

# **RESISTÊNCIA FAMILIAR: Causas e consequências**

MARCELO BELMONTE TAVARES

**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS  
CENTRO DE ESTUDOS MÁRIO MARTINS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA PROF. DAVID ZIMMERMANN**

Porto Alegre – RS

2017

Marcelo Belmonte Tavares

**RESISTÊNCIA FAMILIAR: Causas e consequências**

*“Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para a obtenção de aprovação no Curso de Especialização em Psiquiatria Prof. David Zimmermann.”*

Orientador: Gley P. Costa

Porto Alegre – RS

2017

## RESISTÊNCIA FAMILIAR: Causas e consequências

A mudança pelo processo terapêutico, em que pese ser desejada, muitas vezes é temida pelos pacientes; assim sendo, é razoável esperar que, não raro, revelem sinais de resistência aos planos de tratamento. Contudo, é possível constatar que as reações de resistência não são restritas ao paciente. Elas estendem-se à família, ao perceber a possibilidade de mudança associada ao tratamento de algum de seus integrantes. Dessa forma, o processo terapêutico está sempre sujeito às interferências de familiares, capazes da colocação de uma ampla variedade de pressões sobre a própria existência de psicoterapia. Sensibilidade e flexibilidade são recursos necessários para o terapeuta preservar a continuidade do tratamento.

**Objetivo:** Analisar diferentes formas de manifestação da resistência na psicoterapia de orientação analítica com ênfase sobre suas nuances quando originária da interação familiar. **Método:** Revisão não exaustiva de livros didáticos e artigos científicos sobre o tema da resistência, correlacionando com vinhetas clínicas de casos acompanhados, no período de março de 2016 a julho de 2017, na Fundação Universitária Mário Martins, localizada em Porto Alegre, RS, Brasil. **Discussão:** As relações familiares devem ser consideradas no tratamento psicodinâmico não só para entendimento de sintomas e comportamentos, mas também como possíveis fontes de resistência externa. Ao longo de um tratamento em psicoterapia psicodinâmica, encontra-se sempre a ação da resistência como um espectro, em seu duplo sentido: tanto como um fenômeno fantasmagórico, que age escondido nas sombras da real motivação para cura, quanto como uma representação das diferentes origens de sua motivação, sendo seus polos a resistência intrapsíquica individual e a resistência familiar. A percepção da manifestação desse espectro é uma tarefa indispensável ao terapeuta, quer se trate de paciente criança ou adulto.

**Palavras-chave:** Resistência. Família. Tratamento. Psicoterapia.

## FAMILY RESISTANCE: Causes and consequences

The change through the therapeutic process, in spite of being desired, is often feared by the patients; therefore, it is reasonable to expect that they will often show signs of resistance to treatment plans. However, it can be seen that resistance reactions are not restricted to the patient. They extend to the family, realizing the possibility of change associated with the treatment of one of its members. In this way, the therapeutic process is always subject to the interferences of relatives, capable of placing a wide variety of pressures on the very existence of psychotherapy. Sensitivity and flexibility are necessary resources for the therapist to preserve the continuity of treatment. Objective: To analyze different forms of manifestation of resistance in analytic psychotherapy with emphasis on its nuances when originating from family interaction. Method: Non-exhaustive review of textbooks and scientific articles on the topic of resistance correlating with clinical vignettes of cases followed, from March 2016 to July 2017, at Fundação Universitária Mário Martins, located in Porto Alegre, RS, Brazil. Discussion: Family relations should be considered in the psychodynamic treatment not only for understanding symptoms and behaviors but also as possible sources of external resistance. Throughout a treatment in psychodynamic psychotherapy, the action of resistance is always seen as a spectrum, in its double meaning: both as a phantasmagoric phenomenon, which acts hidden in the shadows of the real motivation for healing, and as a representation of the different origins of their motivation, their poles being the individual intrapsychic resistance and the family resistance. The perception of the manifestation of this spectrum is an indispensable task for the therapist, whether it is a patient child or adult.

Keywords: Resistance. Family. Treatment. Psychotherapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>9</b>
<b>5 MATERIAL CLÍNICO .....</b>	<b>12</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>23</b>

*“O novo sempre despertou perplexidade e resistência”*  
S. Freud, 1905.

## 1 INTRODUÇÃO

A mudança pelo processo terapêutico, em que pese ser desejada, muitas vezes é temida pelos pacientes; assim sendo, é razoável esperar que, não raro, revelem sinais de resistência aos planos de tratamento. Na verdade, terapeutas psicodinâmicos têm visto a resistência como uma parte do processo psicoterápico, resultante do conflito entre os desejos conscientes do paciente de mudar e seus medos inconscientes de suprimir suas defesas.

Os entraves resistenciais de diferentes magnitudes que se sucedem no curso de uma psicoterapia de orientação analítica passaram, então, a serem pontos de apoio para reflexão e impulso na direção de uma melhora, mas apenas quando as repercussões de sua ação são percebidas é que podem ser rastreados até sua origem.

Embora algumas formas de resistência possam ser mais flagrantes, como atrasos, faltas ou mesmo recusas declaradas ao diálogo, as raízes inconscientes dessas resistências oferecem a elas um quê de obscuridade - tal qual um vírus, seja ele biológico ou seu similar digital, ou mesmo como um espectro a assombrar o tratamento psicoterápico. A possibilidade da resistência agir nas sombras do perceptível, levando o paciente a comportamentos que não trazem nenhum benefício aparente a si mesmo, produz efeitos que podem ser comparados ao de uma verdadeira autossabotagem.

Contudo, é possível constatar que as reações de resistência não são restritas ao paciente. Elas estendem-se à família, ao perceber a possibilidade de mudança associada ao tratamento de algum de seus integrantes.

Dessa forma, o processo terapêutico está sempre sujeito à interferência de terceiros. Um marido ciumento que bate na porta durante uma sessão de terapia ou os pais que arcam com o pagamento do tratamento de um filho e exigem informações privadas sobre o andamento do mesmo são alguns exemplos de forças externas que são capazes de colocar uma ampla variedade de pressões sobre o curso de uma psicoterapia. Diante dessa quase inevitável situação, a sensibilidade e a flexibilidade do terapeuta são dois recursos indispensáveis para proteger a confidencialidade do paciente e preservar a continuidade do tratamento.

Entretanto, na prática, nem sempre é possível evitar que essas interferências, muito bem disfarçadas de interesse e intenção de ajudar, esgueirando-se por pontos cegos de todos envolvidos, atinjam seu propósito de retardar ou até mesmo interromper essa terapia em andamento.

## **2. OBJETIVO**

A meta deste trabalho é analisar diferentes formas de manifestação da resistência na psicoterapia de orientação analítica com ênfase em suas nuances quando originária da interação familiar.

### **3. METODOLOGIA**

Revisão não exaustiva de livros didáticos e artigos científicos sobre o tema da resistência correlacionando com vinhetas clínicas de casos acompanhados, no período de março de 2016 a julho de 2017, de pacientes individuais em tratamento na Fundação Universitária Mário Martins, localizada em Porto Alegre, RS, Brasil.

#### 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desde que Freud, em “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895), identificou a resistência presente nos tratamentos psicanalíticos que aplicava e passou a refletir sobre o tema, desenvolvendo melhor tanto o conceito quanto a abordagem dele na prática, a ideia de *trabalhar a resistência* passou a ser fundamental para a psicanálise, na medida em que se opõe a uma técnica baseada na associação livre (COSTA, 1995). A importância da resistência estendeu-se para outras linhas psicoterápicas (PATTERSON, 2000; NEWMAN, 2002; NASH; LOMAX, 2008) - independente das variações em relação à técnica – e, inclusive, para os tratamentos farmacológicos (GABBARD, 2006, p. 116).

Freud trouxe o entendimento da resistência como uma força presente durante todo o tratamento e que atua visando impedir a mudança, o desequilíbrio provocado pelo questionamento de uma organização que já se equilibra precariamente, e isto permitiu a percepção das diversas maneiras como essa força se manifesta.

Segundo Costa (1995), Freud observou - em seu trabalho “O problema econômico do masoquismo”, de 1924 - um tipo de resistência derivada de sentimentos de culpa impostos pelo superego e que, por sua vez, motivam um desejo de punição que é inconsciente para o paciente. Ainda sobre masoquismo, Stasinis (2016) sugere que Lacan, mesmo não tendo elaborado uma teoria sobre o tema, estabeleceu um elo entre o sofrimento e o gozo, apontando que, na análise, o analisando quer amenizar o sofrimento do sintoma, mas não quer perder o gozo que dele provém. Como destacou Rosenberg (2003), Freud considerava essa motivação masoquista da resistência como o pior inimigo do esforço terapêutico do analista.

Vários outros tipos de resistência foram identificados, como a resistência do paciente em revelar material reprimido; resistência aos insights provocados pelas interpretações do terapeuta; resistência em abrir mão de sintomas, que trazem algum ganho secundário; ou a resistência do *id* em ser privado de sua satisfação (PATTERSON, 2000), entre tantas outras formas, numa quantidade que alguns autores acreditam se aproximar do infinito e for praticamente impossível classificá-las (COSTA, 1995, p. 100).

Não obstante, assim como os indivíduos em tratamento, as famílias a que eles pertencem preocupam-se – e agem de acordo com essa preocupação, que é inconsciente – com a manutenção da estabilidade sistêmica, ainda que claudicante. Obviamente, encontraremos uma maior instabilidade e um maior sofrimento para obtenção deste equilíbrio ao tratarmos indivíduos indiferenciados em sua relação com a família ou com vínculos adesivos e fusionais (TRACHTENBERG, 2005; COSTA, 2006; COSTA; NEVES; KOPITTKKE, 2015).

De acordo com De Shazer (1984), essa busca pela manutenção da estabilidade, mais ou menos precária, chamada de “homeostase” pelos pioneiros da terapia sistêmica, corresponde ao conceito de resistência familiar: uma constante demanda de restauração do sistema ao seu *status quo* quando submetido a alguma interferência externa que provoque mudança, mesmo que para isso se mantenha o paciente “em sua função” de doente, como também pôde observar Costa (2006, p. 163).

Nesse contexto, muitos indivíduos podem ser identificados como alguém que “*necessita de terapia*”, no sentido de que seus familiares os reconheçam como estando sofrendo ou fazendo com que outros sofram; entretanto, na prática, quando expande-se o olhar para o grupo familiar, é perceptível que, assim como os sintomas

psicológicos atendem a um objetivo compensatório ou defensivo para um indivíduo enquanto paciente, as manifestações de sintomas ou comportamentos por um membro da família podem estar servindo para aliviar os demais parentes (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007).

Ainda de acordo com Costa (2006) e na mesma linha que seguem Nichols e Schwartz (2007), ao lidar com vínculos patológicos, o equilíbrio do sistema familiar dá-se justamente sobre a existência desse indivíduo identificado como o portador das mazelas daquele grupo, sendo depositário de projeções, protagonista de atuações e fiador do alívio dos conflitos internos dos demais. Se um paciente resiste por entender que se torna ainda mais vulnerável se os sintomas percebidos como "*protetores*" são renunciados, pode-se esperar que, ao visar-se esbatimento de sintomas e mudanças de comportamento, soar-se-ão alguns sinais de alerta também na família do paciente em tratamento.

Por essa razão, qualquer indivíduo em tratamento mobilizará não só suas resistências intrapsíquicas como também, em algum grau, as resistências do seu meio familiar.

## 5. MATERIAL CLÍNICO

A seguir, são apresentadas vinhetas clínicas de dois casos, acompanhados durante o curso de especialização em Psiquiatria na Fundação Universitária Mário Martins, em Porto Alegre – RS, nos quais resistências internas e, principalmente, familiares foram observadas e abordadas.

### CASO I

Elvira, 47 anos, casada, levou sua filha única, Manuela, menina de 10 anos, para atendimento por *“medo de deixar a mãe sozinha”*. Na entrevista inicial, demonstrava desenvoltura e clareza de ideias, dominando bem todos os dados da história da menina e seus sintomas, mediante uma conduta cooperativa, cordial e simpática. Em meados de 2015, Manuela começou a ter muito medo de deixá-la sozinha, sem motivo aparente. Refere apenas que teria dado início a tal comportamento após um *“pesadelo”* envolvendo a morte da mãe. A partir de então, passou a não querer ficar na escola, usualmente alegando *“dor de cabeça”* para tentar voltar para casa. A mãe diz que nunca cedeu às tentativas da filha, envolvendo professores e orientadores da escola para ajudá-la, o que teve um bom resultado. Contudo, em casa, Manuela parecia cada vez mais triste e com medo de se separar da mãe, preocupada com o que poderia ocorrer com ela (e não com o que poderia acontecer consigo mesma, se afastada da mãe). Referiu que sentia *“um aperto grande no peito e uma vontade de chorar”* que não sabia de onde vinha, nem por quê. Elvira identificou esses sintomas em si mesma após o nascimento de Manuela, dentro de um quadro de *“depressão pós-parto”*, mas não acreditava que isto pudesse ocorrer com uma criança.

Após algum tempo, levou a menina a um psiquiatra “*que atende crianças*” em sua cidade. Ficou muito impressionada, negativamente, com o atendimento recebido, no qual o médico muito rapidamente lhes disse que o problema era “*depressão e que tinha de tomar o remédio por seis meses, depois voltar*”.

Mesmo com receio, resolveu dar a medicação prescrita – um comprimido de fluoxetina 20mg ao dia – e percebeu que a menina melhorou bastante: não tinha mais choro ou tristeza, realizava atividades escolares e sociais sem maiores dificuldades, apesar da permanente preocupação com a mãe. Só estava negando-se a fazer uma viagem de excursão com a escola, que ocorreria dali a alguns meses, pois seriam três dias de afastamento, mas Elvira havia conseguido acertar que a filha ficaria hospedada no quarto com uma das professoras e acreditava que isso resolveria o impasse.

Manuela, quando entrevistada, contou que teve um pesadelo, por volta de julho de 2015, no qual acontecia um acidente com a mãe. Depois disso, ficou com muito medo de se separar da mãe, por medo de que algo acontecesse com ela. Sentia dores de cabeça na escola que só aliviavam quando conseguia falar com a mãe pelo telefone. Relatou também que sentia muita tristeza e uma vontade de chorar, e que dizia para sua mãe que não sabia o porquê disso.

Manuela iniciou a psicoterapia e, após algumas sessões, dizia que esse medo de se separar ocorria por ser muito “*apegada*” à mãe, por dormirem juntas todos os dias, exceto quando seu pai vinha para casa, a cada 15 dias, quando dormia em outra cama, mas no mesmo quarto. Lembrou que, uma vez, até passou a dormir em um quarto separado, mas no terceiro dia a mãe veio chamá-la para voltar ao sistema anterior. Apesar disso, nunca teve dificuldades para fazer amigos ou realizar atividades sociais.

Não foi necessário muito tempo para a percepção de que os sintomas da menina espelhavam uma grande angústia de separação manifestada pela mãe, uma mulher envolvida em um casamento vazio, sem laços afetivos familiares, e que, segundo relatou, teve na gravidez de Manuela a única razão que a manteve viva na época em que ocorreu. Abordamos a dificuldade em deixar a filha ter o seu espaço na casa, com seu quarto e sua cama para dormir, mas essas medidas despertaram uma variedade de resistências por parte da mãe.

Conforme a menina melhorava, sentindo-se confiante para novas atividades sociais e, principalmente, afastar-se da mãe, Elvira passou a mobilizar o terapeuta e a própria instituição: inicialmente, pedia para falar “*uns minutinhos*” ao final da consulta; não satisfeita, passou a solicitar receitas de medicamentos para si e, na sequência, horários para um atendimento individual, sempre com muita cordialidade e elogios ao tratamento dispensado à filha. O ápice de sua falsa satisfação foi quando declarou em voz alta, ainda na recepção da clínica:

- *“Manuela está cada vez melhor, doutor! Precisava ver! Essa semana foi pra casa de uma amiguinha, vizinha, e ficou horas! Nem telefonou, nem se lembrou da mãe, essa tirana! Isso é uma tirana, doutor! Mas ela está ótima, graças a Deus! Eu é que estou mal, depois até vou querer ver um horário pra mim...”*

De fato, com a devida atenção para a resistência da mãe, chamada para consultas em horários separados da filha, com a explicação de como aquilo estava interferindo no tratamento, a menina evoluiu muito bem ao longo de um ano, porém sem nunca ter podido dormir sozinha no seu quarto. Elvira seguia declarando total cooperação e compreensão de que ela mesma apresentava dificuldades que refletiam na filha, mas o quarto da menina continuava sendo visto como “*muito quente*”, “*com móveis ruins*” ou “*precisando só de uma pintura*” ... Encerraram o

tratamento, alegadamente, porque a menina mudaria o turno da escola e “*já estava bem*”. Manuela, em nosso último encontro, não deixou de concordar com a sua melhora, inclusive com o adendo de que “*até dormiria no seu quarto*” a partir daquele mesmo dia, evento que não se pôde confirmar.

## CASO II

Vicente é um homem de 30 anos, solteiro, que, apesar de já formado e pós-graduado na área de Administração, é totalmente dependente dos pais, por estar desempregado há cerca de três anos e ainda residir com eles numa casa de construção inacabada. Procurou atendimento por uma grande angústia, sentindo-se preso a essa terrível situação financeira que o ligava à atual relação familiar.

Contou que se achava “*prisioneiro na própria casa*”, onde era obrigado a conviver com uma mãe “*depressiva*”, que não perdia a oportunidade de lamentar-se e fazer queixas a ele de seu pai, visto por Vicente como um homem “*de cabeça fechada e pouca visão*”, mas que, com dificuldade, sustentava a família trabalhando como marceneiro.

Vicente lamentava-se muito por não conseguir um emprego, mesmo com grande esforço para isso. Afligia-se ainda mais por já ter tido uma situação financeira muito boa no passado, mas que foi perdida devido ao seu vício em álcool e drogas. Aponta que, no momento em que estava no seu auge profissional, aceitou a internação numa clínica de reabilitação e, nesse período de afastamento, não conseguiu cumprir com sua agenda de trabalho, o que lhe acarretou essa derrocada financeira.

Outro fato que contava em tom de lamentação – e de muita inveja – era a vida que levava a sua única irmã, que conseguiu ser aprovada num concurso público e

foi ter a sua vida em outro lugar, rompendo totalmente as relações com a família. Segundo Vicente, “*ela saiu desse inferno e eu não vejo como*”.

O *inferno* a que ele referia-se envolvia essa total dependência financeira em relação ao pai e o convívio com a mãe. Mas que, ultimamente, também passou a envolver uma atitude extremamente desrespeitosa e invalidante do pai em relação a ele.

Vicente pensou que, desempregado, poderia usar seus conhecimentos em Administração para benefício do negócio do pai. Porém, o único trabalho que o pai lhe oferecia era como auxiliar na marcenaria, com atividades tão simples quanto varrer o chão. Além disso, tinha usado o nome de Vicente para abrir uma empresa, a qual, hoje, representava um risco para ele pelos cheques da empresa, sem fundos, que o pai passava. Além disso, entre outras situações, referiu que, enquanto estava em tratamento na clínica, recebeu uma grande quantia em dinheiro pelos trabalhos que vinha fazendo até então e o pai, incumbido de movimentar esse dinheiro, pegou tudo para si, alegando que seriam “*os custos que Vicente trazia para a casa*”.

Completamente abstinente das drogas e álcool, iniciou seu tratamento psicoterápico. Foi quando passou a perceber o caráter abusivo da relação do pai com ele e também a sua contribuição para essa situação. Contava que estava falando sobre coisas muito difíceis para ele e que isso o deixava triste e pensativo após as consultas. Com o passar do tempo, uma quantidade de raiva passou a se somar à tristeza.

Até que, numa determinada consulta, Vicente veio acompanhado da mãe, sem ter avisado nada previamente. Nesta oportunidade, demonstrou postura totalmente infantilizada, pedindo que a mãe falasse por ele. A mãe, então, contou que o pai de Vicente tentou impedi-lo de vir à consulta e ela precisou intervir e trazê-

lo, quase escondidos. Os dois ali sentados, olhando para o terapeuta e fazendo queixas sobre a tirania do pai e marido, pareciam dois refugiados de guerra pedindo abrigo. Efetivamente, aquele encontro se encerrou com o pedido explícito da mulher para que o terapeuta os ajudasse “*a se livrar daquele homem*”.

Na sessão seguinte, Vicente retornou sozinho e pôde relatar que percebia o incômodo do pai com algumas atitudes que ele estava, muito lentamente, começando a tomar e que iam ao sentido de defender-se dos abusos do pai e fortalecer sua capacidade de independência. Por exemplo, retirou do pai o automóvel que estava em nome de Vicente, mas que o pai havia “*comprado, só que não pagou as parcelas*”. Permanecia, no entanto, com muito medo de que “*o pai não o deixasse vir*”, pois estava até marcando compromissos profissionais para Vicente exatamente na hora da terapia, que nessa altura era paga pela mãe “*até onde ela pudesse*”.

De fato, nas semanas seguintes, Vicente desapareceu da terapia. Não retornou as ligações e o caso foi tratado como um abandono de tratamento.

## 6. DISCUSSÃO

Seria inconcebível, nos dias de hoje, planejar o tratamento com crianças sem uma boa avaliação de sua estrutura familiar. Mais especificamente, precisa-se saber, tanto quanto possível, quem são os pais ou responsáveis, como a família se organiza e quais são seus pontos fortes e seus pontos fracos; enfim, juntar todos os elementos da questão na qual o paciente é muitas vezes parte da equação e do resultado simultaneamente.

Porém, esse mesmo cuidado deveria ser estendido aos pacientes adultos que buscam auxílio. Não se prescreve aqui envolver a família no tratamento em todos os casos, mas ressalta-se, conforme aponta Costa (2006), a importância que Freud já destacava das interações familiares na origem dos sintomas apresentados pelos pacientes, corroborando a opinião de que uma maior compreensão da dinâmica familiar representa um enriquecimento para o tratamento de adultos também.

Essa investigação exige levar em consideração, obviamente, uma maior interação com outros indivíduos além do nosso paciente e, assim como somos impactados por eles, causamos também algum efeito, simplesmente por representarmos um olhar novo sobre a sua família e a lembrança, muitas vezes indesejada, de que não estão fechados, protegidos ou isolados como esperariam.

No caso de Manuela e sua mãe Elvira, temos esta última muito motivada em ajudar a filha com seus sintomas. Elvira não media esforços para levar a menina ao médico que fosse indicado, questionava, mas não se atrevia a desobedecer, a prescrição do profissional e se engajava ativamente na rede de suporte à Manuela quando longe de sua proteção, como na escola ou na temida viagem com a turma. A menina, por sua vez, fazia o esforço que podia.

Gradualmente, todavia, se percebeu a mudança e o contraste entre aquela mãe que fazia de tudo pelo bem da filha e a mãe assombrada e atrapalhada pelo fantasma de suas resistências quando o tratamento passou a sugerir uma nova forma de se entender e abordar os sintomas.

Nesse caso, não era esperada, nem foi observada, maior resistência por parte da paciente, que desejava no seu íntimo sair do leito que dividia com a mãe sempre que o pai não estava e desejava também ter o seu espaço e ser liberada pela mãe de sua função protetora, pois essa era a inversão de papéis entre mãe-filha que compunha o conflito; entretanto, a resistência externa trazida pela mãe fez-se presente, sempre muito bem disfarçada de cordialidade, interesse e, até mesmo, de sofrimento, mas numa tentativa de oferecer outro foco para o tratamento, desviando-o do principal. Desse caso, restou a lembrança de que mesmo os pais, que tem total poder sobre o tratamento dos filhos dependentes, podem oferecer resistências não tão declaradas como cancelando atendimentos ou provocando atrasos, mas outras muito mais sutis e insuspeitas, imprevisíveis frutos de seu desejo consciente de melhora conflitante com o medo inconsciente da mudança.

Já no caso de Vicente, independentemente de suas dificuldades pessoais, que poderiam ser abordadas caso prosseguisse em terapia e que contribuía para o estabelecimento da relação perversa com o pai, temos um adulto que se via fragilizado e dependente, por vezes infantilizado, e que, por isso, estava mais sujeito a resistências externas, tal qual uma criança trazida a tratamento pelos pais.

Enquanto para Vicente qualquer mudança pudesse representar uma melhora e ele ansiasse conscientemente por isso, o pai talvez desejasse exatamente o contrário. Vicente, assustado, hesitava e até pedia o apoio da mãe para seguir, na medida em que percebia que a tristeza, questionamentos e raiva mobilizados nele

pela terapia tinham um alvo muito provável nesse pai. Algo como se Vicente estivesse começando a enxergar melhor alguns aspectos de sua vida e o pai desejasse que certas questões permanecessem obscuras ou ocultas. Nesse choque de desejos antagônicos, o pai recorreu ao poder maior que dispunha naquele momento, através de chantagens e ameaças, e, por ora, atingiu seu objetivo de interromper o processo terapêutico.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freud pensou na família “(...) como um negócio antigo – o lugar onde as pessoas aprendiam medos neuróticos, em vez de como o contexto contemporâneo os mantinha” (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007, p. 225). É possível que o pensamento e a prática psicanalítica tenham seguido, desde seus primórdios, um caminho de aprofundamento na psicodinâmica individual e certa desconsideração pela dinâmica familiar. Posteriormente, foram exatamente alguns psicanalistas os precursores da terapia sistêmica familiar, como Salvador Minuchin, que declarou que “o indivíduo descontextualizado era um monstro mítico, uma ilusão criada por antolhos psicodinâmicos” (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007, p. 225).

O que Nichols e Schwartz (2007) elucidam é a conexão existente entre essas linhas de pensamento que, no passado, por vezes, colocavam-se como antagônicas (ou, no mínimo, incompatíveis). O estudo de outros autores, como Costa (2006; 2015) e Trachtenberg (2005) confirma a relevância de que aspectos externos ao paciente no presente, como as relações familiares, sejam considerados no tratamento psicodinâmico. Retiraram-se os supostos “*antolhos*” mencionados acima. Essa evolução do pensamento abrange o entendimento de sintomas e comportamentos, mas também sustenta as afirmações de que as fontes de resistência enfrentadas possam ser internas e externas.

Ao longo de um tratamento em psicoterapia psicodinâmica, encontrar-se-á sempre a ação da resistência como um espectro, em seu duplo sentido: tanto como um fenômeno fantasmagórico, que age escondido nas sombras da real motivação para cura, quanto como uma representação das diferentes intensidades de sua motivação, sendo seus polos a resistência intrapsíquica individual e a resistência

familiar - como nos fala Francischelli (2016, p. 171), remetendo a Freud, o processo de cura necessariamente envolve lidar com batalhões de resistência. E, entre esses polos, por vezes o contraste entre as resistências individuais e as familiares pode ser indistinguível, estando todas a serviço do resistir.

Dada a fundamental importância da abordagem da resistência durante o tratamento, à percepção da manifestação desse espectro é uma tarefa indispensável ao terapeuta, quer se trate de paciente criança ou adulto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, Gley P; NEVES, Nilda E; KOPITTKE, Cynara C. Carne de minha carne. In: COSTA, Gley P. ET al. *A Clínica Psicanalítica das Psicopatologias Contemporâneas*. 2. ed. ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2015, cap. 19, p. 333-353.

COSTA, Gley P. Uma doença chamada família. In:\_\_\_\_\_. *Conflitos da vida real*. 2. ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2006, cap. 16, p. 161-172.

COSTA, Gley P. Resistência. In: OUTEIRAL, José O. (Org.); THOMAZ, Teobaldo O. (Org.). *Psicanálise brasileira: brasileiros pensando a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, cap. 10, p. 89-107.

DE SHAZER, Steve. The death of resistance. *Family process*, v. 23, n. 1, p. 11-17, mar. 1984.

FRANSCISCHELLI, Leonardo Adalberto. Como cura a psicanálise? Vencendo as resistências e a quantidade. In:\_\_\_\_\_. *Zugrunde gehen: o trabalho da psicanálise*. Porto Alegre: Criação Humana, 2016, Parte III, cap. 3, p. 185-194.

FREUD, Sigmund. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]). In:\_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 16-119.

GABBARD, Glen O. Tratamentos em psiquiatria dinâmica: terapia de grupo, terapia familiar e de casal e farmacoterapia. In:\_\_\_\_\_. *Psiquiatria psicodinâmica: na prática clínica*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, cap. 5, p. 103-121.

NASH, James L; LOMAX, James W. Psychodynamic and social interventions. In: EBERT, Michael H. ET al (Ed.). *Current diagnosis & treatment: psychiatry*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2008, cap. 11.

NEWMAN, Cory F. A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, v. 58, n. 2, p. 165-174, fev. 2002.

NICHOLS, Michael P; SCHWARTZ, Richard C. Terapia familiar psicanalítica. In:\_\_\_\_\_. *Terapia familiar: conceitos e métodos*. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, cap. 9, p. 225-247.

PATTERSON, Cecil H. Resistance in psychotherapy: a person-centered view. In:\_\_\_\_\_. *Understanding psychotherapy: fifty years of client-centred theory and practice*. PCCS Books: Heredforshire, 2000, cap. 19. Disponível em: <[http://www.sageofasheville.com/pub\\_downloads/resistance\\_in\\_psychotherapy\\_a\\_person-centered\\_view.pdf](http://www.sageofasheville.com/pub_downloads/resistance_in_psychotherapy_a_person-centered_view.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2017.

ROSENBERG, Benno. Introdução. In:\_\_\_\_\_. *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta, 2003, p. 22-23.

STASINOS, Petros. Masoquismo: algumas breves considerações teóricas. *Revista Iteração*, São Luiz, v. 1, 2016. Disponível em: <<http://iteracao.com.br/revista/masoquismo-algumas-breves-consideracoes-teoricas/>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

TRACHTENBERG, Ana Rosa Chait. Trauma, transgeracionalidade e intergeracionalidade: uma transformação possível. In: TRACHTENBERG, Ana Rosa Chait ET al. *Transgeracionalidade: de escravo a herdeiro: um destino entre gerações*. Porto Alegre: Sulina, 2005, cap. 9, p. 119-129.