

Resistência à mudanças na Psicoterapia Cognitiva¹

Raphael Cangelli Filho²

Resumo: A Psicoterapia de Abordagem Cognitiva se propõe a refletir, junto ao paciente, o seu modo de pensar, sentir e agir na sua relação com o mundo. O objetivo dessa abordagem é levar o paciente a se conscientizar de sua cognição, provocar mudanças cognitivas e avaliar as interferências conseqüentes dessa mudança na relação que este paciente tem consigo e com os outros.

O tema *resistência à mudanças* é apresentado neste trabalho sob o enfoque cognitivista e analisado a partir da definição de psicoterapia dada por Neimeyer, na relação terapeuta/paciente. É comum se atribuir o fato à características pessoais do paciente durante o processo terapêutico. Neste texto procuro refletir, a partir de alguns pesquisadores cognitivistas, algumas das atitudes do psicoterapeuta que podem contribuir para que a resistência terapêutica aconteça de modo a não apenas interferir, como também prejudicar ou interromper o processo psicoterapêutico.

palavras-chaves: psicoterapeuta, resistência terapêutica, cognitivismo.

Para tornar mais claro meu pensamento sobre “resistência às mudanças na Psicoterapia Cognitiva”, o que são, quando aparecem e o que sinalizam, acredito que deva começar definindo um processo psicoterapêutico.

Aprecio a definição de Neimeyer (1997) para Psicoterapia, pois ela nos dá a idéia de movimento, de não linearidade, de construção. Segundo ele, psicoterapia é:

...uma sutil e multicolorida troca e negociação de significados (inter)pessoais. Isso é feito a serviço da articulação, elaboração e revisão daquelas construções utilizadas pelo paciente para organizar sua experiência e ação. ...isso envolve unir-se ao cliente, visando ao desenvolvimento de um mapa refinado das freqüentes construções não articuladas, das quais ele encontra-se emocionalmente investido. Além disso, definir o que são considerados como cursos viáveis de ação e, então, ampliar ou acrescentar tais construções, a fim de aumentar o número de mundos possíveis que os clientes possam habitar (pág. 06).

¹ Este texto foi apresentado em uma mesa redonda durante o II Congresso de Psicoterapias Cognitivas Latino-Americanas e I Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas, realizado nos dias 2 a 4 de abril de 1998, em Gramado, RS.

² Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, psicólogo clínico, professor-supervisor de estágio clínico em Terapia de Adolescentes, do Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu, professor da disciplina Terapias Cognitivas, no Curso de Psicologia da Universidade Paulista.

Para que essa *sutil e multicolorida troca e negociação de significados* possa ocorrer é preciso que o terapeuta cognitivo empregue algumas técnicas específicas. E para que essas técnicas alcancem o objetivo esperado é necessário que a relação terapêutica seja de qualidade suficiente para que o paciente possa, nela e através dela, experimentar novas formas de construir sua realidade.

Segundo Beck (1982), a maneira como o terapeuta emprega essas técnicas influi diretamente na natureza da relação terapeuta-paciente e vice-versa. Ainda sobre esse mesmo assunto, Beck acrescenta que

as características gerais do terapeuta que facilitam o emprego da terapia cognitiva incluem o calor humano, empatia adequada e a autenticidade. Se excessivamente enfatizados ou empregados sem critérios, tais atributos podem favorecer a ruptura da colaboração terapêutica. Por outro lado, um terapeuta dotado dessas características e que saiba usá-las cuidadosamente poderá aumentar significativamente sua eficácia. Na medida em que o terapeuta for capaz de mostrar tais qualidades, estará contribuindo para desenvolver um meio no qual as técnicas específicas de modificação cognitiva poderão ser empregadas de modo mais eficaz.

Beck & Freeman, (1993) afirmam que a construção da relação terapêutica é de muita importância, e é dada ênfase a garantir a presença de um senso de cooperação e confiança durante todo o processo terapêutico.

Até aqui posso concluir que para a terapia cognitiva, a construção de uma boa relação terapêutica é aquela onde o terapeuta, usando de suas qualidades, favorece a cooperação e estabelece um senso de confiança que lhe permite o uso de técnicas e garante o sucesso do processo terapêutico. Voltando à definição de Neimeyer, isso se faz necessário para que ocorram a troca e negociação de significados, ou seja, para que o paciente possa, sem medo, rever sua construção acerca de si, sua história, seu mundo.

Ainda utilizando da mesma definição de psicoterapia, citada anteriormente, temos que:

Isso é feito a serviço da articulação, elaboração e revisão daquelas construções utilizadas pelo paciente para organizar sua experiência e ação.

Aqui Neimeyer se refere à forma como a troca e negociação de significados é feita. Durante toda sua história de vida, o indivíduo constrói sua visão de mundo, de realidade, e com isso organiza suas experiências e atitudes de maneira a manter a sua cognição em equilíbrio e consonância. Para que os significados atribuídos à sua história de vida, seu auto-conceito, sua auto-imagem e sua auto-estima sejam negociados e mudados, é necessário que exista na relação terapêutica uma confiança suficiente para suportar os medos, angustias, ansiedades, enfim todos os sentimentos possíveis de virem à tona numa situação onde os esquemas cognitivos do paciente, apesar de dissonantes, são conhecidos por ele. Para que essa dissonância transforme-se em uma nova consonância, o seu sistema de crenças deve ser confrontado em termos de racionalidade e irracionalidade.

Se usarmos a terminologia de Beck, estaremos propondo que o paciente busque uma nova e mais equilibrada forma de estar no mundo. Estaremos falando em funcionalidade ou disfuncionalidade. A psicoterapia passa a ser, então, um processo de desconstrução de significados e constructos pessoais, orientado pelas metas e objetivos do próprio cliente em buscar uma maneira mais harmoniosa de organização de seus esquemas pessoais e reconstrução de seus significados.

Esse trabalho é feito em conjunto: terapeuta-paciente visam o desenvolvimento de um mapa refinado das freqüentes construções não articuladas, das quais o paciente encontra-se emocionalmente investido.

Na minha experiência clínica, percebo que é nesse momento em que o paciente apresenta a resistência. Elas surgem no processo terapêutico como uma forma de expressão, por parte do paciente, para sugerir ao terapeuta a sua dificuldade em desconstruir alguns dos seus significados onde estão alicerçadas as bases de sua personalidade, ou se quisermos ser mais sutis, que são as bases da construção de seus esquemas cognitivos. Entendo a resistência como sendo uma atitude de defesa que as pessoas têm, de não aceitarem ou não suportarem o convite feito por outra pessoa para um momento de reflexão sobre suas idéias ou para um processo de mudança.

Safran & Segal (1994), afirmam que a força da aliança terapêutica depende do grau de acordo entre terapeuta e paciente a respeito das metas, das tarefas da terapia e da força do vínculo entre terapeuta e paciente. Atingir bons resultados terapêuticos depende desta força da aliança terapêutica.

A aliança terapêutica não é algo estático e imutável, mas um aspecto flutuante e dinâmico da relação terapêutica. Estes autores afirmam que toda a intervenção técnica que faz o terapeuta, inevitavelmente terá repercussão na aliança terapêutica.

Independente do nome que uma teoria psicológica adote, e da maneira que o paciente a expresse (falta às sessões, atraso, discussão de assuntos referentes a outras pessoas ou situações, silêncios, pensamentos vagos e difusos, etc) podemos entender que a resistência é uma maneira que o paciente utiliza para manifestar o sentimento envolvido na questão da mudança. Independente também do referencial teórico seguido pelo terapeuta, todos eles se propõem, de maneiras diferentes, a motivar o paciente a buscar algum tipo de mudança naquilo que o faz infeliz, seja na visão de si, do outro, de mundo, seja na maneira de significar a sua história vivida. Essas mudanças, ainda que internas, se manifestam nos seus relacionamentos consigo, com o outro, enfim, externamente, provocando reformulações na sua maneira de estar com o outro. Penso que sejam esses motivos os que tornam o indivíduo resistente a um processo de mudança.

De acordo com Beck (1997), para que o terapeuta possa perceber e compreender a resistência de seu paciente será preciso que ele coloque-se no lugar do paciente - o que não é nada fácil - para que possa desenvolver empatia pelo que o paciente está passando, entender como ele está se sentindo e perceber o mundo através dos seus olhos.

O terapeuta cognitivo é diretivo, objetivo, procura investigar os sentimentos e pensamentos sobre a situação que está sendo vivenciada pelo paciente, com isso está

desenhando um mapa de sua forma de perceber, significar, sentir e agir em determinadas situações. inclusive a que está acontecendo na própria relação terapêutica, que pode ser, por exemplo, uma situação de resistência.

Beck & Freeman (1993), defendem a idéia que as dificuldades na cooperação terapêutica não constituem atributo exclusivo do paciente com transtorno de personalidade. “Resistência”, “não-adesão”, “falta de adesão”, ou “transferência negativa” são termos usados para denotar problemas na relação terapêutica, falta de progresso na terapia, progresso terapêutico lentificado ou término prematuro da terapia.

Beck e Freeman adotam o termo “não-cooperação” do paciente com o regime terapêutico, em oposição à terminologia “resistência”, usada pelos psicanalistas, em função de seu uso histórico e das implicações do fenômeno.

Resistência, não-cooperação ou não adesão são, para mim, eventos que ocorrem na relação terapêutica e que acabam tendo por conseqüência efeitos danosos ao processo terapêutico, dificultando com isso que a meta terapêutica seja atingida.

Uma vez que na abordagem cognitiva a cooperação é a base da relação terapêutica, podemos levantar a hipótese de que, se cooperação e confiança estiverem garantidas na relação terapêutica e, se o terapeuta dispôr de fato das qualidades anteriormente citadas, todos esses fatores tornarão as atitudes de resistência de um paciente mais fáceis de serem questionadas, debatidas ou retiradas do contexto terapêutico.

As razões para a não-adesão terapêutica, foram identificadas por Beck & Freeman. Acredito que podemos dividi-las em três grupos usando de um critério de tipo: de onde parte essa resistência ou de quem a promove.

I - A resistência é promovida pelo paciente quando:

1. Faltar a ele a habilidade para cooperar;
2. Estressores ambientais impedirem a mudança ou reforçar o comportamento disfuncional;
3. Suas idéias e crenças dizem respeito a seu potencial fracasso na terapia
4. Suas idéias e crenças relativas aos efeitos de suas mudanças sobre os outros, ameaçarem seus relacionamentos;
5. Seus temores forem grandes com referência ao “novo” eu;
6. Ele estiver obtendo ganhos secundários pela manutenção do seu padrão disfuncional;
7. Faltar a ele motivação;
8. Sua rigidez malograr essa adesão;
9. Ele tiver um fraco controle dos impulsos;
10. Os objetivos da terapia não forem enunciados;
11. Os objetivos da terapia estiverem vagos e amorfos;
12. As percepções de seu status e auto-estima estiverem diminuídas;

II - A resistência é promovida pelo terapeuta quando:

1. Faltar a habilidade para desenvolver a cooperação;
2. Não facilita uma rápida ou forte aderência ao processo terapêutico;

3. O timing deficiente das intervenções for um fator de não adesão;

III - A resistência é promovida pela relação terapêutica quando:

1. Crenças disfuncionais do paciente e do terapeuta estiverem harmoniosamente fundidas;
2. Os objetivos da terapia propostos pelo paciente e/ou terapeuta forem irrealistas;
3. Não tiver havido acordo entre paciente e terapeuta quanto aos objetivos do tratamento;
4. Paciente e terapeuta estiverem frustrados devido à falta de progresso na terapia;

Poderíamos pensar que, apesar de Beck & Freeman citarem que a ênfase da terapia cognitiva está na qualidade da relação terapêutica, no que se refere a questão **resistência**, ela é vista como sendo promovida, na maior parte das vezes, pelo paciente. Cabe, portanto, ao terapeuta trabalhar as dificuldades do paciente a fim de facilitar a adesão dele ao processo terapêutico.

No meu entender, as resistências apresentadas por um paciente são devidas à não habilidade do terapeuta ou a questões não resolvidas na relação terapêutica. Fica coerente pressupor que, se a resistência ocorre na sessão, se a dificuldade em trabalhar determinadas questões aparece no trabalho terapêutico, é porque está ocorrendo a não-adesão.

Partindo do princípio que o paciente tenha buscado espontaneamente ajuda terapêutica, e se houve a devida explicação do que é e quais são as conseqüências de se fazer terapia, o paciente que não coopera com a terapia ou não se sente confiante nesta relação, ou não se sente maduro o suficiente para abandonar alguns esquemas cognitivos e, à partir disso, reformular seus relacionamentos.

Sobre esse assunto, Safran & Segal (1994) pesquisam vários autores que estudaram o tema, dentre os quais destaco as conclusões a que chegaram Ryle, Horowitz e Marmar, que enumeraram alguns dilemas que surgem como obstáculos a uma relação apropriada: os temores que os pacientes sentem a respeito da sua própria experiência interior, pois percebem como uma invasão ou uma intrusão à sua privacidade qualquer tentativa do terapeuta em estruturar uma comunicação desta experiência; os pacientes que estão tão deprimidos ou desmoralizados que seu aprendizado com a terapia é pouco proveitoso, no entanto, percebem todo o intento do terapeuta em apontar esta atitude como sinal de que este é diferente ou ingenuamente otimista a respeito de sua capacidade de mudar; e os pacientes que tendem ao acting-out e se mostram mais rebeldes quando o terapeuta aborda este padrão de comportamento, porque tomam como críticas os comentários do terapeuta. Ainda que o terapeuta especifique cada alternativa deste dilema do ponto de vista do paciente, eles podem provocar um impasse na terapia.

Safran & Muran (1996), definem rupturas na aliança terapêutica como deteriorações no relacionamento entre o terapeuta e o cliente. As rupturas frequentemente emergem quando o terapeuta inadvertidamente participa de ciclos interpessoais mal-adaptativos que se assemelham àquelas características de outras interações dos pacientes, confirmando os esquemas interpessoais do paciente, ou representações generalizadas de interações eu-outro. Por exemplo, o terapeuta que responde a um paciente hostil com contra-hostilidade confirma a visão que o paciente

tem dos outros como hostil, e obstrui o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica. O terapeuta que responde a um paciente retirado, com distancia, confirma a visão do paciente que os outros são emocionalmente não disponíveis, perpetuando, portanto, um ciclo vicioso.

As rupturas variam em intensidade, duração e frequência dependendo da diade particular terapeuta-paciente. Em alguns casos podem passar despercebidas pelo terapeuta, ou permanecer fora da consciência para o paciente, e pode obstruir significativamente o progresso terapêutico. Em casos mais extremos pode levar a uma interrupção ou falha no tratamento. Se lidar apropriadamente com elas, as rupturas de aliança podem fornecer uma oportunidade importante para a mudança terapêutica. Explorando sistematicamente, compreendendo e resolvendo as rupturas de aliança, o terapeuta pode fornecer aos pacientes uma nova experiência construtiva que modificará seus esquemas interpessoais mal-adaptativos.

A ênfase da terapia cognitiva na compreensão da fenomenologia atual do paciente é de certo modo apropriada para diluir esses impasses. Buscar novas possibilidades e idéias para facilitar a aliança terapêutica, talvez sejam a forma de resolução desses impasses na relação terapêutica que impedem seu tratamento.

O que podemos perceber em toda a literatura sobre a terapia cognitiva, é a importância e a atenção com que deve ser cuidada a relação terapêutica, uma vez que dela depende o sucesso da terapia, e o sucesso da terapia depende, como já dito anteriormente, da boa formação da aliança terapêutica, à partir da qual as técnicas cognitivas poderão ser aplicadas. Reafirmando, para que se forme uma boa aliança terapêutica é preciso que o terapeuta conte com suas características pessoais: calor humano, empatia e autenticidade.

Dessa forma, esse encadeamento, me faz pensar na responsabilidade depositada nas mãos do terapeuta, de garantir o bom andamento e o sucesso da terapia, em termos de atingir as metas a que se propuseram terapeuta e paciente.

Na relação terapêutica, se o terapeuta, , “aceitar” o convite feito pelo paciente de jogar o jogo conhecido e utilizado frequentemente, que serve como mantenedor de seus esquemas pessoais, estará contribuindo para a resistência terapêutica. Por outro lado, o terapeuta não deve jogar o jogo proposto pelo paciente, mas, apesar disso, deverá buscar manter uma sintonia com a história que é trazida por este, para que junto com o terapeuta possa construir uma nova visão de si, do outro e de mundo.

Referencias Bibliográficas

- BECK, A. (1982), **Terapia Cognitiva da Depressão**. São Paulo: Ed. Zahar.
- BECK, J. (1997), **Terapia Cognitiva - teoria e prática**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- BECK, A. & FREEMAN, A. (1993), **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- NEIMEYER, R. A. (1997). Um convite às Psicoterapias Construtivistas. In R. A. Neimeyer e M. J. Mahoney (orgs.), **Construtivismo em Psicoterapia**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

SAFRAN, J. D. & SEGAL, Z. V. (1994), **El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva**. Buenos Aires: Ed. Paidós.

SAFRAN & MURAN. A resolução de rupturas na aliança terapêutica. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1996, vol. 64 N° 3, 447-458)