



COMPREENDO A RESISTÊNCIA EM PSICOTERAPIA ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Pós-doutor Thomaz Abdalla

E-mail: thomazabdalla@hotmail.com

Nelzo Ronaldo de Paula Cabral Marques Junior

mrmarquesjr@gmail.com

Cognição

- Os processos cognitivos utilizam diferentes competências para, por exemplo, pensar, aprender, raciocinar, lembrar e prestar atenção. Elas atuam em conjunto e são fundamentais para a realização de tarefas, das mais simples às mais complexas.

Quais são as quatro abordagens da cognição humana?

- Quais são as quatro abordagens da cognição humana?
- O campo dos estudos da cognição humana apresenta quatro abordagens principais, são elas: a ciência cognitiva computacional, a neurociência cognitiva, a neuropsicologia cognitiva e a psicologia cognitiva (EYSENCK; KEANE, 2017).

O que é um deficit cognitivo?

- É um problema diretamente relacionado à capacidade mental de assimilação de informações, o que faz com que o indivíduo desenvolva limitações intelectuais. A pessoa tanto pode nascer com o problema ou então desenvolvê-lo em decorrência de doenças ou acidentes que afetam seu sistema nervoso central.

Definição:



- A resistência é definida como qualquer reação do cliente que indica oposição, aberta ou encoberta, ao terapeuta, ao processo de aconselhamento ou à agenda de tratamento. A resistência constitui um fenômeno comum no processo psicoterápico. Embora desejando obter alívio de sua ansiedade ou de seus sintomas depressivos, os pacientes costumam estar incertos quanto a desistir de seus padrões duradouros de funcionamento. Além disso, a resistência também serve a um propósito, ao regular o comportamento do terapeuta em direção a uma postura menos diretiva.

Manifestação da Resistência:



- Assim, a resistência em terapia pode se manifestar como uma reação do paciente: 1) às demandas da terapia (por ex., foco no aqui-e-agora, tarefas de auto-ajuda, reestruturação cognitiva que pode se tornar invalidante, solução de problemas quando a demanda do paciente é ter o seu sofrimento reconhecido etc.);
- 2) aos esquemas de resistência do paciente (ex., clientes com transtorno de personalidade vêm a terapia como uma ameaça aos seus esquemas e tendem a distorcer as intenções do terapeuta);
- 3) aos esquemas de resistência do terapeuta (ex., dificuldades do terapeuta para reconhecer sentimentos de medo ou de raiva na interação com o seu paciente, levando-o a hostilizar, rejeitar ou a não se comportar de forma produtiva na terapia).

Paciente (auto-conhecimento):



- Quando considerada como uma oportunidade para conhecer melhor o paciente ou para identificar a contratransferência do terapeuta, a resistência constitui uma excelente oportunidade de crescimento pessoal e de mudança para a díade. Pretende-se, nesta palestra, discutir o impacto da psicoterapia, tanto no paciente quanto na pessoa do terapeuta, onde a resistência é vista como uma consequência e, ao mesmo tempo, como oportunidade de mudança. Questões sobre as relações entre diretividade *versus* não diretividade e resistência na terapia serão levantadas.

Abordagem Cognitiva:



- Se constitui como diretiva, será ela inadequada para tratar da resistência esquemática do paciente? Por outro lado, uma abordagem não diretiva, baseada apenas na escuta empática pode realmente levar à mudança? Serão também apresentadas as consequências resultantes da dificuldade do terapeuta para identificar e lidar com as suas emoções negativas provocadas pelo comportamento do paciente. O reconhecimento das limitações pessoais por parte do profissional de ajuda constitui outro foco importante na abordagem à resistência. Algumas diretrizes sobre o trabalho com a resistência serão apontadas, com o objetivo de facilitar o crescimento para a díade no processo terapêutico. A reestruturação de expectativas irrealistas do terapeuta sobre a terapia e o comportamento do seu paciente; a postura de observador participante do terapeuta e a sua disposição para realizar a confrontação empática são aspectos essenciais na abordagem cognitiva à resistência em psicoterapia.

Críticas:



- Os terapeutas cognitivos são frequentemente criticados por não lidar adequadamente com a relação transferencial – e com a resistência do paciente à mudança. Comecei a reconhecer que muitos pacientes não respondiam às “técnicas” da TC que eu estava usando – e, na verdade, alguns desses pacientes respondiam com raiva.
- Não aderência, resistência ou falta de progresso em terapia podem ser compreendidos, até certo ponto, como resultado de estratégias que o paciente usa e papéis que ele desempenha a fim de reforçar seus esquemas pessoais e evitar maiores perdas. A pressuposição neste caso é de que o paciente está tentando proteger-se de maiores perdas e está buscando alguma reação (por exemplo, validação, legitimidade, sanção moral) de parte do terapeuta. Vejo a resistência como envolvendo várias dimensões – há mais de uma razão para as pessoas resistirem.

•

1. Resistência de validação

- O paciente “encalha” em sua demanda de que você focalize exclusivamente a validação de sua angústia. Ele pode perceber sugestões para ação ou pensamento alternativo como invalidações: “você não compreende o quanto eu me sinto mal”. A suposta falha em validá-lo levará a um aumento nas queixas e no sofrimento, até que a validação seja alcançada. Além disso, pacientes podem ter “regras” únicas e auto-sabotadoras para a validação – como, por exemplo, “você somente poderá me validar concordando comigo em que não há esperança para meu caso”. Conflitos potenciais entre o terapeuta e o paciente podem surgir quando o terapeuta orienta suas ações em direção à execução de tarefas e vê a validação como interferência com importantes metas terapêuticas. O terapeuta pode abordar essas preocupações, reconhecendo a necessidade de validar a angústia e encorajar a mudança – e que o paciente pode estar usando estratégias derrotistas a fim de ensejar a validação. Se você não validar a resistência de validação, a terapia fracassará.

2. Resistência de vitimização

- Neste caso, o paciente acredita que sua identidade é definida apenas se ele se fizer de vítima – e que não há nada que ele possa fazer para mudar, porque não causou seus problemas. A pessoa que “encalha” neste papel terá regras específicas a respeito de como a mudança poderá ser alcançada – “é assim que eu poderei melhorar”. Tentativas para encorajar o paciente a seguir adiante, em direção à mudança individual, somente o levarão a ver o terapeuta como mais um vitimizador maligno. Intervenções úteis incluem reconhecer a legitimidade das queixas do paciente de que ele é uma vítima – mas de que ele também pode se fortalecer através do foco em metas pessoais e ativação de recursos disponíveis.

3. Resistência moral



- Nesta situação, o paciente acredita que a mudança incorreria no risco de violar seus próprios padrões morais ou éticos. Isto é especialmente verdadeiro no caso de pacientes obsessivo-compulsivos, os quais acreditam que seu senso aumentado de responsabilidade e receio de cometer um erro é baseado em um código moral. Dessa forma, o terapeuta que encoraja o paciente a abandonar padrões exigentes de perfeição pode ser visto como facilitador de qualidades irresponsáveis e repreensíveis no paciente. Enquanto reconhecendo que há “deveres” legítimos que orientam o comportamento, o terapeuta pode ajudar o paciente a reconhecer que seus “deveres” absolutos e perfeccionistas violam um código moral universal, que visa a fortalecer a dignidade humana e garantir a justiça. Dessa forma, o terapeuta não necessita rejeitar a “resistência moral” – mas, ao contrário, ele pode reafirmar um código moral mais racional e razoável e que reconheça as diferenças e necessidades humanas.

4. Resistência esquemática

- Neste caso, os esquemas pessoais do paciente (por exemplo, incapaz, abandonado, especial) limitam a mudança terapêutica, desde que ele tenha uma tendência a ver o passado, o presente e o futuro como evidências de que seus esquemas pessoais são válidos. Neste caso, o terapeuta pode utilizar técnicas para modificar esquemas persistentes, como examinar a origem dos esquemas, explorar esquemas alternativos mais adaptativos e experimentar agir de forma contrária ao esquema.

. Compromisso com o *self*

- Lidar com seu crescimento e desenvolvimento psicossocial, objetivando um amadurecimento moral e social. Atribuição de valores adequados para uma qualidade de vida adaptativa com o meio social e cultural no cotidiano, isto é, o paciente é responsável pelo seu próprio crescimento e será capaz de fazer as mudanças comportamentais (*behavior changing*) necessárias para com o seu grupo de referência. Logo, sou responsável pelo meu ajustamento em grupo e na micro-sociedade (família). O Terapeuta Cognitivo auxilia o paciente a refletir sobre suas crenças (pensamentos – *beliefs*) e sobre seus padrões comportamentais (evitar os ditos comportamentos disfuncionais).

Referências:

- Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

