callagher e Breckenridge (1987), ao compararem intervenções com abordagens teóricas diferentes (comportamental, cognitiva e psicodinâmica breve), constataram que o tipo de intervenção não influencia o sucesso da mesma, enquanto o compromisso e envolvimento dos participantes determina, de forma decisiva, os resultados alcançados com a intervenção.

Importa ainda analisar o que contribui para a manutenção dos resultados depois de terminada a intervenção na depressão. Neste domínio, de acordo com Dobson e colaboradores (2008), os melhores resultados na prevenção da recaída encontram-se na terapia cognitiva, comparativamente à utilização de anti-depressivos de forma continuada. Scogin e McElreath (1994) ao analisarem resultados de *follow-up* de grupos experimentais e de controlo, para determinar os efeitos a médio e longo prazo de diversas intervenções, também concluíram pelo sucesso das intervenções psicossociais.

Consequentemente, as investigações disponíveis apoiam a eficácia das intervenções psicológicas com adultos de idade avançada revelando que estes são, sobretudo, receptivos a psicoterapias breves, focalizadas nos problemas e nos objetivos do cliente idoso (Oliveira & Lima, 2011; Kennedy & Tanenbaum, 2000; Gorsuch, 1998). No que concerne às questões familiares, o aconselhamento, os grupos de apoio e as intervenções psicossociais têm sido considerados ferramentas essenciais, embora os recursos comunitários, a este nível, ainda sejam escassos no nosso país.

Incluída, neste grande bolo das abordagens possíveis, encontramos a intervenção psico-educativa e desenvolvimental que, não pretendendo curar ou tratar, surge como uma proposta realista e promissora para os recursos nacionais existentes.

Porém, é de sublinhar que a avaliação neuropsicológica das pessoas mais velhas, devido à necessidade de despiste das demências, tem sido mais sistematicamente sujeita a investimento do que a intervenção, propriamente dita, o que faz esperar que a investigação nesta área traga os seus frutos num futuro que se quer próximo. Por outro lado, a elevada prevalência de doenças na população de idade avançada torna extremamente importante dar também atenção às causas físicas dos sintomas e aos efeitos da medicação (Bortz & O'Brien, 1997).

A multiplicidade de formas de viver não é exclusiva da idade avançada, porém, esta constatação, nesta fase, reforça o lugar da prevenção e da educação na promoção do bem-estar que, quando presentes de forma eficaz, minimizam os danos no decurso do desenvolvimento, assumindo particular relevância para ditar o 'sucesso' na idade avançada. Albee (1982) já há algumas décadas sublinhou que a prevenção primária dos distúrbios emocionais e mentais deve contemplar a redução de sobrecarga desnecessária e o aumento do *empowerment*, da auto-estima, da rede de suporte e da competência social, salientando que, à medida que as com-

petências de *coping* dos indivíduos aumentam, as consequências dos stressores diminuem.

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas diversas investigações na área da prevenção da depressão (*e.g.*, Cuijpers & Willemse, 2005), solidão (Stevens, Martina & Westerhof, 2006), competências de *coping* proactivas (Bode, De Ridder, Kuijer & Besing, 2007), centração na aceitação e no presente através de técnicas de Mindfulness (Lima *et al.*, 2011; Crane, 2009; Hick & Bien, 2008; Baer, 2006; Hayes *et al.*, 2004), aprender a perdoar e a esquecer (Cosgrove & Konstam, 2008), a ser compassivo (Gilbert, 2005) e a desenvolver capacidades de auto-regulação (Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005).

Existe também um número considerável de estudos sobre prevenção com pessoas idosas na área da saúde, relacionando fatores de risco com diferentes condições ou doenças (*e.g.*, Glick, 2009; Golden, 2008; Sundberg *et al.*, 1983). O objetivo destas estratégias preventivas é reduzir ou atrasar o aparecimento de disfunções normalmente associadas ao envelhecimento. Simões (2005) refere que muitas doenças crónicas são precedidas de sinais premonitórios (como o aumento da tensão arterial ou o aumento do peso), aos quais raramente se dá a devida importância. Se porém, mesmo face a valores considerados normais se adoptasse uma atitude preventiva (fazendo dieta ou exercício físico), poderia, muitas vezes, evitar-se que uma situação crónica se instalasse (Sousa *et al.*, 2007). Nesta promoção da saúde e prevenção de factores de risco na velhice, é importante considerar a percepção de controlo, ou seja, a crença nos resultados positivos inerentes à execução desses comportamentos e, por outro lado, as expectativas, quanto aos resultados, e a sua influência num envelhecimento bem-sucedido, uma vez que estão relacionadas com a iniciação e manutenção de comportamentos promotores de saúde.

Um bom exemplo de intervenção preventiva com idosos são os grupos de desenvolvimento, que têm como objetivo a prevenção e o desenvolvimento e consistem na formação de um grupo temporário, destinado à aprendizagem experiencial de novos padrões de comportamento, permitindo o desenvolvimento do auto-conhecimento, o aumento do interesse pelos outros, o estabelecimento de relações interpessoais mais eficazes e a tomada de consciência dos processos que facilitam ou inibem o funcionamento do grupo (Lima, 2011; Lima & Gonzalez, 2007; Lima, 1996; Gazda & Pistole, 1985; Schutz, 1971). Estes grupos assumem particular relevância, dada a importância da prevenção, porque ou uma vez que, segundo Coleman, Ivani-Chalian e Robinson (1993), o envelhecimento é também (e sobretudo, diríamos nós) desenvolvimento.

Em suma, além da menor resistência à adesão ao apoio preventivo por parte das pessoas idosas, os resultados positivos que vão sendo evidenciados atestam a sua relevância (Wong, 2000). Associadas à prevenção existem, igualmente, inegáveis vantagens sociais e políticas, na medida em que, mantendo serviços preventivos,

promotores da qualidade de vida dos mais velhos e o seu envolvimento comunitário, atrasa-se ou suprime-se a necessidade de gastos posteriores mais dispendiosos (Godfrey, 2001).

A prevenção e a educação assumem, deste modo, uma posição de destaque numa perspetiva que sublinha a importância dos fatores culturais e do contexto, como processos que permitem ajudar as pessoas a mudar e a alterar comportamentos de risco, evitando ou atrasando consequências graves ao nível funcional, emocional e social. No entanto, para que tal aconteça, é necessário trabalhar lado-a-lado com as pessoas, o que constitui o segredo do sucesso da prevenção em idades avançadas (Simões *et al.*, 2006b; Snyder & Lopez, 2002).

Even if we are not personally responsible for the circumstances in which we find ourselves, we are still responsible for the meaning we give to our lives as we choose our attitudes towards, and behaviour in, such situations.

Clarkson, 1989, pp. 24-25.

3. Intervenção em grupo

Apesar das sociedades e revistas científicas de/sobre a intervenção/psicoterapia de grupo apresentarem ainda poucos estudos sobre os benefícios desta abordagem na idade avançada, a generalidade dos estudos existentes sobre a intervenção em grupo com pessoas idosas, apontam para a sua eficácia (por exemplo, Husaini *et al.*, 2004, reduziram significativamente os sintomas depressivos de pessoas idosas com 12 sessões de terapia grupo). Em termos de formato, a intervenção em grupo tem, aliás, sido identificada, por autores como Aday e Aday (1997), como uma abordagem preferencial para a maior parte dos problemas e desafios da idade avançada. Lubin, Wilson, Petren e Polk (1996) — num exemplo bastante significativo — reviram 1.793 investigações e livros, em torno de métodos de grupo, organizados em cinco grupos etários, mostrando as vantagens deste tipo de abordagem com pessoas idosas. Quer os grupos temáticos (*e.g.*, com tópicos, como a adaptação à reforma ou 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.

3.1. História da intervenção terapêutica em grupo

De acordo com Saidon (1983; ver Quadro 2), foi o desenvolvimento, tanto da Psicanálise como da Microsociologia e do Psicodrama que permitiu o ‘pensamento original em teoria dos grupos’ (p.17). Posteriormente, ainda segundo este autor, entrelaçaram-se, ecleticamente, estas tendências que, associadas à consideração do horizonte político-económico e cultural, em que se desenvolveram e desenvolvem estas técnicas, fazem com que tivessem recebido também marcantes influências ideológicas. O impacto do trabalho de K. Lewin, por volta dos anos 40 do século passado, concedeu ao domínio um estatuto científico. A partir do pós-

-guerra, a área é progressivamente ampliada, fruto, em parte, da necessidade de expansão do atendimento, no domínio da saúde mental, a várias populações e da implementação de programas comunitários. A partir dos anos 60, assistimos a uma nova reformulação no trabalho terapêutico com grupos, influenciada pelo auge das chamadas técnicas do potencial humano, com origem na Califórnia. Estas vieram a incluir no trabalho terapêutico as técnicas não verbais e o trabalho corporal (Staunton, 2002; Argyle, 1975).

Quadro 2 – Linhas de influência nas terapias de grupo (construído com base no trabalho de Saidon, 1983)

Teorias originais da Psicoterapia de grupo (1930-1962)	Desenvolvimentos teóricos e renovações técnicas sobre as Teorias Originais (1962-)	Referências ideológicas e filosóficas predominantes nas diferentes práticas
T. Group (K. Lewin)	Sensitivity training ^A	Filosofia existencial
	Grupos de encontro	Irracionalismo ^B
	Terapia Gestalt	Filosofias orientais
Psicanálise (L. Wender; P. Schillder)	Análise transaccional	Positivismo
	Grupo Operativo ^C	Estruturalismo
	Grupo Psicanalítico	Sociologia materialista-histórica ^E
	Análise Institucional ^D	Linguística estrutural
Psicodrama (J. Moreno)	Psicodrama Psicanalítico	Estruturalismo
		Espontaneísmo

^A *Sensitivity Training* é uma forma de treino que torna a pessoa consciente dos seus próprios preconceitos e mais sensível em relação aos outros.

^B O termo irracionalismo designa uma corrente de pensamento muito difundida no fim do século XIX e início do século XX, principalmente entre os filósofos europeus. Com raízes na metafísica, o irracionalismo enfatiza o papel do instinto, do sentimento e da vontade, em oposição à razão.

^C Formulado pela escola de Psicologia Social de Pichon-Rivière.

^D A Análise Institucional surge nos anos 70 como uma abordagem que propõe, através da articulação de conceitos e instrumentos de análise a transformação das instituições e das suas ações.

^E O materialismo histórico procura as causas de desenvolvimentos e mudanças na sociedade na atividade económica. É uma abordagem metodológica elaborada, no séc. XIX, por Karl Marx e Friedrich Engels.

O interesse pelo estudo dos pequenos grupos eclodiu, inicialmente, na Sociologia moderna, visto a experiência imediata da vida social acontecer sempre em grupo – família, turma, amigos, colegas de trabalho... Subjacente a este investimento, encontrava-se a esperança de que o seu estudo permitisse descobrir as leis profundas que regem tanto o indivíduo como a sociedade e, conseqüentemente, libertar

esta última da luta de classes, racismo etc.. Nesta linha, Charles Fourier (ainda no séc. XIX) propôs uma comunidade utópica que, de certo modo, antecipava, no seu funcionamento, as regras da Psicologia do Grupo. Mas serão Durkheim¹⁰ e Freud que irão permitir assentar as bases para uma psicossociologia dos grupos restritos. O primeiro contribuiu com a compreensão dos processos coletivos e introduziu o conceito de 'dinâmica Social'. Freud esclareceu as relações entre o líder e o grupo, com a sua conceptualização do ideal do eu e dos enlaces libidinais que regulam a existência de qualquer agrupamento. Tanto o modelo sociológico como o psicanalítico prepararam o terreno, onde Kurt Lewin, em 1944, irá cunhar a expressão 'dinâmica de grupo', num artigo dedicado às relações entre a teoria e a prática da Psicologia Social¹¹. O seu estudo, através da metodologia da investigação-ação, sublinhou a importância da relação entre a investigação e a intervenção e que a mudança e a resistência à mudança são dois elementos fundamentais da vida em grupo. Kurt Lewin (1935/51) deu ainda uma grande relevância ao enquadramento institucional no qual as pessoas estão inseridas, ao espaço vital concebido como a totalidade dos factos (reais, fictícios, irreais ou ideais), que determinam o comportamento de uma pessoa num determinado momento, e que o autor tão bem resumiu na famosa fórmula: $C = f(P, M)$ ¹². Para este psicossociólogo americano o grupo consiste numa totalidade dinâmica, que não resulta da soma dos seus ingredientes, possuindo propriedades e processos específicos, observáveis enquanto totalidade (Saidon, 1983). A maioria dos psicólogos preocupava-se tanto com aspectos destacados da vida mental do indivíduo que acabavam por esquecer que é o grupo social que a configura. Assim sendo, a importante contribuição de Lewin¹³ advém do facto de chamar a atenção para a interdependência entre o indivíduo e o grupo. Ao nível do poder terapêutico dos grupos, constatou, com base na sua investigação durante a Segunda Guerra Mundial, que os indivíduos sentiam uma ação de efeito terapêutico quando ouviam outras pessoas a falar dos seus problemas e da forma como estes podiam ser resolvidos.

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 baseia-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 colectivas com uma

¹⁰ Considerado o fundador da Escola Sociológica Francesa.

¹¹ Lewin, K. (1944). Dynamics of group action. *Educational Leadership*. 1: 195-200.

¹² Comportamento é função da personalidade em interação com o meio.

¹³ Embora os práticos da dinâmica de grupos sejam Lewinianos não podemos, no entanto, descuidar outras influências como a obra de Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), na Argentina, que propõe os grupos operativos, que nascem da articulação entre as teorias lewinianas e a psicanálise, e a obra de Sherif (1956) que mostrou que os sujeitos são influenciados pelas normas do grupo.

finalidade terapêutica, vindo os seus procedimentos a ser, posteriormente, denominados de psicoeducativos. Porém, foi Moreno, em 1931, que cunhou a expressão 'Psicoterapia de grupo'. Pratt (e Silver) enfatizaram a importância da instrução, da inspiração e do apoio emocional proporcionados pelo grupo. Porém, 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, muitas pessoas mais velhas carecem de uma matriz relacional, que possa promover a atividade do eu. A interação social, o apoio empático, e a validação dada pelo grupo providenciam um contexto, onde a pessoa idosa isolada pode abastecer-se emocionalmente. Silver e Linden trabalharam com pessoas idosas, com muitas limitações, e institucionalizadas (Shyam & Yadev, 2006). As vantagens eram os claros benefícios económicos e a sua eficácia no combate ao isolamento e, por outro lado, o questionamento do pressuposto de que as pessoas mais velhas não respondiam à intervenção terapêutica ou à mudança emocional.

Por volta dos anos 90, o interesse de Yalom pela terapia com pessoas de idade avançada colocou a intervenção numa perspectiva predominantemente existencial. A obra de Leszcz (1992) 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 são usadas com pessoas desta faixa etária.

3.2. Vantagens/desvantagens em relação a outras formas de intervenção

Existem inúmeras vantagens da intervenção em grupo com adultos de idade avançada. As principais razões, na perspectiva 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 feitas individualmente.

As vantagens terapêuticas resultam, na perspectiva de Yalom (2005, 1985, 1970), dos 11 factores 'terapêuticos' da terapia de grupo, que vão variando de importân-

cia em função da fase do processo terapêutico, e que passamos a apresentar (ver resumo no Quadro 3).

Quadro 3 – Fatores terapêuticos das terapias de grupo (Yalom, 2005)

Dar esperança	fé em que o tratamento pode e será eficaz
Universalidade	não estamos sós na nossa ‘miséria’ e problemas
Partilha de informação	instrução didática sobre a saúde e a doença mental ou o que quer que seja o foco do grupo
Altruísmo	oportunidade de sair de si e ajudar outrem; sentimento de utilidade
Recapitulação corretiva do grupo familiar primário	a experiência de relações transferenciais fora das experiências familiares primárias cria a oportunidade de reaprender e clarificar distorções
Desenvolvimento de técnicas de socialização	aprendizagem social ou desenvolvimento de aptidões sociais
Comportamento imitativo	assumir o jeito de membros do grupo que funcionam mais adequadamente
Aprendizagem interpessoal	receber <i>feedback</i> dos outros e experimentar novas formas de estabelecer relação
Coesão grupal	atratividade de um grupo para os seus membros
Catarse	oportunidade de expressar afeto forte
Fatores existenciais	reconhecimento dos aspetos básicos da existência através da partilha com os outros (<i>e.g.</i> , solidão fundamental, morte, responsabilidade pelas nossas acções)

O primeiro destes fatores é **dar esperança**, ou seja, o grupo promove a crença de que o tratamento pode ser e será eficaz (Yalom, 2005). Este fator deve ser capitalizado, mesmo antes da psicoterapia começar, através do reforço das espetativas positivas em relação ao processo terapêutico. Segue-se a **universalidade**, que é entendida como a demonstração de que não estamos sozinhos na nossa ‘miséria’ e nos nossos problemas. Trata-se de desenraizar a crença de que os nossos problemas são únicos e imutáveis, descobrindo pontos em comum com os outros elementos do grupo. A terapia de grupo fomenta, assim, a descoberta das comunicações e a sensação de universalidade, transformando o esforço de cada indivíduo em algo de menos exclusivo e insuperável. O terceiro fator é a **partilha de informação**, que consiste em fornecer informação didática sobre a saúde mental,

doença mental, ou seja qual for o problema alvo do grupo ou elemento do grupo, obtendo e partilhando, desta forma, conhecimentos sobre as mudanças e transições ao longo do ciclo de vida.

O **altruísmo** é o quarto fator, que consiste na oportunidade de sair de si e ajudar outra pessoa, fornecendo conselhos e interajuda. A pertença ao grupo aumenta a auto-estima, através do altruísmo e da empatia (Rogers, 1956; 1944), visto que, para além de ser ouvida e apoiada, a pessoa idosa sente-se valorizada pelo que acrescenta ao grupo, ao apoiar os outros. Este efeito aplica-se quer nos casos em que o grupo formado tem idades uniformes, quer quando tem uma composição mais heterogénea.

O fator seguinte é a **recapitulação corretiva das problemáticas familiares**. A experiência no grupo dos processos transferenciais, baseados nas experiências familiares originais, permite uma oportunidade de reinterpretar e clarificar essas relações.

O sexto fator curativo do grupo consiste no **desenvolvimento de técnicas de socialização** – aprendizagem social ou desenvolvimento de aptidões interpessoais. A interação social promove, conseqüentemente, a coesão, a aceitação da diferença e aprendizagem de novas aptidões relacionais, bem como, objetivação de formas de atuação alternativas.

O sétimo factor é o **comportamento imitativo**, ou seja, modelar o comportamento pelos membros do grupo, que funcionam mais adequadamente ao nível, por exemplo, da flexibilidade, criatividade, auto-exposição e relativização.

O oitavo fator é 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. O nono fator é a **coesão grupal** que corresponde à relação terapêutica¹⁴ ou *rapport* da terapia individual, nas palavras de Yalom (1985, p.48) “*Cohesiveness in group therapy is the analogue of relationship in individual therapy*”.

A coesão baseia-se na atratividade do grupo para os seus membros e pode definir-se como a soma do sentimento de pertença dos diferentes membros, como aquilo que os leva a manterem-se no grupo e está relacionada com os resultados positivos da psicoterapia. A coesão nos grupos de pessoas idosas institucionalizadas atinge-se em cerca de 2 a 3 meses.

A **catarse** é o décimo factor e consiste na oportunidade para experienciar e expressar afetos fortes. Por fim, seguem-se os **fatores existenciais** – reconhecimento,

¹⁴ Caraterizada pela confiança, acolhimento, compreensão empática, e aceitação incondicional.

através da partilha com os outros, dos aspetos básicos da existência (*e.g.*, solidão, morte, responsabilidade pelas nossas acções). Este fator remete para o 'darmo-nos conta' da nossa responsabilidade última em relação à nossa vida - diminuindo o sentimento de solidão e desesperança. 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 securizante e no qual está presente um profissional pronto a intervir, sempre que necessário (Yalom, 2005).

O idoso, membro do grupo, desenvolve, igualmente, a auto-empatia e a aceitação incondicional de si, ou seja, a clarividência sobre as imagens dos outros sobre si próprio. Em termos práticos, de acordo com Dombeck e Wells-Moran (2006), 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. É sabido também que os pacientes em contexto institucional atingem mais rapidamente a coesão grupal devido talvez ao contacto mais intenso e, muitas vezes, diário.

Podemos ainda acrescentar, que implementa o planeamento realista de objetivos e a independência, em relação ao técnico, promovendo a autonomia e o controlo. Este último fator é muito importante, já que dar poder às pessoas mais velhas é uma das ferramentas mais eficazes na promoção do seu bem-estar e na prevenção do abuso e da negligência (Anetzberger, 2005; Ferreira-Alves, 2005; 2004).

Como seria também de esperar, colocam-se algumas limitações ao uso deste tipo de intervenção terapêutica com pessoas de idade avançada. Altolz (1978, cit. in 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 e com a consciência da sua aproximação à morte.

Encontram-se ainda dificuldades resultantes do eventual curto tempo de 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, co-orientação para mais apoio e ativação das possibilidades transferenciais (Foster e Foster, 1989). Por outro lado, nem todos os pacientes estão indicados para terapia de grupo - a individual é recomendável, quando temos pacientes com psicopatologia severa e perturbações cerebrais reversíveis, pessoas agressivas em relação ao grupo ou ao terapeuta. Por outro lado, pessoas com conflitos culturais ou religiosos devem ser colocadas em conjunto com cautela. No entanto, um grupo bem orientado pode, passadas algumas sessões individuais, ultrapassar estas questões.

3.3. Tipos de intervenção terapêutica em grupo

Loose your mind and come to your senses.

Perls, 1969

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 institucionalizado e contextos não clínicos. Abarca desde as pessoas saudáveis ao espectro das desordens funcionais (depressão, estados paranóides, desordens de carácter), até às pessoas idosas com limitações orgânicas significativas. De acordo com Spira (1997), 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 factores 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 a doença. A partir dos anos 80, alguns estudos começaram a revelar que os factores psicossociais contribuíam também para o desenvolvimento da doença (Szasz, 1961). Neste sentido, as intervenções dirigidas à promoção da qualidade de vida, e não apenas à doença, começaram a ter lugar. Na verdade, avaliar para melhorar a qualidade de vida dos doentes cria condições para melhorar também a sua saúde física (Oliveira, 2011; Spira, 1997).

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 de pessoas, na mesma situação¹⁵, ou que partilham as mesmas dificuldades, ou, ainda, de casais ou famílias (Figueiredo, Lima & Sousa, 2009; Lima, 2008; Figueiredo, 2007). Esta última intervenção é muito útil porque aborda a questão das reacções emocionais dos diferentes membros da família, a propósito dos problemas da pessoa idosa e do envelhecimento. Os grupos podem ainda ter uma orientação teórica mais reconhecida (dinâmica; cognitivo-comportamental) ou funcionar segundo propostas mais marginais ou menos conhecidas. Como exemplo temos os grupos autobiográficos de Birren (*guided autobiography groups*; Birren & Deutchman, 1990) que é um método usado para explorar o sentido da vida (Bruner, 1990). 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, direccionados para pessoas com problemas mais profundos).

¹⁵ Alguns autores têm defendido a importância da relativa homogeneidade dos grupos (Levine e Schild, 1969) dado que facilita os sentimentos de empatia (Rogers, 1970) e de aceitação e, conseqüentemente, atenua a alienação e o medo de rejeição.

A literatura sobre a intervenção psicoeducativa e psicossocial com idosos sugere, aliás, que os grupos de entreaajuda¹⁶ (também conhecidos por grupo de pares) e o aconselhamento terão um papel crescente no arsenal de ferramentas da gerontologia. Sintomas e síndromas depressivos, como as dificuldades de adaptação e do pós-luto, podem ser aliviados, através da participação em grupos de entreaajuda.

Os grupos de desenvolvimento, em sentido lato, são grupos temporários, afastados da situação em que os sujeitos geralmente se encontram, destinados à aprendizagem experiencial de novos padrões de comportamento (Dornelles, 2010; Shapiro, 1978). Estes decorrem da experiência imediata do grupo, e são testados num clima favorável à mudança. Protegidos das consequências práticas habituais, permitem desenvolver o autoconhecimento, 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, arrumam 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, institucionalizadas em unidades geriátricas. A estimulação sensorial abarca um conjunto de técnicas, que podem ser usadas em grupos de pacientes idosos, sobretudo com limitações motoras e cognitivas e que apresentem dificuldades na discriminação sensorial. O objetivo desta abordagem é o de envolver o paciente numa estimulação multi-sensorial, de modo a aumentar a sensibilidade e, conseqüentemente, potenciar a sua relação com o ambiente. Constituídos grupos de 5 ou 6 pessoas, de forma planificada, os pacientes são convidados a designar objetos, sentir texturas e tocar instrumentos. O formato de grupo providencia um contexto para o *feedback* dos pares, envolvimento social e aumento da atenção e percepção sensorial. Alguns autores têm defendido a realização de mais de uma sessão por dia, para manter a continuidade e o elevado nível de estimulação.

A orientação para a realidade (*RO: Reality Orientation*) é uma intervenção em que um dos seus componentes¹⁷ é feito em grupo e pretende lidar, diretamente, com os sintomas de confusão, desorientação e deficiência mnésica através da estimulação cognitiva intensiva. Esta abordagem foi desenvolvida por Folsom (1968), que defende que nenhum paciente é totalmente confuso, e que é tarefa dos técnicos encontrar as áreas saudáveis do paciente e expandi-las. A técnica foi desenvolvida para instituições com internamento, mas pode ser aplicada em centros de dia. No

¹⁶ As terapias de entreaajuda têm como melhor exemplo os Alcoólicos Anónimos, cujos elementos são alcoólicos e ex-alcoólicos que se apoiam uns aos outros. Neste tipo de abordagem, evita-se a formação de líderes, fomenta-se a homogeneização dos participantes, indo ao encontro aos seus objectivos terapêuticos.

¹⁷ O outro componente — 24h RO — consiste em intervir no sistema organizacional.

processo RO todos os contactos entre o pessoal e os pacientes são usados para implementar a tomada de consciência destes sobre o tempo, lugar e pessoas. A repetição da informação e o reforço do paciente pela resposta correta é essencial. Auxiliares ambientais, como relógios grandes, calendários, quadros com a data e o tempo, são usados num ambiente que se quer sempre reforçador e securizante. Os grupos RO são formados por cerca de 4 pessoas e reúnem-se diariamente para (re)aprender e repetir informação. A investigação (Hepple *et al.*, 2002; Harris e Ivory, 1976) apoia a eficácia de RO sobretudo quando a intervenção em grupo é conjugada com a intervenção ambiental.

A terapia da remotivação está organizada como um programa de grupo estruturado, usado com sujeitos idosos institucionalizados, não afetados verbalmente. Tem como objetivo chegar aos interesses dos pacientes, através de discussões em grupo sobre a vida do dia-a-dia (*e.g.*, refeições...) e abarca técnicas que permitem ressocializar o indivíduo e ativar os seus interesses, ajudando-o a aprender ou re-aprender conhecimentos. Pode ter de 8 a 15 membros, que se encontram uma ou duas vezes por semana. Tradicionalmente, esta terapia segue um plano formal de 5 passos, que vai desde estabelecer um clima de aceitação até à introdução e discussão de um tópico relevante de discussão ligado aos interesses, necessidades e nível de funcionamento do grupo. Pode também passar pela realização de tarefas. Os membros do grupo são incentivados pelo líder a explorar o assunto, em diálogo aberto, a usar os seus recursos intelectuais disponíveis e a aplicarem os seus conhecimentos derivados das suas experiências de vida. Os resultados do estudo de Bovey (1971) mostram que esta abordagem aumenta, significativamente, a auto-estima dos pacientes.

A segunda categoria de intervenção em grupo com pessoas de idade avançada, proposta por Foster e Foster (1989), é a das 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 aqueles em que tal não é possível, Feil (2010) 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) facultava um '*tea party*' com conversa, refrescos e jogos com os pacientes geriátricos psicóticos, que melhoravam o humor, a aparência física e a higiene. Wolff (1957) descreve as vantagens da abordagem do 'irmão compreensivo', no trabalho em grupo com gerentes com afeções orgânicas, como sendo mais eficaz na melhoria da orientação e do interesse do que as abordagens individuais.

Para os pacientes geriátricos institucionalizados, cujas funções linguísticas estão intactas e que conseguem manter a atenção durante algum tempo, pode recorrer-se a um processo de grupo mais convencional com alguma preocupação inicial com as questões somáticas dos elementos do grupo, uma adesão à solicitação do

terapeuta para recordar acontecimentos anteriores da sua vida e, com o decorrer do processo, tornar-se o centro das discussões do grupo a expressão de conflitos e sentimentos internos sobre as suas circunstâncias de vida presentes. Relatórios de avaliação destas intervenções mostram, recorrentemente, aumentos em áreas como a auto-estima e aptidões de socialização e aumento na 'alegria de viver'. Mais recentemente, tem sido referida a utilização de grupos de reminiscência e de revisão da vida (Gonçalves *et al.*, 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 tragam 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, na sua capacidade de repautar as matrizes relacionais padrão dos pacientes (Foster e Foster, 1989).

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

De facto, a terapia de grupo pode ter um caráter permanente ou possuir um número pré-determinado de sessões. Enquanto um grupo terapêutico de caráter 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 *a priori*, sendo caracterizados por, normalmente, não adicionarem mais membros após as primeiras sessões. Nestes 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 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 psicológicos. Tendem, ainda, a ser abertos, devido à natureza do processo terapêutico. Conquanto alguns deles são 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

gias para lidar com o problema e/ou a mudança de comportamentos ou crenças disfuncionais. Este tipo de grupo terapêutico pode ter duração indeterminada ou constituir-se como um grupo de tempo limitado.

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-directivas, que utilizam a psicanálise como terapia de eleição (Greenberg, 2009); técnicas de expressão psicomotora e dramática que, para além do que é verbalizado, utilizam arte (Johnson *et al.*, 1996), jogos, dramatizações e atividades expressivas, corporais¹⁸ e experienciais (Riley *et al.*, 1989; Espenak, 1981).

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 seja de 6 a 12 pacientes e cada sessão durar, normalmente, entre 75 a 120 minutos. Nela, idealmente, cada membro procura exprimir os seus próprios problemas, sentimentos, ideias e reações, da forma mais sincera possível.

3.4. Procedimentos e considerações gerais da intervenção em grupo

Em certo sentido, o grupo é como qualquer relacionamento íntimo: não é estático, a utopia nunca é atingida, as águas mansas podem transformar-se em águas revoltas por algum tempo e é necessário um compromisso de realizar o trabalho difícil, porém compensador, de ir adiante.

Corey et al., 1983, p. 141.

A terapia de grupo necessita de uma estrutura de base para o seu adequado funcionamento (Douglas, 1976, cit. in Fernandes, 2006; Leal, 2005). É necessária clareza de objetivos, preparação e seleção dos diferentes elementos a incluir no grupo, noção sobre a duração da terapia e as técnicas a usar durante o processo terapêutico, compreensão sobre o desenvolvimento do grupo por diferentes etapas de maturação e definição clara do papel que cabe ao terapeuta (e aos co-terapeutas, caso existam).

Terá que haver, assim, uma razão muito bem definida 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 auto-conhecimento 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 uti-

¹⁸ “O corpo é realmente uma objectivação, um registo tangível dos hábitos mais antigos e profundamente arraigados...” (Sheldon, 1949; in Schutz, 1973, p.15).

lizada para atender a diversos tipos de problemas psicológicos (desde promover a auto-estima, a controlar os impulsos, ou adaptar-se a novas situações), e tem sido usada numa enorme variedade de situações e problemas (*e.g.*, para redução de quedas, Hakim, 2004; para cuidadores, via internet, Marziali, 2006; com pessoas idosas com HIV, via videoconferência, Heckman, 2010; com pessoas com doenças degenerativas, Marziali e Donahue, 2006; com pessoas idosas com desordem generalizada de ansiedade, Wetherell, 2002; para preparar para as mudanças associadas à idade, Shlomo, 2002). Os objetivos e a duração do grupo devem ser dados *a priori*, tendo ainda em conta que se deve dar informações sobre a eventualidade de serem usadas técnicas muito diferentes do habitual ou de as sessões serem, por exemplo, filmadas. Todos os princípios éticos sobre a intervenção (*e.g.*, confidencialidade, possibilidade de sair a qualquer momento) devem ser tidas em consideração.

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 (Leal, 2005; Duffy, 1999; Haley, 1999; Zarit & Knight, 1996). 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 (Lima, 2011; Haley, 1999), de molde a responder a clientes que, muitas vezes, têm múltiplos problemas físicos e psicossociais. Se os terapeutas conseguirem lidar com a complexidade inerente a esta fase da vida e focalizarem nos aspetos mais relevantes e passíveis de mudar, auxiliarão, pela certa, os clientes mais velhos. Independentemente do contexto da intervenção, as aptidões comunicacionais do terapeuta são muito importantes para o sucesso da intervenção (Woolhead *et al.*, 2006). Escutar e responder, certamente, é sempre importante, sobretudo, quando o paciente pode, eventualmente, ter 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, deixando de lado preconceitos sobre as pessoas com quem trabalhamos (as pessoas mais velhas), e reconhecendo naturalmente os nossos limites como técnicos.

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 *et al.*, 2011).

Deste modo, nos estádios iniciais do grupo, são as subsequentes as tarefas fundamentais do terapeuta “criar um ambiente que contribua para construir a confiança; lidar com os medos e ansiedades e expectativas dos membros; estar consciente dos sentimentos negativos e do conflito no grupo; assinalar o valor da identificação e elaboração do conflito entre os membros; modelar um comportamento

não-defensivo ao ser questionado; trabalhar no sentido de reduzir a dependência dos membros em relação ao líder e aumentar a responsabilidade individual; ensinar os membros a falarem diretamente e a confrontar-se de maneira eficaz; incentivar os membros a expressarem os sentimentos e reações persistentes que sejam pertinentes ao grupo; ajudar os membros a irem mais além do que tipicamente fazem na expressão de suas reações pessoais' (Corey *et al.*, 1983, p. 134).

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: falta de entusiasmo, pouca energia, silêncios constrangedores (Corey *et al.*, 1983, p. 102). 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 grupo assumem responsabilidade pelo modo como 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.

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 directiva a um membro, para fins de focalizar o material, aumentar ou exagerar o afecto, 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 movimento e processos. De certo modo, é necessário 'aprender a dançar' com os nossos clientes. Assim, de acordo com Corey *et al.* (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".

Mas a mudança não se faz apenas com base nas técnicas, mas, e sobretudo, com suporte no relacionamento com o terapeuta e entre os elementos do grupo. Da mesma forma que muitos dos comportamentos inadaptados nasceram de uma relação com falhas, também é possível que novos comportamentos sejam cimentados através de um novo modelo de relação. Será a qualidade da relação que ditará,

com a 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 (Egan, 1986; Corey *et al.*, 1983). Em suma, as técnicas são valiosas e importantes, mas devem ser usadas com cautela (Lima, 2011; Yalom, 2005; Corey *et al.* 1983). 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).

A escolha de que técnica usar é, muitas vezes, ditada pelo enquadramento conceptual e personalidade do terapeuta, bem como, a 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 *et al.*, 1996). Não obstante o terapeuta deve, recorrentemente, questionar-se sobre a adequação de determinada técnica às pessoas com as quais está a trabalhar. 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, das eventuais resistências que possam ter. 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 uma oportunidade 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 interacção 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 *setting* terapêutico, como é o caso de muitas intervenções com pessoas mais velhas, e onde há pouco controlo de algumas variáveis por exemplo contextuais (Altschuler & Katz, 1999;

Genevay & Katz, 1990). 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 (Smith, 2006; Christopher *et al.*, 2006). Esta perspetiva sobre os clientes, como um repositório de recursos, ao invés de uma confluência de problemas, favorece a aliança terapêutica.

Para o ignorante, a velhice é o inverno;
para o instruído é a estação da colheita.

Provérbio Judaico

Conclusões

Como vimos, para além da investigação sobre o conceito de envelhecimento bem-sucedido, existem inúmeros estudos que procuram aferir os fatores que se encontram associados ao êxito nesta fase da vida, fornecendo pistas relevantes para a intervenção com pessoas de idade avançada. Concluiu-se, deste modo, que os preditores do sucesso, nesta fase da vida (como, por exemplo, a alimentação saudável, a prática regular de movimento, o envolvimento social e a ausência de tabagismo), estão, em muitos aspectos, ligados ao controlo individual e podem ser alvo de prevenção, promoção e de intervenção, ao longo de todas as fases do ciclo de vida, de forma a prevenir incapacidades funcionais e doenças crónicas em idades avançadas e ativar e potenciar oportunidades e recursos.

Apesar de algum investimento ao nível da prevenção, a intervenção em geral e a prática da psicoterapia com adultos idosos é algo ainda raro em Portugal, devido, em grande parte, a toda uma herança cultural e científica que tende a veicular mensagens muito pessimistas acerca do envelhecimento, em geral, e das pessoas idosas, em particular, nomeadamente a impossibilidade ou dificuldade destas mudarem. A intervenção com clientes idosos confronta o técnico com um naipe de emoções, problemas¹⁹, necessidades e crenças pessoais como, por exemplo, sentimentos de impotência ou de que está a desperdiçar as suas capacidades ao trabalhar com as pessoas que estão próximas da morte. Para além das reservas reveladas pelo psicoterapeuta, diferenças geracionais podem explicar que as pessoas de idade solicitem menos a psicoterapia. É de esperar que as pessoas mais novas, que recorrem mais a psicoterapias de todos os géneros e a métodos de auto-actualização, ao envelhecerem também solicitem mais este género de intervenção. Apesar deste panorama, as investigações indicam que as taxas de sucesso em psicoterapia com idosos são idênticas às de qualquer outro grupo etário, e a comparência

¹⁹ A verdade é que as reacções emocionais parecem ser mais fortes no trabalho com pessoas idosas do que com outros clientes, aparentemente, porque os seus problemas são mais reais e assoladores do que os dos adultos mais jovens.

às sessões até é superior - de 75 a 90% - sendo a doença a razão mais frequente de não presença, seguida do clima, férias e resistência emocional, os *dropout* oscilam entre 22% nos grupos ambulatoriais a 66% nos grupos institucionalizados (Yalom, 2005). Por outro lado, as intervenções revelam-se eficazes, nomeadamente no tratamento da depressão relacionada com o luto e na redução das queixas físicas e da dor e mesmo da psicopatologia em geral. Knight (2004) refere, com optimismo, a intervenção nesta faixa etária, defendendo que a terapia com idosos é diferente nos conteúdos abordados e na natureza da relação terapêutica, mas semelhante no que concerne aos objectivos, técnicas e processos implicados.

A intervenção na idade avançada encontra-se, assim, condicionada pela presença de mitos, em relação aos problemas de saúde e desordens psiquiátricas que surgem nesta fase da vida²⁰, o que conduz, frequentemente, à negligência dos sintomas e levando a consequências nefastas, que se relacionam, inclusive, com o aumento da mortalidade nestas idades.

A crença de que a incidência da depressão aumenta com a idade leva a efeitos de discriminação, como é mostrado na investigação de Ruppel, Jenkins, Griffin e Kizer (2010), que constataram que os participantes conseguiam, facilmente, reconhecer os sintomas depressivos, mas, caso se tratasse de um jovem, associavam esses sintomas à “depressão”, enquanto que se se tratasse de uma pessoa mais velha, esses mesmos sintomas eram associados ao factor “idade”, ou seja, a tristeza na idade avançada seria considerada como algo normal e parte integrante do processo de envelhecimento. Comummente, a depressão na idade mais avançada é interpretada como uma consequência de outros problemas de saúde (como problemas cardiovasculares, diabetes, entre outros), em vez de representar um problema de saúde, em si mesmo, o que afasta esta problemática de qualquer tipo de intervenção específica e eficaz (Scott *et al.*, 2007), não obstante a investigação indicar que o tratamento da depressão é tão eficaz em adultos com idade avançada como em jovens. É nesta ordem de ideias que mudar a linguagem (com que nos referimos às pessoas mais velhas e que expressam a forma como pensamos sobre elas) muda o paradigma subjacente ao tratamento e à intervenção com pessoas mais velhas (Buber, 2008; Davis, 2005) e,consequentemente, a forma como implementamos estas práticas.

Porém, Seligman e Cziicz (2000) alertam-nos para o facto de que, se a Psicologia quer melhorar a condição humana, não é suficiente ajudar os que sofrem. A maioria de nós também necessita de modelos e conselhos, para atingir uma existência mais rica e preenchida (Frankl, 2000) e que nos ajudem a remover obstáculos no nosso processo de autonomização e atualização (Yalom, 2005). É neste sentido que investigadores como W. James (1902/1958), C. Yung (1936/1969), G. Allport (1961) e A. Maslow (1971) estavam interessados em explorar a espiritualidade, o jogo, a criatividade e as experiências limite.

²⁰ Exemplo de um ‘mito’ é a ideia de que “as perturbações, como a ‘mania’, diminuem com a idade”, o que condiciona a prevenção e tratamento desta psicopatologia que, efectivamente, conduz a maior número de hospitalizações do que, por exemplo, a depressão (Kennedy, 2008).

A interação interpessoal, o apoio empático, a validação consensual e as possibilidades oferecidas pelo encontro em grupo providenciam um contexto onde a pessoa mais velha, sobretudo a isolada e com poucos recursos, pode reabastecer as suas reservas pessoais. Sabemos que quanto mais recursos, maior a capacidade para lidar com a adversidade e mais são as alternativas na vida. Os recursos pessoais (*e.g.*, criatividade, resiliência, integração social, saúde) são potenciados pelas emoções positivas (Diener *et al.*, 2005; Lyubomirsky, *et al.*, 2005; DeNeve & Cooper, 1998). Estas levam a uma espiral ascendente: fazem-nos sentir bem no momento, mas também nos tornam melhores e promovem o florescimento em direção a uma longevidade saudável (Kabat-Zinn, 2000; 1990).

Ora, a Psicologia quer-se uma ciência implicada na intervenção social, não uma ciência estéril e amoral. Daí a importância de novas práticas, em contextos renovados. Efetivamente, as intervenções em grupo beneficiam, de forma mais simples, um maior número de pessoas, algumas pessoas muito particularmente - como as estigmatizadas ou em isolamento social (Yalom, 2005) e, como local de encontro são também um local de transformação. Recriando a pessoa (Rogers, 1980) mais facilmente recriamos as comunidades e a sociedade.

Embora o grupo terapêutico tenha-se demonstrado eficaz no auxílio à resolução de problemas como sentimentos de isolamento, depressão e ansiedade, dificuldades de relacionamento interpessoal, problemas orgânicos e sexuais, morte e outras perdas, entre muitos outros, a intervenção em grupo não pode ser encarada como um 'remédio' para todos os males, pessoais e sociais (Lima, 2004). Quanto muito, deve ser considerada uma alternativa metodológica, entre outras igualmente legítimas, baseando-se essa escolha na especificidade das pessoas a ajudar e do que se quer abordar.

Individualmente ou trabalhando em colaboração com outros, os terapeutas têm uma responsabilidade comum a todos os profissionais – conhecer as pessoas, os propósitos, processos e resultados da sua prática com o intuito de a melhorar.

Só o investimento na formação profissional e pessoal dos técnicos poderá dotar estes profissionais de uma panóplia de recursos e meios, capazes de os ajudar na difícil tarefa de diagnosticar e investigar as situações problemáticas, desafios e exigências que surgem na fascinante última fase do nosso ciclo de vida, de modo a encontrar soluções inovadoras para as pessoas que delas necessitam.

Referências bibliográficas

- Aday, R. H., & Aday, K. L. (1997). *Group work with the elderly: An annotated bibliography*. Westport, CT: Greenwood.
- Albee, G. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37(9), 1043-1050.
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). *Projectos e pessoais e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Consultado em Abril 2012, <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/Ao373.pdf>
- Albuquerque, I., Lima, M., Matos, M., & Figueiredo, C. (2012). Personality and subjective well-being: What hides behind global analyses? *Social Indicators Research*, 105 (3), 447-460.
- Albuquerque, I., Lima, M., Matos, M., & Figueiredo, C. (2012). Subjective well-being structure: confirmatory factor analyses in a teachers' Portuguese sample. *Social Indicators Research*, 105 (3), 569-580.
- Altschuler, J. & Katz, A.D. (1999). Methodology for discovering and teaching countertransference toward elderly clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 32(2), 81-93.
- American Medical Association (1992). *Diagnostic and Treatment – Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Washington: American Medical Association.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - Texto revisto (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa. Climepsi.
- Anetzberger, G. J. (2005) Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28, 1, 27-41.
- APA – Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Areán, P. & Cook, B. (2002). Psychotherapy and Combined Psychotherapy/Pharmacotherapy for Late Life Depression. *Biological Psychiatry*, 52, 293-303.

- Argyle, M. (1975). *Bodily Communication*. New York: International Universities Press.
- Arroteia, J. & Cardoso, A. (2006). *O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania*. *Psychologica*, 42. Lisboa. Pp.9-24.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16(4), 397-422.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioural sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B., & Kunzmann, U. (2003). Wisdom: The peak of human excellence in the orchestration of mind and virtue. *The Psychologist*, 16, 131-133.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-135.
- Barrowclough C., Haddock G., Lowens I., Connor A., Pidliswyi J. & Tracey N. (2001). Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a low security unit: An exploratory study. *Schizophrenia Bulletin*. 27(3), 517-526.
- Birren, J., & Deutchman, D. (Eds.), (1990). *Guiding Autobiography Group for Older Adults: Exploring the Future of Life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Birren, J., & Schaie, K. (1996). *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego: Academic Press.
- Borrvalho, O.; Lima, M. & Ferreira-Alves, J. (2011). Lições aprendidas através do despiste de Abuso a Pessoas Idosas num Serviço de Urgência. In S. Galinha (Coord.), *Pedagogia e Psicologia Positiva Interações em Educação e Saúde* (pp. 60-76). Porto: LivPsic.
- Bortz, J.J., & O'Brien, K.P. (1997). Psychotherapy with older adults: Theoretical issues, empirical findings, and clinical applications In P.D. Nussbaum, (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging. Critical issues in neuropsychology*, (pp.431-451). New York: Plenum Press.
- Bovey, J. (1971). The effects of intensive remotivation techniques on institutionalized geriatric mental patients in a state mental hospital. *Dissertation Abstract International*. Order No.72 – 4064.112.

- 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.
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. (1974). Successful aging. *Mental Health*, 58, 6-12.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Cappeliez, P. (2001). Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 165-174.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Chinen, A. (1986). Adult Development, Self-Contexting, and Psychotherapy With Older Adults. *Psychotherapy*, 23, 411-416.
- 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.
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt Counseling in Action*. London: Sage Publications.
- Corey, G. (1999). *Theory and practice of counselling and psychotherapy* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cosgrove, L. & Konstam, V. (2008). Forgiveness and Forgetting: Clinical Implications for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*. 30, 1-13.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. East Sussex: Routledge.
- 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.
- Crowther, M., Parker, M., Achenbaum, W., Larimore, W. & Koenig, H. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality - the forgotten factor. *Gerontologist*, 42(5), 613-620.
- Csikszentmihályi, M. (2002). *Fluir. A Psicologia da Experiência Ótima*. Título Original: *Flow. The Psychology of Optimal Experience* (1990). New York: Harper Perennial. Tradução: Marta Amado. Lisboa: Relógio d'Água Editores.
- Csikszentmihályi, M. (2002). *Fluir. A Psicologia da Experiência Ótima*. New York: Harper Perennial.
- Daatland, S. O. (2005). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds. Assoc.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp.371-377). New York: Cambridge University Press.

- Davis, B. (2005). *Alzheimer Talk, Text and Context: Enhancing Communication*. New York: Palgrave Macmillan.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197–229.
- Dick-Siskin, L.P. (2002). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *Behavior Therapist*, 25(1), 3–6.
- Diener, E., & Lucas, R. E., & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: The Science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.63–73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304 – 324.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189–216.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304–324.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 63–73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–424.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Tree decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Dornelles, A. (2010). *Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- Duay, D. & Bryan, V. (2006). Senior adults' perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, 32, 423–445.
- Duffy, M. (Ed.), (1999). *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 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.
- Evans, L. et al (1994). Stroke: a family dilemma. *Disability and Rehabilitation: an International Multidisciplinary Journal*, 16 (3): 110–18.
- Fernandes, L. (2006). Psicoterapias no idoso. In Firmino, H. (Ed.), *Psicogeriatría*. *Psiquiatria Clínica*, 133–154.

- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*, Coimbra Editora n.º espc,133-151.
- 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 & Carla Machado (Eds), *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora, 319-342.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*. CHPL - Hospital Júlio de Matos, Vol. XXII, nº3.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Cadernos de saúde. Climepsi. Lisboa.
- Figueiredo, D., Lima, M. P., & Liliana, S. (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.
- Figueiredo, D., Sousa, L., & Lima, M. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes: rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2), 47-60.
- Figueiredo, D., Sousa, L., & Lima, M. P. (no prelo). Stress, gratificações e satisfação com a vida: O que diferencia cuidadores familiares de idosos com e sem demência. *Psychologica*.
- Floyd, M., & Scogin, F. (1998). Cognitive-behavior therapy for older adults: How does it work?. *Psychotherapy*, 35(4), 459-463.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Foster, R. & Foster, J. (1989). Group Therapy with geriatric patients. Halperin, D. A. (ed) *Group Psychodynamics*. Year book medical publishers, inc. USA.
- Frankl, V. (2000). *Man’s Search for Ultimate Meaning*. New York: Basic Books.
- Frazer, D. W., Hinrichsen, G. A., & Jongsma, A. E. (Eds.) (2011). *The older adult psychotherapy treatment planner*. New York: Wiley.
- Fredrickson, B. (2003). The value of positive emotions; the emerging science of positive psychology is coming to understand why it’s so good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative Effects of Cognitive-Behavioral and Brief Psychodynamic Psychotherapies for Depressed Family Caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 543-549.
- Gallagher-Thompson, D., McKibbin, C., Koonce-Volwiler, D., Menendez, A., Stewart, D., & Thompson, L.W. (2000). Psychotherapy with older adults. In C.R. Snyder & R.E. Ingram, (Eds), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp.614-637). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M., & Thompson, L. W. (Eds.) (2010). *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer.
- Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder

- in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp.101-120). New York: Plenum.
- Gatz, M. & Knight, B.G. (1998). Psychotherapy with older adults. In G.P. Koocher, J.C. Norcross, & S.S. Hill (Eds.), *Psychologist's Desk Reference* (pp.370-373). Oxford University Press.
- Gatz, M., Fiske, A., Fox, L., Kaskie, B., Kasl-Godley, J., & McCallum, T. (1999). Empirically Validated Psychological Treatments for Older Adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(1), 9-46.
- 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.
- Glicklen, M. (2009). *Evidence-Based Counselling and Psychotherapy for an Aging Population*. San Diego: Elsevier.
- Golden, L. (2008). *Case studies in counselling older adults*. Upple Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110.
- Gorsuch, Nikki. (1998). Time's winged chariot: Short-term psychotherapy in later life. *Psychodynamic Counseling*, 4(2), 191-202.
- Greenberg, T. (2009). *Psychodynamic Perspectives on Aging and Illness*. New York: Springer.
- 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.
- Haley, J. (1987). *Problem-Solving Therapy* (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Halperin, D. A. (1989). *Group psychodynamics: new paradigms and new perspectives*. New York: Year Book Medical Publishers.
- Harris, C.S. & Ivory, P.B. (1976). An outcome evaluation of RO therapy with geriatric patients. *Gerontologist*, 16, 496-503.
- Hayes, S., Follette, V., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hepple, J., Pearce, J., & Wilkinson, P. (2002). *Psychological Therapies with Older People: Developing Treatments for Effective Practice*. New York: Brunner-Routledge.
- Hick, S., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: The Guilford Press.
- Jeste, D., Alexopoulos, G., Bartels, S., Cummings, J., Gallo, J., Gottlieb, G., Halpain, M., Palmer, B., Patterson, T., Reynolds, C. & Lebowitz, B. (1999). Consensus

- statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: Research agenda for the next two decades. *Archives of General Psychiatry*, 56, 848–853.
- Johnson, D. R., Forrester, A., Dintino, C., James, M., & Schnee, G. (1996). Towards a poor drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 23(4), 293-306.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York. Bantam Books.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Aonde quer que eu vá. Sinais de fogo*. Gradiva. Cascais.
- Kasl-Godley, J., & Gatz, M. (2000). Psychosocial intervention for individuals with dementia: An intergration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 755-782.
- Kennedy, G., & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with Older Adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 386-407.
- Kessel, S., Merrick, J., Kedem, A., Borovsky, L. & Carmeli, E. (2002). Use of Group Counseling to Support Aging-Related Losses in Older Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Gerontological Social Work*. Vol.38(1-2), 241-251.
- Knight, B. (1992). *Older Adults in Psychotherapy: Case Histories*. Newbury Park: SAGE Publications
- Knight, B. & Satre, D.D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 62(2), 188-203.
- Knight, B. G. (1996). *Psychotherapy with older adults* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd Ed.). New York: Sage.
- Knight, B., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.
- Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.
- Knight, B.G. & McCallum, T.J. (1998). Adapting psychotherapeutic practice for older clients: Implications of the contextual, cohort-based, maturity specific challenge model. *Professional Psychology*, 29, 15-22.
- Kubler-Ross, E. (1993). *On Death and Dying*. New York: Macmillian.
- Laidlaw, K. & Knight, B. (Eds.) (2008). *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Laidlaw, K., Thompson, L., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 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.

- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1948). *Problemas de dinâmica de grupo* (3ªEd.). São Paulo: Editora Cultrix Ltda
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science; selected theoretical papers*. New York: Harper & Row.
- 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. *Psychologica — especial: perspectivas sobre a perda*, 22, 133-145.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar?: Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.
- 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 e M.E. Costa (Coords.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 229-242). Porto: LivPsic.
- Lima, M. P. (2012). A arquitectura incompleta da personalidade na velhice. In Ó. Ribeiro e C. Paúl (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 129-140). Porto: Lidel.
- Lima, M. P. & Gonzalez, A. J. (2007). Terapia de grupo con mayores: un estudio de caso. In *Itinere Publicación de Estudios Interdisciplinarios. III (Março)*.
- Lima, M. P., & Abigail. (2011). *Posso ser? Personalidade e envelhecimento*. Coimbra: Minerva.
- Lima, M. P., & Gonzalez, A. (2007). Desarrollo personal en grupo con mayores a través de técnicas de expresión corporal y psicodrama: un estudio de caso personal. *Revista de Educación de la Universidad de Granada*, 20 (2), 11-20.
- Lima, M. P., & Simões, A., Ferreira, J., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2001). O bem-estar subjectivo na meia-idade: do mito à realidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (1), 149-170.
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 165-183.
- Lima, M. P., Vieira, C., & Oliveira, A. L., (1996). Grupo de apoio e inovação: Experiência com um grupo de idosos do centro de dia do Ateneu. In A. Oliveira, A. G. Ferreira, A. Simões, C. Vieira, J. A. A. Ferreira, J. A. Rebelo, M. P. Lima, & M. F. Gaspar (Orgs.). *Actas das Jornadas de Educação de Adultos em Portugal: Situação e Perspectivas* (pp. 469-480). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Comissão Organizadora das Jornadas.
- 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.
- Little, B. R. (2004). Personality psychology: Havings, doings and beings in context. Available in [http:// www.brianrlittle.com/articles/havings_doings_beings.htm/](http://www.brianrlittle.com/articles/havings_doings_beings.htm/).
- Lyubomirsky, S. King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131, 803 – 855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131.
- Marziali, E., & Donahue, P. (2006). Caring for Others: Internet Video-Conferencing Group Intervention for Family Caregivers of Older Adults with Neurodegenerative Disease. *The Gerontologist*. Vol.46(3), 398-403.
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-Based Elder Care – A CAM Model for frail elders and their caregivers*. New York. Springer publishing company.
- Miller, M. D. (2009). *Clinician's guide to interpersonal psychotherapy in late life: Helping cognitively impaired or depressed elders and their caregivers*. New York: Oxford University Press.
- Nordhus, I. H., & VandenBos, G. (Eds.) (1998). *Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. (Orgs.), *Libro de actas do XI Congresso 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*, XV (2), 229-244.
- OMS. Organização Mundial de Saúde (2002, Abril). Active Ageing: a Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain.
- Pais Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 237- 248.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), L. C. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto, (Eds. Assoc.), *Psicogeriatría* (pp. 43-68). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005b). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, (pp.75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavot, W., Fujita, F., & Diener, E. (1995). The relation between self-aspect congruence, personality and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 22, 183–191.
- Perls, F. S. (1976). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books.
- Peterson, C., & Seligman, M. P. E. (2004). Hope: Optimism, future-mindedness, future orientation. In *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (pp. 569-582). Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, N. & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Washington, D.C.: American Psychology Association.
- Pinquart, M. & Soerensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A Meta Analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7(2), 207-243.
- Poon, C., & Knight, B. (2009). Influence of Sad Mood and Old Age Schema on Older Adults' Attention to Physical Symptoms. *Journal of Gerontology*, 64B, 41-44.
- Pratt, J. H. (1907). The class method of treating consumption in the homes of the poor. *Journal of the American Medical Association*. 49, 755-9.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., Rose, M. & Cartwright, F. (2010). Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist*, 50(6), 821-833..
- Qualls, S. H. (1996). Family therapy with aging families In Zarit, S.H. & Knight, B.G. (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp.121-137). Washington: American Psychological Association.
- Qualls, S. H. & Knight, B. G. (Eds.) (2006). *Psychotherapy for depression in older adults*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Rainsford, C. (2002), Counseling older adults. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, 159-164 Cambridge University Press.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.
- Ribeiro, L., & Lima, M. P. (2012). *Positividade*. Impulso Positivo: Porto.
- Riley, K., & Carr, M. (1989). Group Psychotherapy With Older Adults: The Value of an Expressive Approach. *Psychotherapy*, 26, 366-371.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.

- Roemer, L., & Orsillo, S. (2009). *Mindfulness and Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, Carl. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in*
- Rogers, Carl. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, Carl. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of*
- Rogers, Carl. (1970). *On Encounter Groups*. New York: Harrow Books.
- Rogers, Carl. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Ruppel, S., Jenkins, W., Griffin, J. & Kizer, J. (2010). Are they depressed or just old? A study of perceptions about elderly suffering from depression. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 31-42.
- Ryff, C. (1982). Successful aging: a developmental approach, *Gerontologist*, 22, 209-214.
- Ryff, C. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210.
- Saidon, O. et al. (1983). *Práticas grupais*. Editora Campus. Rio de Janeiro.
- Saiger, G. M. (2001). Group psychotherapy with older adults. *Psychiatry*, 64 (2), 132-145.
- Salzman, C. (1997). Depressive disorders and other emotional issues in the elderly: current issues. *International Clinical Psychopharmacology*, 12 (7), 37-42.
- Santos, P. M., & Paúl, C. (2006). Desafios na saúde mental dos mais velhos: O outro lado da terapia. In H. Firmino, (Ed.), L. C. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatría* (pp. 155-178). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Santrock, J. (2002). *Life-span development*. New York: McGraw Hill.
- Schroots, J., Fernández-Ballesteros, R. & Rudinger, G. (1999). *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Schutz, W. (1971). *Expanding human awareness*. Nova York. Grove Press.
- Schwarz, N. (Eds.) (2003). *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Scogin, F. (2000). *The first session with seniors: A step-by-step guide*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Scogin, F. & McElreath L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1) 69-74.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureye, O., Haro, J., He, Y., Kessler, R., Levinson, D. Mneimneh, Z., Oakley Brownw, M., Pousada-Villa, J., Stein, D., Takeshima, T. & Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the world mental wealth surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113-120.

- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Mincic, M.S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging and Mental Health*, 9, 363-367.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 4-15.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A. Park, N. & Peterson (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M. & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 1, 13-18.
- Seligman, M., Rashid, T. & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 774-788.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 5, 410-421.
- Shapiro, J. L. (1978). *Methods of group Psychotherapy and encounter: a tradition of innovation*. Itasca, Ill., Peacock.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1998). Pursuing progress: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 68, 1319-1331.
- 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.
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, 207-234.
- Simões, A. (1999). A educação dos idosos: Uma tarefa prioritária. *Revista Portuguesa de Educação*, 12(2), 7-27.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36 (1, 2 e 3), 559-569.
- Simões, A. (2005). Envelher bem? Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39, 217-227.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, A. L (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade. In *Actas das Jornadas Modelos e práticas em educação de adultos* (pp.301-320). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (NAPFA).
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M., P., Pinheiro, M., R., Vieira, C., M., Matos, A., P., & Oliveira, A., L. (1999). Reflexões pedagógicas, em torno do bem-estar subjectivo: A importância das metas pessoais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIII (2), 61-88.

- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M. P., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5-30.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M. P., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (1999). Reflexões pedagógicas, em torno do bem-estar subjectivo: A importância das metas pessoais. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 33 (2), 61-88.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M. P., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV (2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M. P., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., Oliveira, A., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A., Felizardo, S., & Sousa, L. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica — especial: Envelhecimentos*, 42, 115-131.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Alcoforado, L., Neto, F. F. M., Ruiz, F., Cardoso, A. P., Felizardo, S., & Sousa, L. N. (2006b). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Oliveira, A. L., Alcoforado, J. L., & Ferreira, J. A. (2009). O sentido da vida: Contexto ideológico e abordagem empírica. *Psychologica*, 51, 101-130.
- Simões, A., Oliveira, A. L., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., & Nogueira, S. M. (2010). O MLQ: Um instrumento para avaliar o sentido da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14(2), 247-268.
- Simões, A., Oliveira, A., Lima, M. P., Vieira, C., & Nogueira, S. (2010). O MLQ: Um instrumento para avaliar o sentido da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, XII (2), 247-267.
- Smith, E. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist*, 34, 13-79.
- Smyer, M. A., & Qualls, S. H. (1999). *Aging and mental health*. Malden, MA: Blackwell.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.) (2002). *Handbook of positive psychology* (pp.327-350). New York: Oxford University.
- Sorocco, K. H. & Lauderdale, S. (Eds.) (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. New York: Springer.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar nos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Sousa, L., Relvas, A., & Mendes, Á. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica: Apoio das Unidades de Saúde a Doentes Crónicos Idosos e suas Famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Staunton, T. (2002). *Body Psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Stirling, E. (2010). *Valuing Older People: Positive Psychological Practice*. New Delhi: Wiley-Blackwell.

- Sundberg, N. D., Taplin, J. R. & Tyler, L. E. (1983). *Introduction to Clinical Psychology: Perspectives, Issues, and Contributions to Human Service*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*, Nova York, Delta.
- Teri, L., & Logsdon, R. (1992). The Future of Psychotherapy With Older Adults. *Psychotherapy*, 29, 81-87.
- Thompson, L., Gallagher, D., & Breckenridge, J. (1987). Comparative Effectiveness of Psychotherapies for Depressed Elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Van Etten, D. (2006). Psychotherapy with older adults- Benefits and barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol.44, 11, 28-33.
- Vergueiro, M., & Lima, M. (2010). O ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Psychologica*, 53, 185-208.
- Vilar, M., Simões, M., Sousa, L., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M. Canavarro e A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da OMS* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wertheimer, M. (1924). Forwarded by K. Rietzler (1984). *Gestalt Theory. Social Research*, 11 (2), 305-327.
- Wetherell, J. L. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 71(1), Feb 2003, 31-40. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.31
- Whitbourne, S.K. (Ed.), (2000a). *Psychopathology in later adulthood*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wilcox, J. (1994). Handbook of Clinical Behaviour Therapy with the Elderly Client. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 942-943.

- Williams, J., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, E., Sullivan, M., Cornell, J., & Sengupta, A. (2000). Pharmacotherapy is more effective than psychotherapy for elderly people with minor depression or dysthymia. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1519-1526.
- Wong, N. (2000). Handbook of Counseling and Psychotherapy with Older Adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1716-1717.
- 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. D. (2008). *De olhos fixos no sol*. Parede: Saída de Emergência.
- Yang, Janet A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.
- Young, C., & Reed, P. (1995). Elders' Perceptions of the Role of Group Psychotherapy in Fostering Self-Transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*, IX, 338-347.
- 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.