



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**RESISTÊNCIAS EM PSICOTERAPIA DE GRUPOS:  
ESTUDO DE CASO NA POPULAÇÃO  
TOXICODEPENDENTE.**

Ana Mafalda Ramalho Ferreira

N.º 13096

**Orientador de Dissertação:**

PROF. DOUTOR RUI ARAGÃO

**Coordenador de Seminário de Dissertação:**

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PIRES

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA  
Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Rui Aragão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **I. Agradecimentos**

Ao longo da realização deste trabalho, pessoas e lugares se revelaram importantes, a estes gostaria de deixar uma palavra:

Ao ISPA, por ter proporcionado esta oportunidade, que se revelou muito importante no meu percurso académico;

Ao Prof. Doutor Rui Aragão, pela sua tranquila e excelente orientação;

À Equipa de Tratamento, nas pessoas, Dr<sup>a</sup> Marina Martins, Dr<sup>o</sup> Rui Rodrigues e Dr<sup>o</sup> Alfredo Soares, por me proporcionarem a oportunidade da realização deste trabalho e pelo apoio;

Aos membros do grupo terapêutico, por partilharem comigo, algo que sei ser muito mais profundo do que aparenta;

À minha família, em particular, a minha mãe e ao meu pai, pelo apoio e incentivo imenso ao longo deste percurso, que me deram o alento para continuar em frente;

Ao Pedro Reis, que na sua infinita paciência me apoiou, com as suas alternativas sempre muito mais reais que as minhas, que se revelaram a minha *luz ao fundo do túnel* neste ano problemático;

À Débora, e ao Filipe, que me aturaram imenso e incentivaram, ao longo deste ano; Ao João Borlido, pela sua displacência que me retiravam da ansiedade do último ano, nos cafés sempre oportunos;

Por tudo e muito mais, que sempre me faltam as palavras certas e normais, para explicitar o quanto me são queridas as pessoas, que ao longo deste ano, me apoiaram nesta louca montanha-russa de emoções, que senti, que pensei, com elas...

***Muito Obrigado por Tudo!***

## II. Resumo

Palavras-chave: Resistências; Toxicodependência; Grupos.

O presente trabalho, incide principalmente no estudos sobre os fenómenos de resistência em psicoterapia de grupo. Constituindo, a resistência, todas as forças que o paciente que se opõem aos procedimentos e processos de análise, impedindo a associação livre, bloqueando as tentativas de o paciente obter e assimilar o *insight*, agindo contra o seu desejo de mudar, na terapia de grupo (Keidann & Poziomczyk, 1989). Foi, então, proposto a estudar, através da escolha de uma metodologia qualitativa de investigação, quais os principais fenómenos resistenciais, em psicoterapia de grupo, na população toxicodependente, como se manifestariam e suas causas. Para tal foi escolhido um estudo de caso para aprofundar esta temática, através de uma análise reflexiva dos registos das sessões, de modo a existir uma melhor compreensão deste fenómeno nesta população. A resistência em si, mais manifestada pelo grupo, aparentemente, é a resistência transferencial positiva, em que existe uma ilusão mágica grupal (Freud, 1926; Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 1979/2005; Stewart, 1963).

### **III. Abstract**

Keywords: Resistances; Substance addiction; Groups.

This paper focuses mainly on the study of the phenomena of resistance in group psychotherapy, by which we consider all and every opposition a patient has to the processes and procedures of analysis, that may block free-association, and as such, the patient's insight, and in so doing, acting against the patient's wish to change, during group therapy (Keidan & Poziomczyk, 1989). We then set out to, with the choice of a qualitative case study, of the manifestations and causes of the main resistance phenomena, in group psychotherapy, on a substance addict population. To do so, a group was selected and, by means of a reflexive analysis of group psychotherapy session records, we sought to achieve a better understanding of this phenomenon in this population. According to the collected data, the type of resistance most employed by the group is that of positive transference, a type of resistance that implies a magical group illusion (Freud, 1926; Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 1979/2005; Stewart, 1963).

## **IV. Índice**

I.	Agradecimentos	III
II.	Resumo	IV
III.	Abstract	V
IV.	Índice	VI
V.	Índice de anexos	VII
VI.	Introdução	1
1.	Toxicodependência	2
1.1.	Mecanismos de defesa em toxicodependência	2
2.	Terapia de Grupo	4
2.1	Terapia de grupo com toxicodependentes	4
3.	Resistência	5
3.1.	Resistências em psicoterapia	6
3.2.	Resistências em psicoterapia de grupo	7
3.2.1.	As resistências	7
3.2.2.	A origem das resistências	9
3.2.3.	A resolução de resistências	13
4.	Tema/Problema	13
VII.	Método	14
1.	Instrumento	14
2.	Sujeitos	15
3.	Recolha de dados/Procedimento	15
4.	Observações	16
VIII.	Análise e Discussão	17
IX.	Conclusões	26
X.	Referências Bibliográficas	29
XI.	Anexos	32

## V. Índice de Anexos

Anexo (A)	33
Declaração de Autorização	34
Anexo (B) - Materiais	35
Registo das temáticas por sessão	36
Sessão 1	36
Sessão 2	36
Sessão 3	37
Sessão 4	39
Sessão 5	39
Sessão 6	41
Sessão 7	42
Sessão 8	43
Sessão 9	43
Sessão 10	44
Sessão 11	45
Tabela 1. Sessões	46

## VI. Introdução

Após uma revisão de literatura centrada nas temáticas de toxicod dependência, de resistência e, por fim, de terapias de grupo, apresentámos a metodologia empregue na condução deste estudo de caso, das resistências num grupo psicoterapêutico na população toxicod dependente.

Seguidamente apresentaram-se e discutem-se as observações feitas, procurando evidenciar as diferentes estratégias resistenciais, sua forma e causa. Finalmente são referidos futuros estudos e limitações encontradas no desenrolar deste trabalho.

Na dependência do toxicómano, o essencial não são as propriedades químicas do objecto nem o prazer suposto no seu consumo, mas sim o auto-erotismo subjacente enquanto ideal narcísico de independência, e cuja função não é outra que a de repudiar a ausência estrutural de um objecto real e adequado ao desejo (Ocampo, *in* Sequeira, 1996, p. 58).

Foi com esta perspectiva em mente, que no decorrer do estágio académico numa instituição decorreram várias questões sobre a que dimensão atribuir ao que o indivíduo sente face ao tratamento, e como se coloca perante ele, que foram encontrados os fenómenos de resistência como a visão mais correcta para incluir estes movimentos, que ocorrem na vivência mas que se encontram em evidência no tratamento psicoterapêutico.

O grupo terapêutico na população toxicod dependente transforma-se aqui no ideal de observação destes fenómenos, visto que sendo a um nível social, não é possível acompanhar a frequência com que ocorrem, e em tratamento a oportunidade de observar a resolução dos obstáculos que se colocam num caminho árduo, na sua força mágica que a cultura do grupo terapêutico proporciona (Grinberg, Sor, & Bianchedi, 1991).

## 1. Toxicodependência

O acto de se drogar comporta a dimensão de uma tentativa de preenchimento do vazio objectal interno que testemunha a incapacidade em simbolizar os afectos e “reenvia sempre a carências narcísicas sérias e precoces, que conduzem a vividos depressivos contra os quais se torna necessário lutar simultaneamente pelo comportamento e pelo corpo (Bergeret, 1984, *in* Sequeira, 1996, p. 70).

A dependência é por definição um estado psíquico e por vezes também físico que resulta de uma interacção entre um organismo vivo e um medicamento, caracteriza-se por modificações do comportamento e outras reacções que compreendem sempre o impulso que leva a tomar uma substância de um modo contínuo ou periódico, para provocar efeitos psíquicos e às vezes evitar o mal-estar da sua privação. Este estado que pode ser acompanhado ou não de tolerância (Sequeira, 1996).

Na base da toxicodependência encontra-se uma doença de grupo, dado que às modificações individuais nas alterações de personalidade que vai ocorrendo ao longo da vida, acresce a influência do grupo com comportamentos de risco em que o sujeito se insere. (Neto, 1990)

### 1.1. *Mecanismos de defesa em Toxicodependência*

Rosenfeld (1960) sugere que o paciente toxicodependente é particularmente difícil de “gerir”, dado que o analista tem de lidar não só com uma determinada psicopatologia, mas é confrontado com a combinação do estado mental e da intoxicação e confusão causada pelas substâncias. São pacientes conotados com um excessivo *acting out*, o que pode conduzir a crises no tratamento, em que ocorrem perdas periódicas de controlo (Rosenfeld, 1960)

A substância é usada no auxílio da aniquilação de qualquer objecto ou situação frustrante ou persecutório. As substâncias e o seu abuso são directamente relacionadas a ansiedades persecutórias e a impulsos sádicos. O factor essencial de relação entre a depressão e a toxicodependência, é a identificação com uma doença ou um objecto morto. A substância, em alguns casos, representa tal objecto e o efeito farmacotóxico é usado para reforçar a realidade de ambas introjecção do objecto e a identificação com ele (Rosenfeld, 1960).

No que diz respeito aos mecanismos de defesa mais frequentemente verificados, é elegida a denegação como defesa universal contra certos aspectos de percepção, a auto-relação e a projecção paranóide. A denegação e a projecção, bem como as mais graves repressão e o isolamento de afectos e pensamentos. E assim o que cria, segundo Wurmser

(1985, in Neto, 1990), a severidade clínica é a massividade do conflito, ao nível da ansiedade e dos mecanismos, em conjunto com o problema da integração dos diferentes aspectos da pessoa.

As defesas maníacas estão relacionadas com ambas ansiedades e mecanismos paranóides e depressivos, na fase esquizo-paranóide descrita por Klein (*in* Sequeira, 1996) que são utilizados por indivíduos toxicodependentes para controlar ansiedades paranóides, tais como a idealização, identificação com o objecto ideal e o controlo onnipotente dos objectos (parcialmente ou na sua totalidade). Sob o domínio desses mecanismos toda a frustração e ansiedade (em particular a ansiedade persecutória) é negada, e a parte agressiva e má do self é fragmentada. A substância simboliza um objecto ideal, que pode ser incorporado e o seu efeito “farmacotóxico” é usado no reforço da onnipotência dos mecanismos da negação e fragmentação (Rosenfeld, 1960). Por isto, verifica-se por vezes durante o tratamento, uma culpabilidade persistente e invasiva, o que pode ser interpretado como um sinal passageiro, para o progresso no caminho da cura (Neto, 1990).

Nesta população existe uma culpabilidade retaliatória, ou seja, esta surge em acção em vez de ser sentida como culpa, a pulsão masoquista combina-se com a sádica de modo intrincado e complexo, no entanto vence-a. Os toxicómanos fazem-se sempre perder e castigar, em detrimento da lesão realizada no outro (Neto, 1990).

A relação entre a toxicodependência e a fragmentação do ego e dos seus objectos, verifica-se quando o paciente é incapaz de lidar com a dor e a frustração vivencial e/ou relacional. Verificada em análise transferencial, a fragmentação existe por consequência de objectos idealizados e outros depreciados. Conduz, eventualmente, a tentativas de controlo, de uma forma elaborada, de pessoas nas quais o paciente se projectou (Rosenfeld, 1960).

São incluídos os seguintes aspectos dos sintomas e características, da personalidade na toxicomania: a incapacidade de regulação afectiva; ansiedades resultantes como invasivas e especialmente clivadas com uma dimensão narcísica (uma luta entre o desejo de pertencer e o desejo de ser autónomo) que se inscreve na problemática de separação/individuação de Mahler. Esta última problemática suscita no indivíduo preocupações com a castração, os aspectos da luta edipiana, a aquisição da simbolização e a emergência de manifestações do super-eu – negados sob a máscara de um “falso self” (Sequeira, 1996).

A função defensiva da droga, tenta restabelecer uma posição onnipotente nos aspectos do self grandioso em que as outras pessoas (self-objecto), segundo Kohut (*in* Sequeira, 1996) são tratadas como totalmente disponíveis. A sua auto-ajuda (droga) tenta acalmar sentimentos de agressividade (sob a forma de ferida narcísica), vergonha, solidão e ansiedade. Esta agressividade é resultado de um conflito entre a limitação de um self que desaponta e um self

grandioso, self ideal. A falha na formação do ideal do Eu é caracterizada, pela patologia do super-eu, a falha de sentido na vida e a falta de valores e ideais. Nestes sujeitos a afectividade permanece pré-verbal. Assim a psicoterapia com esta população se verificar aparentemente difícil e frustrante, pela falha de hipossimbolização. Logo dificuldades na diferenciação, identificação e verbalização dos estados afectivos e somatizações também são sentidas dificuldades como autores referem Krystal e Raskin (1970 *in* Sequeira, 1996).

## **2. Terapia de Grupo**

A organização do grupo em determinado momento pode ser vista como resultante de uma interacção entre a mentalidade grupal e os desejos do indivíduo. É esta organização que se denomina por cultura do grupo. É um movimento observável dentro do contexto grupal, que pode ser descrito através da conduta dos seus integrantes, dos papéis que desempenham, dos líderes que actuam e do comportamento total do grupo. A cultura do grupo é função da mentalidade de grupo e dos desejos do indivíduo. A organização que o grupo adopta num determinado momento ou durante um período de tempo, surge do conflito entre a vontade colectiva anónima, inconsciente e os desejos individuais (Grinberg, Sor, & Bianchedi, 1991; Bion, 1961).

Qualquer grupo, quão casual ou idealizado possa aparentar ser, têm um propósito a longo prazo, na sua actividade de acordo com as capacidades individuais envolvidas, existe uma cooperação envolvida. Esta actividade implica uma contenção por cada um a cada um, de forma involuntária e com a inevitável esfera de emotividade envolvida. O grupo exponencia o aparecimento de um fenómeno, que ocorre no sentido de decréscimo de habilidades intelectuais colectivas, com a consequente perda da distintividade individual, falhas ao nível da formação simbólica (Bion, 1952).

### *2.1. Terapia de Grupo com Toxicodependentes*

Zimerman & Osorio (1997) aponta o objectivo do trabalho de grupo com toxicodependentes que será consituído através da criação “de um espaço de reflexão, onde o paciente possa buscar o sentido de suas próprias vivências”, na tentativa de encontrar uma resposta diferente para a mudança nas suas vidas que até então se centrava nos consumos.

A realidade que rodeia o dependente de substâncias, é vivida com grande sofrimento e fragilidade, acompanhado por vezes de uma angústia de morte e de aniquilamento. Realidade

esta que é vivida como a única, e aquando da abstenção dela, é experienciado um vazio, problemática inicial, exponenciado pelo desespero de que a solução mágica adquirida através de substâncias, falha por fim (Zimmerman & Osorio, 1997). São grupos constituídos por pacientes diagnosticados com dependência de substância, mistos em género, em idade, e ao tipo de droga usada. A “Dependência que se dá na relação que o indivíduo estabelece com a droga [onde se pressupõe] que um indivíduo activo, que busca, usa e perde o controle sobre a substância” se torna num toxicodependente citado por Laufer (1990, *in* Zimmerman & Osorio, 1997, p. 229). Não definindo o sujeito por essa relação, que variando de indivíduo para indivíduo, não interfere na psicopatologia que poderá estar subjacente, mas esclarece a “categoria” de toxicodependentes diferenciando-os da restantes população e mesmo individualmente entre si.

A população toxicodependente tem um prognóstico terapêutico mais fraco, dado que são altamente resistentes às estratégias terapêuticas tradicionais. O exemplo dos grupos de terapia *maratona* com esta população, que se verifica que com as dificuldades de controlo de impulso e uma falta de persistência no trabalho psicoterapêutico de seus problemas, os indivíduos que participaram neste tipo de grupoterapia, sentiram uma mudança significativa ao nível da personalidade (Kilman, 1974). E assim revelando um progresso terapêutico mais rápido, demonstrando uma preferência por processos alternativos, para uma população diferente.

### **3. Resistência**

O objectivo da terapia de grupo, com população toxicodependente é centrado na procura e apreensão do sentido da droga na vida do paciente, de sua individualidade. As resistências adjacentes à terapia pode colocar o progresso terapêutico num impasse, dado que sendo o pedido manifesto o uso de drogas, o paciente estará num estado frágil ao nível do ego, com uma intolerância à frustração, “aliada à dificuldade – ou ausência – de simbolização” o que requer uma adaptação da metodologia psicanalítica tradicional (Warks, 1989 *in* Zimmerman & Osorio, 1997, p. 229).

### 3.1. *Resistências em Psicoterapia*

A resistência toma forma pela utilização de todas as estratégias que bloqueiam o processo terapêutico.

“(...) todas as forças que o paciente que se opõem aos procedimentos e processos de análise, impedindo a associação livre, bloqueando as tentativas de o paciente obter e assimilar o *insight*, agindo contra o seu desejo de mudar.” (Keidann & Poziomczyk, 1989, p.172).

Para Freud (1926) a resistência ocorre como um fenómeno de proteger a repressão no tratamento analítico, cujo impulso reprimido é constantemente re-actualizado e repetidas vezes decorre com um desperdício de energia. Resistência que decorre da existência da anti-catexia, sendo que catexia seria o processo pelo qual a energia libidinal disponível na psique é vinculada a ou investida, esta surge sob a forma de uma alteração do ego, como uma formação reactiva no ego, e é efectuada pelo reforço da atitude que é o oposto da tendência instintual que tem de ser reprimida (Freud, 1926).

Este fenómeno de resistência é solucionável, mas a sua resolução reside na análise em profundidade de cada caso e do que se passa em contexto clínico com cada pessoa, para poder compreender a origem do problema (Keidann & Poziomczyk, 1989).

Os processos interpessoais e intrapsíquicos estão ligados pela transferência e pela resistência, que gradualmente se descobre dentro da situação psicanalítica, como uma experiência interactive entre dois participantes. De onde o conceito de resistência emerge na manifestação, por vezes, até inconsciente, por ambos o paciente e o terapeuta. Ainda na mesma linha o autor refere a resistência como um termo dialéctico, em que, num dado momento, seja ao nível das operações defensivas intrapsíquicas ou nos aspectos resistencias interpessoais se revelem numa figura base da relação terapêutica (White, 1996).

A resistência como um conceito técnico, têm sofrido muitas alterações desde a origem da psicanálise. Com o desenvolvimento da teoria psicanalítica e da técnica terapêutica, evoluiu de um significado circunscrito envolvendo um número limitado de actividades mentais específicas em direcção a uma que envolve toda a actividade mental que se torna parte do processo terapêutico (Schuller, Crits-Christoph, & Connolly, 1991). Daí o reconhecimento das resistências que implicando a devida capacidade de insight, e a resolução das mesmas resistências implicando a mudança, implica um trabalho cuidado e especialmente atento a

fenómenos que na sua observação psicanalítica obtêm a sua forma na realidade vivencial da relação terapêutica (Sedler, 1983).

### 3.2. *Resistências em Psicoterapia de Grupo*

Em contexto de grupo, as resistências apresentam outra variável, sendo esta a proveniente da resistência de um membro ou do grupo, isto é, colectiva. Nesta última torna-se importante, que o terapeuta do grupo identifique se a resistência advirá de alguma reacção a ele mesmo (Zimerman & Osorio, 1997). Mecanismos estes, sintomas dos conflitos “defensivos”, elaboram-se em resistência que por sua vez se “auto” actualiza na transferência, com a especificidade com que cada pessoa percebe o grupo. A especial abordagem desta manifestação, reside na técnica (visão técnico-clínica), de um exame das diversas resistências, em particular a sua origem, podemos então afirmar que a resistência é na transferência que se diferencia, através do momento em que se proporciona (Béjarano, 1976).

#### 3.2.1. *As resistências*

De acordo com classificação das resistências foram descritos cinco tipos (Freud, 1926; Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 1979/2005; Stewart, 1963):

\* Resistência de repressão, como uma “acção do Ego para evitar a emergência de impulso reprimido”, surge fundamentalmente numa fase inicial do grupo, e é frequentemente manifestada através de objecções conscientes à partilha de informação sobre alguma área da experiência vivencial. Esta resistência do ego, providencia informações valiosas acerca da relação precoce com as figuras parentais, e respondem favoravelmente a investigações da problemática no grupo, de forma não punitiva e com ausência de julgamentos, bem como o apelo à cooperação (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963);

\* Resistência que deriva do ganho secundário da doença, que se manifesta pela atitude de não desejar renunciar às vantagens e gratificações de estar doente. Esta resistência é mais frequentemente observada aquando da fase terminal da terapia, quando os membros tentam procurar e preservar benefícios emocionais que decorrem da sua doença. Adoptam comportamentos que interfiram, retardem o progresso e a cura, num esforço de se defenderem do fim da terapia. Silêncios que incitem os outros ao convite para falar, exibicionismo abordando temáticas sexuais, e a sua resolução reside em abordar esta gratificação implícita, explicitamente ao grupo, transformando-a por reconhecimento, investigação e exploração de

um benefício oculto para uma gratificação aberta e analisável (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963);

\* Resistência do superego, que tem por origem o sentimento de culpa ou “necessidade de punição a qualquer movimento de sucesso em psicoterapia”, Envolvem sentimentos de vergonha, culpa, humilhação acerca da partilha de informação. A protecção do terapeuta nesta partilha demonstra-se fundamental, por forma a não exercer pressão, nem deixar que alguém a exerça sobre o indivíduo ou indivíduo. Esta resistência pode igualmente manifestar-se através de atitudes altamente punitivas e de julgamentos severos para com outros membros mais cooperativos, de modo a atribuir uma forma aos seus próprios desejos de não cooperação, outros podem resurgir com atitudes moralistas e críticas perante os sentimentos de agressividade ou sexuais de outros membros do grupo. Estas atitudes de julgamento e moralistas podem conduzir a sentimentos de ser indigno dos efeitos de progresso que o grupo acarreta (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963);

\* Resistência do Id, que têm origem nas tendências inconscientes de procura de uma forma persistente, experiências passadas de gratificação, que envolve uma resistência dos próprios impulsos a qualquer mudança no seu núcleo – a repetição de compulsão. A questão nesta resistência reside na potente carga de energia libidinal ou agressiva que lhe atribuí poder, tornando com que a forma de lidar com esta resistência seja realizada de forma particular. Essa gratificação é a resistência do Id, para o grupo, sub-grupo ou indivíduo, e pode manifestar-se a vários níveis:

- Num primeiro nível, que pode manifestar-se por um subtil desejo libidinal para ser constantemente alimentado, nutrido pelo terapeuta, que ao nível do comportamento será pedir ao terapeuta que fale, pedir ajuda, conselhos, e compreensão;
- A um segundo nível, que se torna perceptível por uma prolixidade inútil que é despojada nos membros do grupo, para que estes lhe atribuíam um sentido, obtendo assim a gratificação desejada;
- No terceiro nível, em que se dispõe com competições ao nível da imagem corporal – traduzindo-se com comportamentos de comparação da forma de vestir, entre outras.
- E por fim, onde estas resistências se exprimem por tentativas de separação de qualquer par de interacção cooperativa no grupo e em tentativas de provocação para com outros membros, ou provocação para com o terapeuta a um nível amoroso, que é traduzido por uma forte carga libidinal que remonta para o período edípico, que pode levar a um *acting out* sexual entre os membros do grupo. A resolução desta manifestação

consiste, principalmente em exponenciar e dirigir o grupo para uma postura pedagógica de “falar e não agir” (in Rosenthal, 2005, p. 15), com a diferenciação de outros comportamentos não colaborativos para a terapia;

\* Por último, a resistência de transferência, que reflecte a luta contra os impulsos infantis que emergiram em relação ao analista. É a resistência fundamental, onde reside “a chave para a cura do grupo” (Rosenthal, 2005, p. 16). No grupo a transferência ocorre com uma intensidade mais diluída sendo que esta é também direccionada para outros membros do grupo e para o grupo como uno, bem como para o terapeuta. A existência de transferência intensa no *setting* do grupo é providenciada pelo desenvolvimento e emergência de variadas e poderosas formas de resistência que dela advém. A resistência pode ser positiva, assim denominada por Yalom e Mann (in Rosenthal, 2005) com a atribuição de poderes ao grupo de de foro inspiracional, com a inclusão de elementos mágicos que são inscritos no grupo e/ou atribuição à pessoa do terapeuta aspectos super-heroicos, ignorando ou minimizando os outros membros, em que todo o progresso do grupo é conferido ao terapeuta, o que pode eventualmente, impedir a comunicação de desejos ao terapeuta ou ao grupo. Por outro lado pode decorrer uma resistência transferencial negativa, que consiste em atribuir culpabilização ao grupo ou ao terapeuta por um mau encaminhamento do tratamento, ou seja, o grupo não se demonstrar adequado para o indivíduo. A desmantelamento desta resistência pode residir, com a colaboração de todos os membros, na exposição, averiguação e análise do sentimento de desadequação perante o grupo (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005).

### 3.2.2. A origem da resistência

Béjarano (1976) diferenciou 4 objectos transferenciais sendo eles o monitor (que ocupa uma transferência central); os outros – os participantes (objectos de transferência lateral); o grupo (transferência grupal); e o mundo exterior (objecto exterior de transferência). Zimmerman & Osorio (1997) acrescenta ainda “seis tipos de resistência que podem surgir a partir de determinados indivíduos”, que se traduzem na relação entre o conflito e o comportamento adoptado pelo indivíduo, e o papel que desempenha, consequentemente, em grupo.

Segundo o conflito adjacente às resistências em grupo analítico encontram-se observadas as seguintes, mais relevantes, origens da mesma:

\* Medo do novo (principalmente perante uma ansiedade paranóide) numa posição persecutória, onde os objectos interiores (do grupo) são percebidos como maus, o bom

objecto é projectado no mundo exterior (eventualmente idealizado) (Béjarano, 1976; Zimmerman & Osorio, 1997);

\* Medo da depressão ou posição depressiva, onde os outros e/ou o grupo recebem a transferência negativa, o monitor é percebido como um bom objecto (ver idealizado), bem como o mundo exterior (transferência positiva ou ambivalente) apontado por Béjarano (1976) e Zimmerman & Osorio (1997);

\* Medo da regressão (de perder o controlo das defesas neuróticas, como as obsessivas por exemplo, e regredir num descontrolo psicótico) (Béjarano, 1976; Zimmerman & Osorio, 1997);

\* Medo da progressão (progresso proibido pelas culpas inconscientes de “não merecer”) (Béjarano, 1976; Zimmerman & Osorio, 1997);

\* Evitamento de humilhação e vergonha ou defesa histérica em que os outros têm uma transferência positiva, percebidos como o bom objecto, o monitor e o grupo como maus objectos, e o mundo com uma transferência ambivalente (Béjarano, 1976; Zimmerman & Osorio, 1997);

\* Manutenção da “ilusão grupal” através da qual o grupo se ilude que é auto-suficiente, numa posição de defesa maníaca, cuja denegação da posição depressiva ou persecutória, que vê as suas projecções inverterm-se, a transferência positiva em todos os bons objectos interiores, transferência negativa no mundo exterior (Béjarano, 1976; Zimmerman & Osorio, 1997);

A presença pode também ter uma origem, cuja resposta se traduz numa manifestação saudável às inadequações do terapeuta. Ou seja, todas as estratégias que possam permitirem a manutenção de comportamentos que perpetuem o bloqueio à mudança desejada, mas temida pela dor inerente (Zimmerman & Osorio, 1997).

Béjarano (1976) apontou três papéis que se revelam fundamentais no grupo: O líder que têm uma função importante na manifestação grupal de uma resistência, na qual este apresenta na sua própria equação pessoal, no seu próprio sistema de defesa, a especificidade da sua resistência na situação grupal. Os outros (participantes) “elegem” e percebem o líder na sua forma de comunicar comportamental e inconsciente, como o porta-voz do grupo, na medida em que ele vai efectivamente, exprimir as defesas de todos, ou pelo menos o essencial delas. A função ambivalente do líder comporta dois efeitos positivos: ele é interpretado pelo monitor e pelos participantes, e na sua ambivalência quanto à transferência negativa, em que o líder é também interpretável, forma de dizer que o líder em causa revelado pela dinâmica do grupo, não se apresenta como rebelde a toda a interpretação possível.

Os participantes que são objectos de transferência lateral, papel importante em grupo, que reside nos fenómenos de inter-relação e de interacção nos grupos constituídos. A situação grupal coloca todo o aparelho psíquico em ressonância e os participantes que se conhecem podem proteger-se, formando assim “acasalamentos não declarados” constituindo alianças, ou clivagens implícitas no interior do grupo, e funcionam como resistência visto que não são explicitos. Uma inter-relação pré-aliança, com o monitor (ou o observador) surge também com a mesma função de resistência, se não for abordada. As inter-relações suscitam frequentemente projecções de imagens fraternais; cuja intensidade dos afectos são veiculados da relação sado-masoquista angustiante, dramática, à competição aberta, destrutiva (complexo de caïn) (Béjarano, 1976).

Rosenthal (2005) referiu-se às resistências grupais na sua forma destrutiva, na medida em que na atribuição da responsabilidade aos membros do grupo. A autora refere que certas estruturas de resistência podem colocar em causa a integridade do grupo, ou expô-lo a um contacto danificante. Esta evolução causada pela resistência destrutiva, pode requerer um desmantelamento prematuro do grupo, pois desta forma a perspectiva do grupo torna-se dolorosa e origina a desistências em massa pelos seus membros (Rosenthal, 2005).

“Os grupos devem ser apreendidos como totalidades dinâmicas que resultam das interacções entre os membros. Esses grupos idealizam formas de equilíbrio no seio de um campo de foras, é em função de organização perceptiva do espaço social que as energias postas em jogo se completam ou se combatem” (Amado & Guittet, 1982, p.94)

Béjarano (1976) refere ainda que a escuta analítica de um grupo, torna-se uma ferramenta crucial e deve considerar o seu discurso manifesto, bem como à forma como é expresso e a disposição do discurso latente e sua interpretação. Realizando uma articulação entre o discurso manifesto e o discurso latente, a importância dos efeitos do inconsciente que advém dos mecanismos de defesa, partindo da regra que são tratáveis em contexto de psicoterapia grupal psicanalítica. É a prevenção e o trabalho contínuo que podem ajudar o terapeuta a prevenir o seu surgimento, com o auxílio de uma escuta clínica atenta. Após a sua identificação é importante verificar o motivo da resistência, que é no seu núcleo “fugir à dor” (Rosenfeld, 1987).

A pesquisa na temática indica que indivíduos toxicodependentes com estratégias de resolução de problemas que respondem favoravelmente a estratégias de intervenção mais estruturadas, enquanto que indivíduos com estratégias alternativas às normativas respondem melhor a tratamentos menos estruturados (Thornton, 2003), desta forma denotando a importância de regras explícitas que reduzam a angústia perante a experiência de vazio após a

abstinência, a apresentação do contrato terapêutico, que é importante dada a necessidade perante as vivências perceptualmente distorcidas dos toxicodependentes, exponenciam a utilização de mecanismos de defesa no sentido de modificar a experiência de suas vivências imediatas (Zimerman & Osorio, 1997).

Freud referiu fenómenos que emergem em situações grupais, não são observados noutras situações, caracterizando o carácter indispensável de uma análise do sujeito em grupo. No grupo, o sujeito é colocado na posição de expulsar de si, as repressões dos seus impulsos dos instintos inconscientes, que são revelados à consciência através do que o autor denominou por ansiedade grupal (Freud, 1921). É um espaço onde se verifica exponenciada toda vivência inconsciente do indivíduo na interação com o grupo. Desta forma, a observação de uma situação grupal, em regime terapêutico vai permitir aceder a mecanismos de defesa maciços, de forma primitiva e sendo o que ocorre, segundo a literatura, na população toxicodependente.

Acedendo a recursos de foro pessoal, podemos enfatizar os seguintes: o desenvolvimento do ego que efectua o balanceamento dos recursos e os processos que adaptam os recursos a certa situação; a auto-eficácia, as competências sociais, e as crenças relacionadas (pensamentos que confirmam o auto-conceito relacional); os estilos cognitivos que são os habituais padrões de percepção e processamento de informação; as habilidades de resolução de problemas (caracterizada pela eficácia adaptacional segundo o contexto e esquemas de resolução de problemas) (Billings & Moos, 1992).

As experiências grupais são as que permitem observar as características formais do ser humano, porque colocam o manifesto de modo a ser possível observar o conteúdo latente (Grinberg, Sor, & Bianchedi, 1991). Esta situação que intensifica a experiência exterior social, torna-se assim complexa. É importante que o grupo seja percebido através dos processos psíquicos grupais originários, onde os núcleos psicóticos de todo o sujeito neurótico são mobilizados e assim colocado em confronto com a profundidade das suas angústias e defesas psicóticas. Sob a percepção do originário, bem como a experiência do encontro, sendo que este é um espaço anterior aos processos secundários de funcionamento (Kaës, 1999).

As resistências podem emergir da regressão e da clivagem do Eu – ou da clivagem dos objectos e da transferência. As modalidades de resistência manifestam-se, do efeito da clivagem de transferência: em posições persecutórias e depressivas, provocadas pelas defesas maníacas e nos processos de reparação. O líder, apontado por Béjarano (1976) é em si mesmo um fenómeno de clivagem essencial, logo é o agente da resistência, um agente de mudança que representa uma função de resistência interpretável.

### 3.2.3. A resolução de resistências

A avaliação ou diagnóstico das resistências, coloca-se disposta em fases que podem facilitar a compreensão do seu processo, apontado por Zimmerman & Osorio (1997):

\* a primeira e mais importante forma de superação das resistências é a de o terapeuta conseguir diferenciar resistências que colocam uma obstrução no progresso terapêutico e aquelas que consistem numa defesa natural.

\* A segunda forma será a de identificar a origem da resistência, se esta provém do grupo, se provém de um sub-grupo ou se provém de um indivíduo, sendo que nesta última opção, verificar se a resistência é ao grupo ou se representa a resistência do grupo.

\* A terceira forma será o terapeuta do grupo, assinalar a resistência, explicitando o que, por que, quando, como e para que ela se processa.

\* Por último, o terapeuta do grupo deve ter em conta o seu papel nesse processo de resistência, que pode eu não conduzir a outro fenómeno que é de o terapeuta se aliar às resistências do grupo em processo de contra-transferência (Zimmerman & Osorio, 1997), que são denominadas por contra-resistências, segundo Rosenfeld (1987).

## 4. Tema/Problema

Perspectivada da literatura efectuada, surgiu a necessidade de compreender em profundidade os processos de resistência em psicoterapia de grupo, na população toxicodependente.

O objectivo deste trabalho, é portanto, o de identificar no grupo terapêutico de toxicodependentes quais os fenómenos de resistência, como este se manifestam e que fontes de conflito proporcionam esses movimentos.

Sabendo que estes processos de resistência podem conduzir ao impasse ou à desistência (*drop out*), formularam-se as seguintes questões:

- \* Quais são as principais estratégias resistenciais em grupo terapêutico com toxicodependentes?
- \* Como se manifesta a resistência em grupo?
- \* Quais são as suas causas?

## **VII. Método**

### **1. Instrumento**

Para a realização deste trabalho, foi escolhida a metodologia qualitativa, estudo de caso, procede-se de seguida à fundamentação e descrição deste. Um estudo de caso pressupõe, exactamente, a descrição de fenómenos raros ou exemplares de casos clínicos, que isolados permitem colocar em evidência a singularidade de um problema, e ao mesmo tempo transformar o sujeito, ou neste caso o grupo, restituindo-lhe a sua singularidade, não se limitando à especificidade de uma possível psicopatologia (co-morbilidade) que o sujeito poderá, eventualmente, apresentar (Pedieli, 1999).

A escolha de um estudo de caso, como metodologia a adoptar neste trabalho, tornou-se relevante na medida em que não sendo uma população de fácil acesso na observação natural, se proporciona aqui a possibilidade de observação do conteúdo latente referente às resistências grupais. Adicionalmente, permite ainda a compreensão do contexto grupal dos sujeitos analisados em contexto terapêutico, mesmo que só com um contacto indirecto, por parte de terceiros com o acesso ao caso clínico (Donmoyer, 2002).

Possibilita tomar como exemplo da actividade de grupo, com uma descrição rica dos acontecimentos, numa visão psicanalítica, que não reduzindo o tipo de terapia à psicanalítica, permite com o olhar atento do observador verificar os fenómenos em questão (Grinberg, Sor, & Bianchedi, 1991). Neste sentido, uma análise reflexiva e interpretativa, numa perspectiva psicanalítica, é importante para compreender os fenómenos de resistência e sua evolução neste grupo terapêutico com toxicodependentes (Stark & Torrance, 2005).

O estudo de caso é um método geral de reflexão sobre os problemas colocados, que surge como uma exigência “no agrupamento das informações provenientes de técnicas empregues aquando do encontro com o sujeito e na sua integração.” (Pedieli, 1999, p.76). Esta metodologia visa, efectivamente, o objectivo de compreender a pessoa, ou o conjunto de pessoas e não apenas o problema. Inscrito numa lógica de investigação.

Limitações desta metodologia, são efectivamente, a subjectividade da informação, dada a sua esfera de redução de material, inscrita em qualquer estudo de caso, e é nesta reconstrução do caso, que é discutida a sua validade, dadas as interpretações clínicas

possíveis; outra das limitações inscreve-se no risco de redução do problema à relação única, e à referência única com o sujeito, bem como a contaminação da perspectiva grupal, a sua relação, notas, devios, medidas e traços, perante a problemática (Pardinielli, 1999). Dedicar-se especial atenção à forma como estas limitações foram abordadas no presente estudo, no relato do procedimento empregue.

## **2. Sujeitos**

Foram recolhidas notas dos relatos decorrentes das sessões de terapia de grupo, que foram assistidas, no período de dois meses, numa Equipa de Tratamento a Toxicodependentes de Lisboa.

O grupo tem pacientes diagnosticados com dependência de substâncias em comorbilidade com outras psicopatologias, cujos constituintes variam entre 4 a 7 utentes, sendo que quando existe um utente que desiste da terapia de grupo, ou lhe é atribuída alta, são abertas mais inscrições para novos membros, que é denominada por um funcionamento em regime semi-fechado (Zimmerman & Osorio, 1997).

A terapia de grupo já é realizada há 10 anos, com alguns membros, sendo que este tempo é contabilizado, com a inclusão de interrupções de frequência no grupo e recaídas, que conduzem a uma reentrada.

Os membros técnicos contam 2 terapeutas, e duas co-terapeutas em regime de estágio curricular, na altura de observação, presentes nas sessões semanais do grupo, sendo que cada sessão têm a duração de uma hora e meia. O grupo é heterogéneo nas características de idades compreendidas entre os 27 e 56 anos; na característica de sexo masculino e estatuto sócio-económico baixo.

## **3. Recolha de dados/Procedimento**

O presente estudo, e sua conceptualização surgiu no decorrer do estágio académico na realizado numa Equipa de Tratamento de Toxicodependentes. Após pedida a respectiva autorização (vidé anexo C) para a realização deste trabalho, procedeu-se à recolha de dados, ou observação das sessões e seu subsequente relato escrito. Este processo ocorreu durante 11 sessões, que equivale a 2 meses de observação do grupo, sendo que não foram assistidas duas sessões neste período de tempo. A descrição foi realizada após as sessões, que incluem a descrição e relato na terceira pessoa, do que foi dito nas sessões pelos utentes.

Como procedimento foi escolhida a recolha de dados com descrição das sessões em discurso directo, e uma análise posterior em conjunto das mesmas (Yin, 1994), com o objectivo da análise interpretativa do grupo e dos seus movimentos resistenciais como foi encontrado na literatura (Stark & Torrance, 2005).

Uma observação psicanalítica permite realizar observações nas quais, as reacções emocionais do observador, incluindo a situação, são tomadas em conta na descrição, compreensão e interpretação dos fenómenos (Grinberg, Sor, & Bianchedi, 1991). Procurou-se ainda adoptar uma orientação no estudo de caso, que permitisse a integração dos dados individuais do grupo, evitando a sua fragmentação na análise da problemática em vista, ainda assim, restituindo a singularidade interior do conteúdo, com o enfoque na esfera subjectiva da vivência terapêutica (Pedinielli, 1999). Observações estas que vão permitir compreender reflexivamente o funcionamento dos eventuais movimentos de resistência na terapia de grupo (Zimmerman & Osorio, 1997). Nesta análise dos excertos das sessões observadas, preservou-se a especial atenção aos possíveis fenómenos resistenciais no grupo em questão, permitindo evidenciar a presença de comportamentos que visam aceder aos mesmos.

Para tentar minimizar o efeito destas limitações, foi construída uma tabela, que permite uma visão global das sessões e ao mesmo tempo específica dos fenómenos resistenciais e suas temáticas associadas à semelhança do recomendado por Stark & Torrance (2005), quando se referem à utilização de um cronograma; as sessões foram acompanhadas de reuniões clínicas nas quais se efectuavam discussões reflexivas sobre o grupo, muito embora estas não tenham sido criadas no âmbito do presente estudo, fazendo parte do processo terapêutico já estabelecido, a discussão que nelas tinha lugar, por envolver várias fontes que em muito contribuiu para a mitigação da subjectividade da informação recolhida. A construção dos relatos era realizada sempre na terceira pessoa, e factual, tentando desta forma, anular a subjectividade de interpretações que decorrem do contacto directo com o grupo. Ambas estas medidas são também referenciadas por Stark & Torrance (2005), aquando da menção em da recolha de dados, e da sua análise.

#### **4. Observações:**

Procurou-se com o presente estudo, encontrar os diferentes pressupostos comportamentais propostos por Zimmerman & Osorio (1997), para a população geral, como observações chave no grupo terapêutico com toxicodependentes:

- \* Atrasos e faltas reiteradas;

- \* Tentativas de alteração de *setting* (tentativa de mudança de horário, telefonemas, intervenção de familiares, pedidos por sessões individuais);
- \* Prejuízo na comunicação verbal (silêncios excessivos, reticências, ou prolixidade inútil);
- \* Ênfase excessivo em relatos da realidade exterior ou queixas hipocondríacas;
- \* Manutenção de segredos
- \* Excessiva intelectualização
- \* Um acordo inconsciente por parte de todos, em não abordar determinadas temáticas angustiantes;
- \* Complicações com horários;
- \* Surgimento de um (ou mais) líder(es) no papel de pseudo-colaborador;
- \* Uma sistemática tentativa de expulsão de qualquer elemento novo;
- \* Excesso de *acting out* (individuais ou de grupo);

Por fim, contemplou-se os movimentos realizados pelo grupo, no sentido de resolução da resistência. Após a análise em profundidade dos relatos, realizou-se a selecção destes comportamentos referidos por Zimmerman & Osorio (1997), que traduzem a existência dos fenómenos de resistência em grupos terapêuticos. Esta selecção foi, efectivamente, a base para a averiguação da existência destes comportamentos que permitem aceder à análise dos fenómenos inconscientes de resistência, com vista a verificar a forma como se processam na população toxicodependente.

## **VIII. Análise e Discussão**

Apresenta-se de seguida, a análise das sessões, bem como uma discussão das mesmas. No registo das temáticas por sessão (vd. anexo B) podem-se encontrar as temáticas abordadas pelos membros, comportamentos salientes, e reacções mais significativas, esquematizadas pela ordem, e forma como foram abordadas. Encontra-se ainda os membros presentes, bem como os atrasos na sessão.

Este registo permite realizar o levantamento das temáticas, e inseri-las temporalmente de forma organizada na sessão. Numa leitura global deste registo pode se verificar à primeira vista que as temáticas abordadas, mais frequentemente, remontam para questões relacionadas com o tratamento, o que demonstra uma idealização da função do mesmo, a forma como é abordada denota alguma angústia e aparenta fisicamente um desconforto de alguns membros,

na medida em que essas questões relembram as falsas crenças, bem como rumores que contaminam essa mesma idealização.

São igualmente frequentes as temáticas relativas à situação laboral de cada um dos membros, o que remonta para uma temática referente à inserção na sociedade, na medida em que é uma problemática com que facilmente, permite a identificação por parte de cada membro. Esta parece decorrer de problemáticas inerentes à relação com a autoridade, e esta é, a um nível global, a mais debatida entre os membros, e que gera maiores divergências, principalmente a um nível individual, por exemplo, quando um membro apresenta problemáticas em gerir a relação com uma autoridade profissional, esta torna-se unânimemente devolvida pelo grupo como simples, e na sua interação deve tomar contornos de submissão, enquanto que para o membro em causa, pode continuar a ser bastante incómodo enfrentar as suas próprias incapacidades a este nível perante o grupo. Remonta para a incapacidade de ouvir, e enfrentar o grupo – o que pode apontar para o receio de humilhação no grupo, ainda que exista referência à temática, a devolução existente não é a idealizada, e a certa altura o membro remete-se ao silêncio como demonstrado por Béjarano (1976) e Zimmerman & Osorio (1997).

Há uma sessão em particular, que se salienta pelo comportamento de um dos membros, a título de exemplo, este elemento surge no grupo a meio da sessão e refere “Não posso ficar muito tempo (...) queria só vir para não dizerem que não venho ao grupo.” (*sic.*) Despejando toda a sua problemática vivencial de forma maciça, excluindo todos os membros do relato, descurando a discussão corrente, que remetia para a angústia de outro membro, e após realizar este movimento, e abandona a sessão, justificando a necessidade imperativa de sair. O elemento do grupo liberta toda a angústia que sentiu desde a última sessão a que assistiu, e sai rapidamente, deixando o grupo para dar sentido ao que deixou, remonta para uma resistência do Id (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963), de procura da gratificação imediata.

Ao longo das sessões pode verificar-se a presença variável entre 4 a 7 elementos do grupo, excluindo a contabilização dos 4 técnicos presentes. Verifica-se que 4 dos elementos não realizam faltas, e a sua dinâmica estar mais vincada, e desta forma, aparenta que é alterada por presença de outros elementos que faltam mais frequentemente, e mantêm-se ausentes durante um período de tempo mais ou menos prolongado, bem como a entrada de novos membros.

Esta dinâmica reflecte-se principalmente quando os membros que são mais presentes nas sessões abordam temáticas do foro mais pessoal, o que denota um receio de abordar as mesmas aquando da presença dos novos membros. Ainda que estas temáticas sejam

abordadas, quando são abordadas efectivamente, quando efectivamente a temática surge no grupo denota-se que os novos membros demonstram relutância em partilhar experiências de forma explícita, na sua referência emocional.

Quanto à entrada ou reentrada de membros, pode verificar-se que o grupo tem grande tendência que decorre de uma devolução mágica ao nível do tratamento de grupo de forma bastante diligente e empenhada, principalmente por um dos elementos, que interioriza um papel a desempenhar por forma a ele próprio se proteger das suas próprias angústias, o que se verifica principalmente quando este se encontra na presença de apenas os 4 elementos mais constantes no grupo.

Existe um fenómeno de ataque que ocorre mais frequentemente, a um nível moralista, por parte de dois membros, um dos quais tende a realizar julgamentos e argumentações mais fortes face aos elementos mais colaborantes no grupo, que por sua vez, um destes é o líder percebido pelos restantes membros do grupo. Este papel de líder é facilmente cedido pelos outros elementos, ao que lhe atribuem um estatuto representativo de poder, que remonta para a representatividade da identificação de grupo – que passa principalmente pelos anos de frequência no tratamento do grupo em questão. O utente que mais vezes realiza esta estratégia de confronto com o líder, sente e manifesta, aparentemente, em determinados momentos, uma resistência de super ego, em que o membro mais cooperativo do grupo na sessão é efectivamente o mais atacado. A um certo nível o que é manifestado pelo membro, que utiliza o ataque, pode remeter para os seus próprios desejos de não colaboração no progresso terapêutico, e medo de progressão, dado que forças interiores o inibem, demonstrando um forte sentimento de ser indigno da cura terapêutica (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963).

Na sessão S6, são abordadas temáticas com grande angústia, mas com algum conforto decorrente da mentalidade grupal, de que o núcleo de elementos mais presentes no grupo aparentemente manifestam. Como verificada na literatura, isto exige um movimento que implica a existência de cultura de grupo descrita por Grinberg, Sor, & Bianchedi (1991) associado a um fenómeno resistencial que remonta para o que é descrito por Béjarano (1976) como o medo da humilhação e evitamento da vergonha, que está adjacente à exposição emocional. Esta causa do fenómeno resistencial está fortemente ligada a uma transferência positiva atribuída ao grupo que lhe confere o ideal terapêutico, movimento fantasioso de emparelhamento que remete para a idealização do outro, atribuindo-lhe capacidades sobre humanas de realização mágica. Solução mágica esta muito procurada por esta população. Este movimento resistencial é referido por Keidann & Poziomczyk (1989) e Rosenthal (2005) como a resistência do super ego, num retraimento na partilha de informação pessoal.

A tabela 1 – Sessões (vidé Anexo B), está organizada segundo os comportamentos observáveis, de fenómenos de resistência, sendo que se utilizou a numeração respeitante à ordem, com que as temáticas são abordadas ao longo de cada sessão.

Apesar destas constantes resistências ao longo do tempo, não pode ser descurada a mais importante referência de diferentes momentos em que se manifestam diferentes resistências. Como foi referido, a presença de diferentes membros, afecta a dinâmica do grupo. Assim denotam-se movimentos grupais diferentes, com a existência de membros que já não frequentam o grupo há algum tempo, e com membros novos.

A entrada de um membro novo na última sessão observada, a exemplo, denota um movimento que é realizado por ele, anulado pelo grupo inteiro, o grupo sente a necessidade de não o deixar falar, por forma a conseguir reorganizar-se e dar sentido ao que é dito, sendo que este membro em específico não sente que é bem-vindo no grupo, e realiza várias tentativas de aproximação com cada membro, resultando em frustração, o que o deixa muito ansioso, recorrendo várias vezes aos terapeutas para ajudarem. É nesta sessão em que mais vezes, ocorrem no grupo fenómenos de resolução imediata do conflito, a um nível inconsciente. O grupo parece demonstrar algum desagrado pela evolução galopante que se desenvolve, e tenta travar o factor despoletador desta progressão, que é manifestado através do novo membro. Medo do novo, e conseqüente medo da progressão apontado por Béjarano (1976) e Zimmerman & Osorio (1997). O grupo aparenta aqui, uma resistência de ganhos secundários, em que rapidamente retomam a temática de toxicoddependência, que proporciona o benefício da experiência grupal referenciado por Keidann & Poziomczyk (1989), Rosenthal (2005) e Stewart, 1963.

Ao longo das sessões observadas, a resistência que mais vezes se manifesta é de o surgimento de um líder (ou mais líderes) no papel de pseudo-colaboradores, e mantêm-se ao nível da competitividade que é manifesta no grupo, pela luta de poder, entre elementos que demonstram mais tempo de terapia de grupo, aparentando uma relação com a procura de gratificação imediata através do reconhecimento do outro, no grupo, denominada por uma resistência do Id (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963). O papel de pseudo-colaborador remonta para uma tentativa de controlo da sessão e dos seus intervenientes, na medida em que a angústia de progredir realiza um ataque ao self individual, relacionada com a resistência do Id, em que existe uma procura de gratificação na comparação de poder, que neste grupo se traduz pelas intervenções que mais impacto têm ao nível do grupo, bem como a experiência ao nível da toxicoddependência e suas vivências associadas.

Os restantes membros do grupo reconhecem o poder do membro com mais experiência e remetem-se ao silêncio, numa eleição por emparelhamento decrito por Grinberg, Sor, &

Bianchedi (1991) perante a pessoa com quem mais se identificam. O pseudo-colaborador, que embora manifestamente mantenham a contribuição para o processo terapêutico, demonstram em retrospectiva, a dependência e a necessidade de pertença transferida para aquela experiência de grupo e para com os outros membros do grupo.

Existem também, várias temáticas que são evitadas, inseridas na tabela 2 no comportamento assinalado como acordo inconsciente. Manifestações observadas no grupo não abordando determinadas temáticas, denotam um forte evitamento inicial perante o tema de morte, e conseqüente separação de elementos significativos na vivência individual de cada membro, assim como temáticas que possam desvitalizar a idealização do tratamento que os membros mantêm. Aparenta remeter para uma visão da relação precoce que se verifica ao nível da fase de latência em que a idealização das figuras parentais, que aquando da manutenção da sua força idealizada, permite preservar a solução mágica oferecida pelos objectos externos. Esta é uma importante temática apontada por Béjarano (1976) e Zimmerman & Osorio (1997), referente à manutenção da ilusão grupal num movimento de denegação da posição depressiva face a uma temática específica. Esta é uma possível causa para este fenómeno que advém de uma resistência relativa à transferência lateral para com os membros do grupo afectados pela problemática, o que denota uma resistência transferencial positiva, ao longo das sessões (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963).

Antes de abordar a esfera do excesso de intelectualização verificado em alguns momentos, consituindo um comportamento observável de um fenómeno de resistência, é importante realizar uma ressalva. A intelectualização no grupo, ocorre de forma diferente do que poderia ocorrer na população em geral, como foi verificado por Zimmerman & Osorio (1997), na medida em que existe um excesso de racionalização, diferindo assim do comportamento proposto a analisar. A racionalização diferencia-se da intelectualização, sendo que constitui um mecanismo primitivo da última mas que têm ambas com vista o mesmo fim, que se traduz por procura de falsas razões para a atitude ou acção do próprio, de modo a tornar a situação menos ameaçadora (Smith, 1996). E assim esse comportamento foi utilizado para ilustrar um movimento muito presente, utilizado pelo grupo, perante temáticas que são de facto mais angustiantes para o grupo no seu conjunto, em que as situações descritas são desvitalizadas da sua importância, através do dismantelamento e elaboração muito restricta dos acontecimentos factuais.

O excesso de racionalização, pode ser ilustrado na S5, em que um utente com duas temáticas de separação e frustração perante a sua vivência emocional, realiza toda uma descrição factual, com justificações e ressalvas que utiliza para se defender a si próprio e ao grupo da angústia que advém desta mesma temática. “Então agora tenho de o apoiar. Coitado

há muita coisa que ele não consegue fazer, ando lá a ajudá-lo. (...) No entanto, agora quem o ajuda sou eu.”(sic.) O membro consegue transmitir a frustração que aparenta sentir perante o grupo, desmontando a sua necessidade de assumir um papel de líder. Este fenómeno é bastante recorrente, e não só por um membro isoladamente, como se pode verificar ao longo das sessões, mas encontra-se num registo defensivo perante certas temáticas, e nem sempre com os mesmos membros presentes, o que como foi referido altera a dinâmica da adopção ou não de certos mecanismos. Esta racionalização vem auxiliar a manutenção da ilusão grupal, no conseqüente receio da posição depressiva perante uma angústia que é trazida para o grupo, como é exposto por Béjarano (1976) e Zimerman & Osorio (1997).

A par da racionalização surge o ênfase excessivo em relatos da realidade exterior ou as queixas hipocondríacas, que emergem numa necessidade de anular o conflito inerente à temática abordada. A par da menção temática, sempre associada a uma emoção aparente, como tristeza, ou alegria, mas que mantinham o discurso e a interacção a um nível factual intenso, com uma dissociação da realidade interior, ao manter o relato nos acontecimentos exteriores. Decorrente desta o escape, parece também residir nas queixas hipocondríacas que colocavam um tom de desresponsabilização perante a relação com o corpo, e assim distanciando-se da problemática a ser abordada ou que se encontrava em decurso.

Igualmente, e num movimento de evitamento da posição depressiva, ou que pode também ser remetido para o receio de progressão do grupo, que aqui se pode inscrever como associada a uma resistência relativa aos ganhos secundários visando permitir a estadia no grupo. Estar no grupo permite o contacto social, que alguns membros demonstram necessitar. Também se pode verificar que este benefício decorre de alguns membros sentirem que socialmente são estigmatizados e no grupo encontrarem um conjunto de pessoas que partilhando a mesma problemática, aliviarem a angústia decorrente do sentimento de desvalorização social. Que representa igualmente uma transferência em relação ao mundo exterior, para o qual é projectado o mau objecto, com uma conseqüente idealização do objecto projectado no grupo – transferência lateral ou grupal.

Por vários momentos são também salientados momentos em que existe um prejuízo na comunicação verbal, na medida em que são realizados silêncios, ou reticências que denotam uma insegurança na elaboração interior do grupo, ou um desconforto relativamente à ressonância interna que o outro têm no grupo. A título de exemplo, uma sessão em que o silêncio pesou mais no grupo, foi aquando da percepção geral de grande tristeza de um dos membros, o grupo se desorganizou na medida em que deprimiu tanto, com o silêncio que se fez sentir, que parece existir uma necessidade de escapar do que estava a ser falado, dada a intensidade do que é sentido em grupo.

Como é descrito na sessão S2, onde se registou o silêncio mais longo que o grupo realizou ao longo de toda a observação, após o relato angustiante de uma temática de morte, em eminência, de um familiar próximo, a seguinte reacção se fez sentir no grupo “Faz uma pausa, nota-se que começa a emocionar-se, e todos os membros do grupo silenciam-se (...) começa a agitar-se na cadeira, tira o jornal de debaixo de si, desdobra-o e volta a dobrá-lo, recoloca-o debaixo de si.” (*sic.*) É demonstrado aqui, o quanto o grupo parece sentir a angústia do membro em causa, mas demonstra a necessidade de se distanciar da temática, com um evitamento que alimenta a mudança de temática em causa. Salienta-se aqui novamente um medo da posição depressiva, na medida em que o grupo parece não conseguir lidar com temáticas mais angustiantes (Zimerman & Osorio, 1997), como a morte, de uma forma aberta, mas sim através de um evitamento, constituindo uma necessidade de distanciamento do que é sentido de forma magnificada no grupo, dado que só um dos membros consegue dar forma ao que é dito por via de uma racionalização.

Como prejuízo da comunicação verbal, também surge a prolixidade inútil por parte de alguns membros em certos momentos, nos quais aparenta surgir uma necessidade de fuga para a frente que é adoptada pelo grupo, e por vezes também individualmente, surgindo de uma forma intensa e rápida, em que um utente consegue se despojar de elementos factuais e dispersos, sendo que quando finda o despojar de angústias diversas a nível manifestado, isto é deixado no grupo para que este atribua um sentido ao que foi dito, numa procura intensa de gratificação imediata perante as problemáticas, descrita como a resistência do Id por Keidann & Poziomczyk (1989), Rosenthal (2005) e Stewart (1963).

Os atrasos reiterados, permitem aqui compreender, a forma como é encarada a terapia em si, na medida em que são colocados como possíveis provocações à terapia em si, mas que neste grupo não parece se verificar. Os atrasos, aparentam ter uma função defensiva perante a posição depressiva, na medida em que existe um movimento que persiste para alguns membros, e num tempo pré-determinado que permite ao elemento do grupo evitar o silêncio que se faz sentir no início das sessões, sendo que desta forma o confronto com o vazio é contornado, perante o contacto com o seu mundo interior, o que pode implicar uma ansiedade maciça. Pode encontrar-se como exemplo, uma situação em que um dos elementos que chega ligeiramente atrasado, a maior parte das sessões, na sessão em que chega a horas, refere com um aparente desconforto “Falem! Estão todos calados porquê?!” (*sic.*).

Noutros momentos, o atraso era utilizado por outro membro, possivelmente associado a uma manifestação da necessidade de atenção, na medida em que este começou a chegar atrasado, ainda que dentro do tempo limite, o que lhe assegurava um momento de atenção por parte de todo o grupo aquando da sua chegada, sendo mesmo que esse membro não tinha em

consideração qualquer temática que poderia estar a ser debatida nesse momento, interrompendo para cumprimentar todos os membros individualmente. Isto parece cumprir uma função narcizante confirmando a crença que o próprio teria de que a sua presença era indispensável para o bom funcionamento do grupo. A um nível simbólico demonstrando um receio de sentir que não é aceite pelo grupo. Este elemento, inclusivamente não consegue lidar com o desconforto da transferência lateral com outro membro, que emerge aquando da confrontação directa, e deixa, efectivamente, de comparecer às sessões de grupo, deixando justificação através de outro membro, com o qual mantinha contacto. Simbolicamente poderá ser traduzido por um sentimento de desadequação no grupo, em que este não lhe confere a gratificação que procurava. Remete para uma posterior resistência transferencial negativa descrita por Keidann & Poziomczyk (1989) e Rosenthal (2005), que surgiu a dado momento no processo terapêutico.

Os atrasos são uma manifestação ou uma tradução de um fenómeno de resistência só por si, apelam aos terapeutas como um pedido de atenção especial face ao grupo. Este comportamento denota, uma provocação face ao decorrer das sessões seja por necessitar de atenção ao chegar ao grupo, seja por uma manifestação de ajuda face à forma de lidar com os silêncios iniciais.

A manutenção de segredos é um dos comportamentos que se encontra implícito no grupo, e verificam-se principalmente, quando certas temáticas, que normalmente não são abordadas quando todo o grupo se encontra, isto é, apenas quando se encontra o sub-grupo formado, principalmente, pelas ausências alheias. Estes segredos, ou a sua existência é um facto muito presente, e aparenta decorrer do forte contacto extra-sessões que o sub-grupo mantêm. Este contacto muitas vezes não é trazido explicitamente para o grupo, mas que se verifica através de pequenos comentários, que rapidamente são anulados. Por exemplo, um dos membros a certa altura, repete várias vezes, num tom suficientemente alto para ser ouvido pelo grupo todo “Mas eu ontem vi-te num sítio perigoso.”(sic.). O grupo e o receptor da mensagem ignora por completo, os repetidos comentários que parecem convidar à abertura, mas que não são aceites. Como referida por Keidann & Poziomczyk (1989) e Rosenthal (2005) aparenta apontar para uma resistência ao nível do super ego, em que existe uma repressão do que é partilhado com o grupo, no medo de progressão terapêutica, assim como um receio de humilhação ou de vergonha na exposição de certas situações, como apontado por Béjarano (1976) e Zimmerman & Osorio (1997).

Um elemento importante a referir ao longo das sessões, é o facto de se verificar uma progressiva extinção do *acting out*, que em alguns momentos surgia, ainda que apenas a um nível individual. Nas primeiras sessões observadas, verificava-se um excesso de

comportamentos repetitivos (limpar unhas, aparar o bigode), que era encarado com displacência. E que a um nível simbólico representava o despojar do que se encontrava *sujo* no sujeito, que não encontrava lugar no grupo para o realizar verbalmente, encontra-se aqui um possível exemplo de uma resistência transferencial negativa na qual é demonstrado a nível inconsciente ao grupo, o sentimento de não se sentir inserido, ou um receio dessa rejeição ocorrer, ou seja, o grupo ser sentido como desadequado para o sujeito. Este sujeito também a dada a sessão S2, pode ter emergido nele, o sentimento que o grupo seria desadequado para ele, e abandona, efectivamente, as sessões de grupo, sem justificação aparente. O elemento em questão, após verificar que as suas expectativas perdidas de verificar o seu sentimento de perda, contido no grupo, escolhe abandonar as sessões. As complicações com os horários, bem como o excesso de acting out, e as tentativas de pseudo-colaboração, com a consequente resposta do grupo, poderão nunca ter preenchido a necessidade de o indivíduo se sentir incluído no grupo mesmo com as suas manifestações de pedido de inclusão, poderão ter conduzido a uma resistência transferencial negativa, que o utente resolve não anunciar no grupo, a quem eram atribuídos os maus objectos (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963; Béjarano, 1976; Zimerman & Osorio, 1997).

Existe ainda a possibilidade de verificar no grupo, a forma como os comportamentos de resistência se manifestam ao longo de uma sessão, de ausência verbal. Existem, efectivamente, os membros que se remetem ao silêncio ao longo de toda a sessão, o que parece se inscrever, invariavelmente para fenómenos de inibição que se manifestam principalmente na presença de alguns membros, ou que são despoletados por um receio ao nível da humilhação ou ao nível do evitamento da vergonha (Béjarano, 1976; Zimerman & Osorio, 1997), simbolizando no seu âmago uma necessidade de conforto que o silêncio acarreta, evitando o confronto com os membros do grupo os quais são percebidos como o mau objecto, uma transferência lateral negativa o que permite verificar assim a dinâmica relacional de fratria na realidade vivencial do sujeito, aos terapeutas e aos participantes que beneficiam de uma transferência positiva (Béjarano, 1976).

A idealização percebida no tratamento, para com as pessoas de transferência central são os terapeutas, aos quais são atribuídos poderes imaginários de resoluções fantasiosas perante o progresso, e com as quais o próprio grupo evita ter contacto, visto que o progresso possa ser algo inviabilizado por uma culpabilização omnipresente, que reprime os sujeitos de avançar. A forma com que é manifestada, aparentemente, por parte dos membros, pode remeter para a necessidade de manutenção da ilusão grupal, principalmente por receios inerentes que advém de sentir a situação instável, e necessidade de manter a idealização mágica de resolução automática que o grupo aparentemente atribui aos movimentos realizados

dentro do gabinete. Essa manifestação passa principalmente por uma resistência transferencial positiva face aos terapeutas, em que esta situação bloqueia a comunicação dos desejos ao terapeuta (Keidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 2005; Stewart, 1963).

A existência de um sub-grupo, consituído pelos membros mais *antigos* no grupo, aparenta um caminho escolhido para se defenderem de temáticas relevantes para a vivência do sujeito, conferindo-lhes a um nível simbólico uma noção de utilidade para com os outros membros, isto é, na relação com os outros, denota-se um sentimento de que o sentido terapêutico do grupo se atribui ao facto de colaborarem, para ajudarem os membros mais recentes a progredirem. Esta observação pode remeter para uma transferência lateral ambivalente face ao sub-grupo relativamente pelo resto do grupo, que como varia com os elementos que se encontram presentes na sessão, mas que transparece a um nível superficial para a necessitada manutenção da ilusão grupal diferenciada por Béjarano (1976) e Zimerman & Osorio (1997).

Para finalizar, ainda se encontram muitos movimentos, por parte do grupo, que se realizam para a resolução, na sessão, destes conflitos. O que denota a progressão terapêutica deste grupo ao longo do tempo, salientam ainda a implicação pessoal de cada indivíduo no grupo, e a postura que cada um adopta para dar o seu contributo ao grupo.

## **IX. Conclusões**

No que diz respeito à questão de investigação formulada no início do trabalho, quais são as principais estratégias resistenciais em grupo terapêutico com toxicodependentes? A resposta reside que neste grupo terapêutico, as estratégias resistencias mais fortemente manifestadas, são de surgimento de um líder (ou mais) no papel de pseudo-colaborador, o acordo inconsciente de não abordar determinados assuntos angustiantes para o grupo, como foram apontadas por Zimerman & Osorio (1997), estas foram as duas estratégias que mais se manifestaram no grupo. Remetem para a causa ou origem que denota a manutenção de ilusão grupal, numa aparente necessidade de manter o ideal do grupo sempre explícito para progresso terapêutico, o grupo percebe o tratamento como o ideal, e tenta manter esta idealização presente (Béjarano, 1976). No entanto, outras origens se evidenciaram com estas estratégias, esta manutenção da ilusão grupal pode apontar pela forma como está implícita no grupo para um medo da posição depressiva no grupo, ou seja, é evitado o confronto com temáticas angustiantes por forma a contornar o vazio aparentemente desorganizador nesta

percepção do mágico no grupo. Este evitamento é atingido aparentemente através do evitamento de humilhação que alguns membros transparecem ao longo das sessões, este evitamento a um nível simbólico remete para o conforto de não se sentirem expostos no grupo, e portanto não pertencerem a este movimento de ansiedade de grupo referida por Freud (1921), que advém da mentalidade grupal de que isto é seguro a um nível individual (Grinberg, Sor, & Bianchedi, 1991), e de que desta forma mantendo um registo grupal, os membros aparentam sentir e manifestar de diferentes formas a necessidade de evitamento das temáticas angustiantes, o que remete para a questão fulcral que surgiu ao longo da realização deste trabalho, que é para diferentes momentos, com diferentes membros, o grupo manifesta diferentes resistências, cuja origem se traduz no receio da posição depressiva (Zimmerman & Osorio, 1997).

A resistência em si, mais manifestada pelo grupo, aparentemente, é a resistência transferencial positiva, em que o grupo detém da ilusão mágica do grupo de inspiração, e cujo progresso terapêutico é atribuído ao *super-terapeuta*, que detém o poder de salvar o grupo da situação angustiante que todos vivem, cuja resolução desta mesma reside a colaboração de todos os membros, na exposição, averiguação e análise dos desejos reais do grupo (vKeidann & Poziomczyk, 1989; Rosenthal, 1979/2005; Stewart, 1963).

Foi possível verificar, ainda que, os abandonos das sessões, são efectivamente, efectuados sem um aviso prévio, o que se pode relacionar como um evitamento da possibilidade de se sentirem bem no grupo a um nível simbólico, possibilidade de serem acolhidos no grupo. Dado que ao nível da transferência grupal, foram atribuídos os maus objectos do self, e sentidos como persecutórios perante uma possível culpabilização repressora ao nível do super ego, que impede o progresso terapêutico (Béjarano, 1976).

Como limitações sentidas na realização deste estudo, incluem a complexidade que o grupo traz perante um observador menos experiente, o que se reflecte no registo do relato das sessões. Relativamente à análise do grupo, a sua complexidade acarretou adoptar estratégias objectivantes que incluíram a construção de uma tabela por forma a organizar a imensa quantidade de informação, e assim proceder a uma reflexão fundamentada dos diferentes movimentos resistenciais do grupo. Foi excluído deste estudo, a importante temática de contra-resistência que decorrem do processo de transferência e contra-transferência, ou de contra-resistência referido por Rosenfeld (1987), o que demonstrou ser uma limitação na medida em que excedia o volume de informação possível tratar para um trabalho desta natureza.

Questões para futuros estudos, que surgiram ao longo deste trabalho, salientam-se as seguintes: dado o reduzido espaço de tempo para a observação, não se aprofundaram questões

relativas à resistência de grupo que se poderia verificar a longo prazo, do que decorre a sugestão de um estudo longitudinal, que permitirá aprofundar as manifestações resistenciais, bem como permitir uma visão temporal de como são abordadas estas resistências. Decorrente deste estudo longitudinal e das limitações encontradas, surgiu inclusivamente, uma abordagem possível abordagem da contra-resistência com esta população, que pode permitir para o terapeuta a ferramenta fundamental de analisar o processo decorrente de transferência e contra-transferência, que se denota a base de resolução da resistência fulcral, com um olhar mais atento a esta temática.

## X. Referências Bibliografia

- Amado, G., & Guittet, A. (1982). A dinâmica da comunicação nos grupos. In G. Amado, A *dinâmica da comunicação nos grupos* (p. p. 94). Rio de Janeiro.
- Béjarano, A. (1976). Résistance et transfert dans les groups. In D. Anzieu, A. Béjarano, R. Kaës, A. Missenard, & J. Pontalis, *Le travail psychanalytique dans les groups* (pp. 65-140). Dunod/Brodas.
- Billings, A., & Moos, R. (1992). Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes. In L. & Goldberg, *Handbook of Stress - Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 212-231). Canadá: The Free Press.
- Bion, W. (1952). Group Dynamics: A Re-View. *International Journal of Psycho-analysis* (33), 235-247.
- Bion, W. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. London: Routledge.
- Donmoyer, R. (2002). Generalizability and The Single-Case Study. In R. Gomm, M. Hammersley, & P. Foster, *Case Study Method* (pp. 45-68). London: Sage Publications Ltd.
- Freud, S. (1921). Psicologia de grupo e análise do ego. In S. Freud, *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos* (Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud ed., Vol. XVIII, pp. 79-154). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In S. Freud, *Um estudo Autobiográfico. Inibições, Sintomas e Ansiedade. A Questão da Análise Leiga e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud ed., Vol. XX, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Grinberg, L., Sor, D., & Bianchedi, E. (1991). Grupos. In L. Grinberg, D. Sor, & E. Bianchedi, *Nueva Introducción a las Ideas de Bion* (pp. 19-36). Madrid: Tecnipublicaciones.

- Kaës, R. (1999). Processos e princípios do funcionamento psíquico na vida dos grupos. In R. Kaës, *As teorias psicanalíticas do grupo* (pp. 73 - 89). Lisboa: Artes Gráficas, Lda.
- Keidann, C., & Poziomczyk, R. (1989). Contribuição ao Estudo das Resistências no Início do Tratamento Psicoterápico. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky, *Psicoterapia de Orientação Analítica: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, Lda.
- Kilmann, P. (1974). Marathon Group Therapy with Female Narcotic Addicts. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* , 11 (4), 339-342.
- Neto, D. (1990). *Deixar a Droga: Tratamentos para os anos 90*. Lisboa: Edições 70.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse e Interpretação* (1988 ed.). (E. Barros, Ed.) London: Imago Editora, Lda. Brasil.
- Rosenfeld, H. (1960). On Drug Addiction. *International Journal of Psycho-Analysis* , 41: 467-476.
- Rosenthal, L. (1979). The Significance of the Resolution of Group Resistance in Group Analysis. *Modern Psychoanalysis* , 4 (1), 83-103.
- Rosenthal, L. (2005). Resistance in Group Therapy: The Interrelationship of Individual and Group Resistance. *Modern Psychoanalysis* , 30b (2), 7-25.
- Rosenthal, L. (2005). The resolution of group-destructive resistance in modern psychoanalysis. *Modern Psychoanalysis* , 30 (2), 72-82.
- Schuller, R., Crits-Christoph, P., & Connolly, M. (1991). The Resistance Scale: Background and Psychometric Properties. *Psychoanalytic Psychology* , 8 (2), 195-211.
- Sedler, M. (1983). Freud's Concept of Working Through. *Psychoanalytic Quarterly* (52), 73-98.

- Sequeira, J. P. (1996). *As Origens Psicológicas da Toxicomania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Smith, D. (1996). Psychodynamic Therapy: The Freudian Approach. In W. Dryden (Ed.), *HandBook of Individual Therapy* (pp. 19-39). London: Sage Publications.
- Stark, S., & Torrance, H. (2005). Case Study. In C. Lewin, & B. Somekh, *Research Methods in the Social Sciences* (pp. 33-40). London: Sage Publications, Ltd.
- Stewart, W. (1963). An Inquiry into the Concept of Working Through. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (11), 474-499.
- Thornton, C. G. (2003). Coping Styles and Response to High versus Low-Structure Individual Counseling for Substance Abuse. *The American Journal on Addicition* , 12: 29-42.
- White, R. (1996). Psychoanalytic Process And Interactive Phenomena. *Journal of the American Psychoanalytic Association* (44), 699-722.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage Publications Inc.
- Zimerman, D., & Osorio, L. (1997). *Como Trabalhamos Com Grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

## **XI. Anexos**

## **Anexo (A)**

## Declaração de Autorização



Ministério da Saúde

I.D.T.

Instituto da Droga e da Toxicodependência

### DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos os efeitos, que Ana Mafalda Ramalho Ferreira, estudande do 5º ano Mestrado Integrado de Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), se encontra autorizada a realizar nesta E.T. um estudo com vista à concretização de uma dissertação de mestrado, orientada pelo Prof. Doutor Rui Aragão, denominada “Resistências em psicoterapia de grupos: estudo de caso na população toxicodependente.”.

Lisboa, 20 de Maio de 2009

Ministério da Saúde  
I.D.T., .P. / DRLVT  
CRI Oriental

ET Xabregas, Dr.ª Marina Martins

Coordenadora da

Equipa de Tratamento de Xabregas

DRLVT - CAT de Xabregas

RUA DE XABREGAS, 62 - 1900-440 LISBOA  
TEL.: 21 861 04 70 • FAX: 21 861 04 79

## **Anexo (B)**

### Materials

## **Registo das temáticas por sessão**

### **(S1) Sessão 1**

Membros na Sessão: PC, PT, AC, JLC, V, N, BR

Membros com atraso: V, BR, N

#### Temáticas:

- (1) Atraso dos utentes, dentro dos 15 minutos permitidos (V, BR)
- (2) Um utente entra mais tarde, e cumprimentado toda a gente mesmo depois de se ter iniciado a discussão (N)
- (3) Um membro tem necessidade de ajudar pessoas que ele considere necessitadas e muitas vezes ser enganado (PT)
- (4) Um membro ter passado muito tempo na loja do cidadão a pedir um novo BI, dado que perdeu o outro, conflito verbal com outro elemento por este facto (N e PC)
- (5) Um elemento se revoltar por ser a sessão inteira para outro; e um terceiro elemento defender a ideia que a sessão é de quem fala (V, AC, PT)
- (6) Discutida a ideia de no mercado de trabalho atura-se muita gente de vários feitios e nem sempre se apanham as melhores pessoas para trabalharem connosco
- (7) Situação do país
- (8) Situação laboral dos membros do grupo, descurando a situação do país Inclusive um elemento enfrenta outro, ao compreender a situação como um acomodar (N, V)
- (9) Um membro tenta terminar a sessão e torna-se muito impaciente (AC)

### **(S2) Sessão 2**

Membros na Sessão: PC, PT, JLC, V, N, E

Membros com atraso: N, E, V

#### Temáticas:

- (1) Aceder a instituições e não ter acesso a emprego Favores entre membros na procura de emprego não concretizados(JLC e PC)
- (2) Combinação para tornar mais eficaz a procura de emprego, com ajuda entre os membros (JLC e PC)
- (3) Explicitação de uma forma defensiva, como se alterou a situação laboral de um dos membros (PC)

- (4) Escolha de prioridades para alguns membros, que otimizam a situação económica de cada um Dois membros (JLC e V) têm uma opinião em confronto (PC)
- (5) Um dos membros, pede para entrar, dentro do tempo de tolerância; batendo na janela do gabinete, o grupo fica expectante (AC), sendo que assim que ele entra ninguém o aborda, dada a postura dele
- (6) Prioridades do que se pode suportar em situação laboral (PC, V, AC, PT - que ocasionalmente concorda com PC - e JLC
- (7) Temática da possível (eminente) morte de um familiar próximo de um dos membros (AC)
- (8) Silêncio de 5 minutos
- (9) Agitação corporal, com comportamentos repetitivos de alguns membros do grupo (V)
- (10) Discussão da situação global do familiar do membro (AC)
- (11) Partilha de experiências e comentários religiosos de alguns membros do grupo (E, JLC, N, PC)
- (12) Um dos membros isoladamente demonstra preocupação pelo membro mais angustiado, gerando uma conversa paralela, que vem demonstrar o evitamento do grupo em abordar de forma global a temática de morte (AC e PT)
- (13) Questões referentes à perfeição do tratamento, e as possíveis formas encontradas para o sabotar ou contornar (N, PT, V)
- (14) Referência ao evitamento do grupo perante a temática de possível morte (eminente), para o membro com angústia (AC)
- (15) Silêncio total do grupo

### **(S3) Sessão 3**

Membros na Sessão: PC, PT, JLC, V, LA, N

Membros com atraso: V, LA, N e CD (só 5 minutos)

#### Temáticas:

- (1) Comentários acerca de um novo membro (mas conhecido por quase todos), e imediato confronto com o facto de não comentar alguém que não se encontra presente (PC e PT)
- (2) Relato com algumas omissões declaradas, referentes a detalhes pessoais que explicitamente, o membro que volta ao grupo, não quer referir Algumas questões são colocadas pelos restantes membros (LA, PC, PT e V)
- (3) Atraso e interrupção por um membro que entra (dentro do tempo de tolerância - N)
- (4) Especulações sobre possíveis causas da situação do "novo membro", em que este mostra muitas reticências em responder (PT, PC, LA)

- (5) Entrada abrupta, e com algum atraso de um membro que já não é presente nas sessões há algum tempo, que aparenta uma total desorganização (CD)
- (6) Justificação da entrada, e da saída já anunciada Necessidades importantes e imediatas a serem satisfeitas com urgência, depositar o problema e desculpabilizar as ausências do grupo (CD)
- (7) Apenas um membro do grupo conversa com o membro que acaba de chegar, sobre a sua problemática urgente e muito angustiante (JLC e CD)
- (8) Saída muito rápida do membro que após depositar as suas problemáticas e necessidades face ao tratamento (CD)
- (9) O membro que se referia à sua reentrada, começa a mencionar as temáticas que inicialmente expressava não querer falar (LA e PT)
- (10) Ataque às regras do tratamento, com queixa de não existir igualdade entre utentes, e confronto de que não é, nem deve ser igual para todos (LA, PC)
- (12) Conversa paralela entre o membro que volta ao grupo e outro, e comentários acerca da situação laboral e situação dos consumos e "não" consumos (LA e N)
- (11) Emissão de opinião directa acerca da postura do membro, em conversa paralela, perante a situação laboral (V para N)
- (13) Justificação da situação laboral, e conseqüente postura - desculpabilizante (N)
- (14) Culpabilização e responsabilização da profissão que o membro tinha, com completa displacência relativamente à situação específica do outro - características da função - (PT, N)
- (15) Representação e relato detalhado de situações consideradas com angústia e injustas pela (percepçionada) má distribuição de poder, e respectiva justificação pelo outro membro (PT, N)
- (16) Silêncio em que o grupo não consegue organizar-se para continuar a temática
- (17) Responsabilização forçada da postura do mesmo membro perante as perspectivas futuras de emprego Projecção das angústias individuais no outro (V para N)
- (18) Incapacidade de dar um sentido às críticas apontadas pelo outro membro, e exigência que os terapeutas o atribuam, pedido de ajuda, sem manifestação de vontade de ser ajudado - exige (N)
- (19) Evitamento do conflito directo, colocando-se em conversa paralela sobre signos, colocando inúmeras interrupções aquando de uma nova abordagem à temática anterior (LA e N)
- (20) Fuga de tentativa de esclarecimento de projecção, de tal forma assustadora, que não admite a possibilidade (V)

#### **(S4) Sessão 4**

Membros na Sessão: PC, PT, JLC, V, At, N

Membros com atraso: V, N

##### Temáticas:

- (1) Entrada directa na problemática, muito angustiante para um membro, que por se encontrara a trabalhar não consegue assistir às sessões (At)
- (2) Reforço do conflito interior relativamente à negação de projecção em outro utente (V, At)
- (3) Entrada na sessão com atraso significativo e interrupção da mesma (N)
- (4) Um dos membros pede para não o incluírem na discussão, representando isto um pedido de atenção que é prontamente satisfeito (N, V, PC)
- (5) Necessidade de reforço da auto-estima, no pedido de ajuda Conduz a um confronto de ideias e opiniões (N e PC) demora aproximadamente 40 minutos em ataques verbais indirectos
- (6) Pedido para intervir realizada por um dos membros, que é dirigido ao terapeuta, para comunicar ao grupo e organizá-lo para este membro ter o espaço que precisa para partilhar a problemática (JLC)
- (7) Descrição de uma situação angustiante para um dos membros, temática angustiante para todos os membros, no entanto, existe um esforço de conter a angústia do outro (JLC, V, PT)

#### **(S5) Sessão 5**

Membros na Sessão: CD, JLC, PC, V, PT e E

##### Temáticas:

- (1) Um dos membros traz elementos da sua realidade profissional para a sessão, mas sem mencionar a sua presença (CD)
- (2) Silêncio e todos os membros se entre olham, como num movimento de evitamento
- (3) Um membro demonstra muita angústia com o silêncio e um outro membro "salva a situação" referindo um episódio de uma terapia no seu passado (V e PC)
- (4) Referência à força interior que é conduzida pela vontade, atingida pelo auto-controlo - relato de um outro episódio em que é latente o conteúdo de actualmente ainda não deter de todo o auto-controlo desejado (PC, E, PT e V)
- (5) Um membro que tem dificuldade em ouvir, enquanto os outros discutem a temática, ele revela queixas de dor de ouvido em voz muito alta, bem como falta de sono (CD)

- (6) Na discussão do ponto (4) um outro utente demonstra falta de atenção (interesse) e só no final é que questiona o mesmo facto que já tinha sido esclarecido (PT)
- (7) O mesmo utente que "salva" o início da sessão, refere de forma muito leve a separação de um familiar com um problema de saúde, e a situação familiar actual - angústia de separação da mãe, e confronto com o pai (PC)
- (8) Um outro membro do grupo faz uma tentativa de alterar o contexto, controlando-o da forma que melhor conhece (CD) - papel de vendedor
- (9) O mesmo membro do ponto (8) é confrontado de forma implícita - na sua própria percepção - de formas de elevar a auto-imagem, que ele não controla, porque mexe com os valores que ele contorna na sua vivência individual (CD, E, V, PC)
- (10) Formas que se encontraram de melhorar a auto-imagem, que melhoraram com o tempo sem consumos (CD, PC)
- (11) Um dos membros tenta trazer um outro membro para algo que foi experienciado fora do setting, e é ignorado (JLC para CD)
- (12) Abordagem das queixas corporais iniciais, o membro do grupo revela uma ausência de reflexão directa - neste momento já não as sente, já não se lembra imediatamente delas, como já têm a atenção que necessitava (CD)
- (13) Relato displacente, por parte do mesmo utente, referente a temáticas que o frustraram durante muito tempo, mas que agora já não sente qualquer preocupação relativamente às mesmas (CD)
- (14) Um outro utente que passa a sessão com a mão no peito, refere a dor emocional que transparece para a física, mas rapidamente desmonta esta elaboração Retirando importância à sua própria dor física (emocional) (V)
- (15) Novamente numa tentativa de retomar o controlo da atenção do grupo, um membro grita para chamar a atenção de outro que aparenta "dormitar" (CD para PT)
- (16) Utente este que por sua vez, salta da cadeira ao ouvir o berro, com o alívio do término da sessão, mas rapidamente frustrado, retoma o seu lugar demonstrando interesse no que é dito na sessão (PT)
- (17) Tentativa de retomar a temática de dor emocional de um dos utentes, e ele prefere deixar para depois (V)

## (S6) Sessão 6

Membros na Sessão: PC, JLC, V e PT

Membros com atraso: V

Temáticas:

- (1) Atraso do membro, após todos se encontrarem na sessão, para evitar lidar com o possível silencioso desorganizador inicial (V)
- (2) Silêncio após todos se encontrarem no gabinete
- (3) Um dos membros não suporta o silêncio, e aponta-o novamente (V)
- (4) Confronto relativamente à necessidade do grupo abordar e conter a angústia que sentem do outro (V, PC e PT)
- (5) Um dos membros notando a tensão, desmonta com o relato factual de algo que lhe aconteceu. Por forma a diminuir a tensão (20 minutos no relato), o membro confrontado agradece e interage com alívio (PT, V)
- (6) Tentativa de anulação deste discurso factual, com ataques indirectos à conducta relatada, para abordar a temática que é percebida como angustiante por alguns membros - por emparelhamento (PC, V e PT)
- (7) Nova tentativa directa de fornecer ajuda ao membro, abordando verbalmente a necessidade que existe por parte deste membro fazer com que o outro enfrente a problemática dele (PC)
- (8) O membro em questão, realiza um silêncio. Todo o grupo dá o espaço para que este se sinta à vontade para partilhar as suas angústias (V)
- (9) Referência a problemática familiar, em que são partilhadas as angústias de quase todos, perante aquele "problema" - 30 min (PT, Pc, V e JLC)
- (10) Um dos membros entrega-se emocionalmente à discussão, e revela alguma raiva perante um elemento exterior da sua vivência relacional, o grupo realiza um movimento de contenção desta emoção (PC, PT e JLC)
- (11) Um dos membros remete-se ao silêncio ao longo do resto da discussão, em reflexão com as suas angústias abordadas (V)
- (12) São fornecidas alternativas práticas para lidar com algumas das frustrações pessoais, que são desvalorizadas, a nível manifesto. Aquilo que vêm do terapeuta, não é recebido na sua forma manifesta (PC, V)
- (13) Abordagem superficial da temática de falecimento de familiares, que é recebida com angústia pelos membros, que se remetem ao silêncio e negada a nível latente pelo membro envolvido (PC)

## (S7) Sessão 7

Membros na Sessão: V, PT, E, PC, JLC e JA

Membros com atraso: E

Temáticas:

- (1) Entrada com algum atraso dentro do tempo de tolerância (E )
- (2) Comentários e opiniões relativamente a temáticas de auto-flagelação Incluindo opiniões religiosas Que remetem indirectamente para a necessidade latente de auto-punição e auto-percepção marginalizada de alguns membros - 30 min aprox(V, JLC, PC, E)
- (3) Necessidade de interrupção da discussão que se torna algo desconfortável para alguns membros, e desvio da atenção (de forma intencional) para o novo membro (V)
- (4) Apresentação da situação do "novo" membro A maior parte do grupo identifica-se com a problemática dele, defendendo-o de possíveis "ataques" dos terapeutas Conduz a uma discussão acesa entre os membros, sendo que o "novo" membro protege-se, ao não se envolver (V, PC e JA)
- (5) O "novo" membro refere que não deseja vir ao grupo (JA)
- (6) O grupo tenta acolher o "novo" membro, demonstrando angústia pela rejeição É "vendida" a força do grupo no tratamento (V)
- (7) Silêncio do grupo perante a rejeição do "novo membro", seguida da elaboração da razão manifesta da rejeição (PC)
- (8) O "novo" membro rejeita alternativas de percepção do tratamento, mesmo após explicitação detalhada (JA)
- (9) Tentativa de quebrar o acordo inconsciente de não abordar temáticas mais pessoais, que são carregadas de grande angústia Num movimento de competição(PC)
- (10) Referência, durante a temática de demonstrar a eficácia do tratamento de grupo, a papéis desempenhados por dois membros que se encontram em discussão de ideias Ideias que já não conseguem ouvir, que sendo complementares, manipulam a discussão por forma a se tornarem opostas Luta pelo papel que ambos desejam (V e PC)
- (11) Tentativa de abordar uma temática sensível, pelo membro que sente necessidade de confirmar a sua autoridade no grupo Sente que intimida, e queria a confirmação para tal Reforço do papel, que por sua vez é infirmado pelos membros mais presentes no grupo (PC, JLC, PT)
- (12) Um membro que permanece durante toda a sessão em silêncio, pede ajuda ao terapeuta, com algum receio de esta lhe ser negada (E )

## **(S8) Sessão 8**

Membros na Sessão: JA, JLC, PC, PT, V, E e R

### Temáticas:

- (1) Apresentação directa do novo membro e do grupo, que é acolhido com muita curiosidade (não o conheciam anteriormente), realizando muitas questões a nível vivencial (JLC, PC, V, R)
- (2) Partilha muito discreta de situações familiares desgastadas, que traz muita culpabilização ao grupo Emergência da angústia no grupo, que é evitada, remetendo questões à vivência do novo membro Forte identificação entre os membros (JLC, PC, V, R)
- (3) Descrição factual da história do novo membro, que é expressa com um sentimento de desespero O grupo não consegue conter a angústia vivencial do novo membro - com o qual se identificam, remetendo-se para o silêncio, enquanto vivem o relato do novo membro (40 min) (R)
- (4) Temática abordada, por um membro que tenta recuperar o grupo, com um relato que denota a culpabilização inerente a uma fase desesperante que surge de forma simbólica no discurso - tentativa de reintegração no grupo (20 m) (E, V, PC )
- (5) Abordadas alternativas desvalorizadas, relativamente à escolha individual de "estar" no grupo (R, JA)
- (6) Retorno à temática de culpabilização, e é relatado um outro episódio que denota uma passagem ao acto na auto-punição forçada pelos maus objectos internos - nível manifesto (V)

## **(S9) Sessão 9**

Membros na Sessão: V, PT, PC, JLC, R e J

### Temáticas:

- (1) Um dos membros apresenta a problemática de outro membro, falou por ele - necessidade de pôr à vontade o novo membro perante o grupo (PT para R)
- (2) Problemática abordada carregada de emoção, novo membro relata uma situação que surge de uma forma desesperante Retirando responsabilidade face ao tratamento (R e PC)
- (3) Grupo fornece o apoio ao membro, proporcionando-lhe o espaço, e as alternativas possíveis para a resolução da sua problemática O novo membro da sessão, entra directamente na questão alheia, confrontando com possíveis estratégias que seriam utilizadas para ele se auto-punir (JLC, J, V, PC e PT)

- (4) Novo membro é confrontado com as suas próprias falhas, e necessidade de pedir ajuda Que ele rapidamente e reconhecendo a sua falha, se recolhe ao silêncio (PC, J)
- (5) São procedidas as apresentações, as quais se nota que ele teve o cuidado de ter algum contacto com alguns dos membros antes da sessão, para não se sentir tão desprotegido
- (6) Novo membro relata a sua vivência, dirigindo-se principalmente para o terapeuta Em postura de lamentação pelos seus infortúnios, desculpabiliza-se dos seus actos Pede opinião ao terapeuta, repetidas vezes (J)
- (7) Aborda uma temática, que ele descreve logo como a pior da sua vida, que implica e permite uma identificação com ele, e conseqüente aceitação no grupo Abandono/fim das relações afectivas desgastadas - 50 min (J, R, JLC, V, PC)
- (8) Novo membro aborda ainda a temática de necessitar de ter filhos, que é evitada e/ou reprimida por alguns membros, e denota-se que traz alguma angústia/frustração Permite uma nova identificação O novo membro aborda isto com especial displacência, mas verbalizando tristeza (20 min aprox) (J, JLC, V)

### **(S10) Sessão 10**

Membros na Sessão: V, PT, PC, JLC, R

#### Temáticas:

- (1) Temática respeitante à saúde oral, e relato detalhado de um episódio relacionado Vitimização perante a injustiça dos objectos exteriores(forá do gabinete) (PT, JLC, PC)
- (2) A meio do relato dois membros conversam entre eles, em que um elogia o outro pela aparente melhora, e notificação de demandas factuais futuras (evitamento do elogio) (V e R)
- (3) É abordado o membro que se mostra ainda muito tenso, e ansioso de falar abertamente sobre as suas problemáticas, que se traduz por uns momentos num clima tenso, silencioso
- (4) Abordagem da temática angustiante - relações afectivas - de uma forma desorganizada, incoerente e carregada de muita ansiedade- 50 min aprox (V, JLC, R)
- (5) Tenta explicitar ao grupo a problemática que para ele já se arrasta há anos Mas não consegue por medo de não ter o apoio que necessita, do grupo Demonstra que nem todos do grupos têm a capacidade de lhe dar o que ele precisa (V, JLC)
- (6) Existe uma devolução por parte do grupo, que demonstra muita preocupação com o membro que necessita de falar (JLC; PC; R)

## (S11) Sessão 11

Membros na Sessão: V, PT, PC, JLC, R, J, H

Membros com atraso: V

### Temáticas:

- (1) Questões pragmáticas relativas a internamentos e planos terapêuticos mais adequados (R, J, PC)
- (2) Relato de um dos membros na sua visita a uma instituição, e exposição da situação por ele percebida como ridícula (R, PC, J)
- (3) Exposição de esquemas utilizados para contornar o tratamento, bem como (falsas) crenças sobre o tratamento (JLC, PT, H)
- (4) Grande incómodo de um dos membros com a temática abordada em (3) - Agitação, manifestação de desejo em não abordar o assunto (J)
- (5) Confronto por parte de um dos membros ao incómodo sentido por um outro membro mais recente, relativamente à possibilidade de se abordarem as falhas do tratamento (PC, J)
- (6) O membro mais recente faz um movimento de evitamento relativamente ao confronto em (5), referindo as expectativas e necessidades que sente relativamente ao seu tratamento (J)
- (7) Um outro membro replica a estratégia de evitamento, interrompendo para exteriorizar as suas próprias angústias e expectativas, despoletadas pelo outro membro do grupo. Faz ainda referências a tratamentos anteriores sem sucesso, sentidos como oportunidades perdidas (H)
- (8) Nova interrupção pelo membro mais recente, evidenciando novamente uma idealização do tratamento actual (J)
- (9) Mobilização por parte de todo o grupo, por forma a silenciar as verbalizações do membro mais recente (PC, V para J)
- (10) Retorno à problemática inicial (V, R)

Tabela 1. Sessões

TEMÁTICAS					
SI	S2	S3	S4	S5	S6
PC; Pr; AC; JLC; V; N; BR V; BR; N	PC; Pr; JLC; V; N; E N; E; V	PC; Pr; JLC; V; LA; N V; LA; N e Cd (6 e 5 minutos)	PC; Pr; JLC; V; AI; N V; N	Cd; JLC; PC; V; Pr e E	PC; JLC; V e Pr V
Atrasos e faltas reiteradas	(2) Um utente entra mais tarde, e cumprimentado toda a gente mesmo depois de se ter iniciado a discussão (V)	(3) Atraso e interrupção por um membro que entra (dentro do tempo de tolerância - N) (5) Entrada abrupta, e com algum atraso de um membro que já não é presente nas sessões há algum tempo, que aparenta uma total desorganização (Cd)	(3) Entrada na sessão com atraso significativo e interrupção da mesma (N)		
Tentativas de alteração do setting		(10) Ataque às regras do tratamento, com queixa de não existir igualdade entre utentes, e confronto de que não é, nem deve ser igual para todos. (LA, PC)		(1) Um dos membros traz elementos da sua realidade profissional para a sessão, mas sem mencionar a sua presença (Cd) (8) Um outro membro do grupo faz uma tentativa de alterar o contexto, controlando-o da forma que melhor conhece (Cd) - papel de vendedor	
Prejuízo na comunicação verbal	(8) Silêncio de 5 minutos (16) Silêncio total do grupo	(7) Apenas um membro do grupo conversa com o membro que acaba de chegar, sobre a sua problemática urgente e muito angustiante (JLC e Cd) - proximidade. (16) Silêncio em que o grupo não consegue organizar-se para continuar a temática (19) Evitamento do contacto directo, colocando-se em conversa paralela sobre signos, colocando inúmeras interrupções aquando de uma nova abordagem à temática anterior (LA e N)		(2) Silêncio e todos os membros se entre olham, como num movimento de evitamento	(2) Silêncio após todos se encontrarem no gabinete (8) O membro em questão, realiza um silêncio. Todo o grupo dá o espaço para que este se sita à vontade para partilhar as suas angústias (V) - reticências. (11) Um dos membros remete-se ao silêncio ao longo do resto da discussão, em reflexão com as suas angústias abordadas (V)
Ênfase nos relatos da realidade exterior ou queixas hipocóndricas	(10) Discussão da situação global do familiar do membro (AC)	(6) Justificação da entrada, e da saída já anunciada. Necessidades importantes e imediatas a serem satisfeitas com urgência, depositar o problema e desculpar as ausências do grupo (Cd)	(1) Entrada directa na problemática, muito angustiante para um membro, que por se encontrara a trabalhar não consegue assistir às sessões (AT)	(5) Um membro que tem dificuldade em ouvir, revela queixas de dor de ouvido em voz muito alta, bem como falta de sono. (Cd)	
Manutenção de segredos	(1) Aceder a instituições e não ter acesso a emprego. Favores entre membros na procura de emprego não concretizados (JLC e PC)	(1) Comentários acerca de um novo membro (mas conhecido por quase todos), e imediato confronto com o facto de não comentar algo que não se encontra presente. (PC e Pr) (12) Conversa paralela entre o membro que volta ao grupo e outro, e comentários acerca da situação laboral e situação dos costumes e "não" consumos (LA e N)		(11) Um dos membros tenta trazer um outro membro para algo que foi experienciado fora do setting, e é ignorado (JLC para Cd)	

**Tabela 1. Sessões (cont.)**

<p><b>Excessiva intelectualização</b></p>	<p>(4) Um membro ter passado muito tempo na loja do cidadão a pedir um novo BI, dado que perdeu o outro, conflito verbal com outro elemento por este facto (N e PC)</p>	<p>(3) Explicitação de uma forma defensiva, como se alterou a situação laboral de um dos membros (PC) (7) Temática da possível (eminente) morte de um familiar próximo de um dos membros (AC) (11) Partilha de experiências e comentários religiosos de alguns membros do grupo (E, JLC, N, PC) (14) Questões referentes à perfeição do tratamento, e as possíveis formas encontradas para o sabotar ou contornar (N, Pt, V)</p>	<p>(4) Especulações sobre possíveis causas da situação do "novo membro", em que este mostra muitas reticências em responder (Pt, PC, LA) (13) Justificação da situação laboral, e consequente postura - desculpabilizante (N)</p>	<p>(7) O mesmo utente que "salva" o início da sessão, refere de forma muito leve a separação de um familiar com um problema de saúde, e a situação familiar actual - angústia de separação da mãe, e confronto com o pai (PC) (13) Relato dispendente, por parte do mesmo utente, referente a temáticas que o frustraram durante muito tempo, mas que agora já não sente qualquer preocupação relativamente às mesmas. (C-d) (14) Um outro utente que passa a sessão com a mão no peito, refere a dor emocional que transparece para a física, mas rapidamente desmonta esta elaboração. Retirando importância à sua própria dor física (emocional) (V)</p>	<p>(5) Um dos membros notando a tensão, desmonta com o relato factual de algo que lhe aconteceu. Por forma a diminuir a tensão (20 minutos no relato), o membro confrontado pela vontade, almejada pelo auto-controlo - agradece e interage com alívio (Pt, V) (12) São fornecidas alternativas práticas para lidar com algumas das frustrações pessoais, que são desvalorizadas, a nível manifesto. Aquilo que vem do terapeuta, não é recebido na sua forma emocional de um dos utentes, e ele manifesta (PC, V) (13) Abordagem superficial da temática de falecimento de familiares, que se remetem ao silêncio e negada a nível latente pelo membro embebido (PC)</p>
<p><b>Acordo inconsciente em não abordar determinados assuntos angustiantes</b></p>	<p>(6) Discutida a ideia de no mercado de trabalho atara-se muita gente de vários fétos e nem sempre se apanham as melhores pessoas para trabalharem conosco</p>	<p>(12) Um dos membros isoladamente demonstra preocupação pelo membro mais angustiado, gerando uma conversa paralela, colocada pelos restantes membros (LA, PC, Pt e V) (18) Incapacidade de dar um sentido em abordar de forma global a temática da morte (AC e Pt) (15) Referência ao evitamento do grupo perante a temática de possível morte (eminente), para o membro con angústia (AC)</p>	<p>(2) Relato com algumas omissões declaradas, referentes a detalhes pessoais que explicitamente, o membro que volta ao grupo, não quer referir. Algumas questões são colocadas pelos restantes membros (LA, PC, Pt e V) (18) Incapacidade de dar um sentido às críticas apontadas pelo outro membro, e sem manifestação de vontade de ser ajudado - exige (N) (20) Fuga de tentativa de esclarecimento de projecção, de tal forma assistadora, que não admite a possibilidade (V)</p>	<p>(2) Reforço do conflito interior relativamente à negação de projecção em outro utente (V, At) (7) Descrição de uma situação de um dos membros, temática angustiante para todos os membros, no entanto, existe um esforço de conter a angústia do outro (JLC, V, Pt)</p>	<p>(4) Referência à força interior que é conduzida pela vontade, almejada pelo auto-controlo - agradece e interage com alívio (Pt, V) (12) São fornecidas alternativas práticas para lidar com algumas das frustrações pessoais, que são desvalorizadas, a nível manifesto. Aquilo que vem do terapeuta, não é recebido na sua forma emocional de um dos utentes, e ele manifesta (PC, V) (13) Abordagem superficial da temática de falecimento de familiares, que se remetem ao silêncio e negada a nível latente pelo membro embebido (PC)</p>
<p><b>Complicações com os horários</b></p>	<p>(1) Atraso dos utentes, dentro dos 15 minutos permitidos (V, BR) (9) Um membro tenta terminar a sessão e torna-se muito impaciente (AC)</p>	<p>(8) Saída muito rápida do membro que após depositar as suas problemáticas e necessidades face ao tratamento (C-d)</p>			

**Tabela 1. Sessões (cont.)**

<p><b>Surgimento de um ou mais líderes no papel de pseudo-colaborador</b></p>	<p>(5) Um elemento se revolta por ser a sessão inteira para outro; e um terceiro elemento defender a ideia que a sessão é de quem fala (V, AC, PT)</p>	<p>(4) Escolha de prioridades para alguns membros, que optimizam a situação económica de cada um. Dois membros (PC e V) têm uma opinião em confronto (PC) (6) Prioridades do que se pode suportar em situação laboral. (PC, V, AC, Pt - que ocasionalmente concorda com PC - e JLC)</p>	<p>(11) Emissão de opinião directa acerca da postura do membro, em conversa paralela, perante a situação laboral (V para N) (14) Culpa e responsabilidade da situação (N, V, PC) (5) Necessidade de reforço da auto-estima, no pedido de ajuda. Condição a um confronto de ideias e opiniões específica do outro. - características da função - (Pt, N)</p>	<p>(4) Um dos membros pede para não incluírem na discussão, representando isto um pedido de atenção que é prontamente satisfeito (N, V, PC) (5) Necessidade de reforço da auto-estima, no pedido de ajuda. Condição a um confronto de ideias e opiniões específica do outro. - características da função - (Pt, N)</p>	<p>(3) Um membro demonstra muita angústia com o silêncio e um outro membro "salva a situação" referido um episódio de uma terapia no seu passado (V e PC) (9) O mesmo membro do ponto (8) é confrontado relativamente à necessidade do grupo abordar e conter a angústia que sentem do outro. (V, PC e Pt) (6) Tentativa de anulação deste discurso não controla, porque mexe com os valores factuais, com ataques indirectos à conduta que ele contorna na sua vivência individualizada. (Cd, E, V, PC) (15) Novamente numa tentativa de retomar o controlo da atenção do grupo, um membro grita para chamar a atenção de outro que aparenta "dormitar" (Cd para Pt)</p>	<p>(3) Um dos membros não suporta o silêncio, e aponta-o novamente. (V) (4) Confronto relativamente à necessidade do grupo abordar e conter a angústia que sentem do outro. (V, PC e Pt) (6) Tentativa de anulação deste discurso não controla, porque mexe com os valores factuais, com ataques indirectos à conduta que ele contorna na sua vivência individualizada. (Cd, E, V, PC) (15) Novamente numa tentativa de retomar o controlo da atenção do grupo, um membro grita para chamar a atenção de outro que aparenta "dormitar" (Cd para Pt)</p>
<p><b>Sistemática tentativa de expulsão de um membro novo</b></p>	<p>(8) Situação laboral dos membros do grupo, descurando a situação, do país. Inclui-se um elemento enfrenta outro, ao compreender a situação como um acomodador (N, V)</p>	<p>(17) Responsabilização forçada da postura do mesmo membro perante as perspectivas futuras de emprego. Projecção das angústias individuais no outro (V para N)</p>				
<p><b>Excesso de acting's out (individual ou de grupo)</b></p>	<p>(3) Um membro tem necessidade de ajuda pessoal que ele considere necessitadas e muitas vezes ser enganado (PT) (*) excesso de comportamentos repetitivos (limpar unhas, apurar o bigode)</p>	<p>(5) Um dos membros, pede para entrar, dentro do tempo de tolerância; batendo na janela do gabinete, o grupo fica expectante (AC), sendo que assim que ele entra ninguém o aborda, dada a postura dele (9) Agitação corporal, com comportamentos repetitivos de alguns membros do grupo (V)</p>	<p>(15) Representação e relato detalhado de situações consideradas com angústia e injustas (percepção) má distribuição de poder, e respectiva justificação pelo outro membro (Pt, N)</p>		<p>(6) Na discussão do ponto (4) um outro utente demonstra falta de atenção (interesse), colocando em postura de dormir e só no final é que questiona o mesmo facto que já tinha sido esclarecido (Pt) (16) Utente este que por sua vez, salta da cadeira ao ouvir o outro, com o alívio do término da sessão, mas rapidamente frustrado, retoma o seu lugar demonstrando interesse no que é dito na sessão (Pt)</p>	<p>(6) Na discussão do ponto (4) um outro utente demonstra falta de atenção (interesse), colocando em postura de dormir e só no final é que questiona o mesmo facto que já tinha sido esclarecido (Pt) (16) Utente este que por sua vez, salta da cadeira ao ouvir o outro, com o alívio do término da sessão, mas rapidamente frustrado, retoma o seu lugar demonstrando interesse no que é dito na sessão (Pt)</p>
<p><b>Resoluções imediatas</b></p>	<p>(2) Combinação para tornar mais eficaz a procura de emprego, com ajuda entre os membros. (JLC e PC) (10) Discussão da situação global do familiar do membro (AC)</p>	<p>(9) O membro que se referia à sua reentrada, que começa a mencionar as temáticas que incidentalmente expressava não quer falar (LA e Pt)</p>	<p>(6) Pedido para intervir realizada por um dos membros, que é dirigido ao responsável para este comunicar ao grupo e organizá-lo para este membro ter o espaço que precisa para partilhar a problemática (JLC)</p>	<p>(6) Pedido para intervir realizada por um dos membros, que é dirigido ao responsável para este comunicar ao grupo e organizá-lo para este membro ter o espaço que precisa para partilhar a problemática (JLC)</p>	<p>(10) Formas que se encontraram de melhorar a auto-imagem, que melhoraram com o tempo sem consumos (Cd, PC) (12) Abordagem das queixas corporais iniciais, o membro do grupo revela uma ausência de reflexão directa - naquele momento já não se sente, já não se lembra imediatamente delas, como já tem a atenção que necessitava. (Cd)</p>	<p>(7) Nova tentativa directa de fornecer ajuda ao membro, abordando verbalmente a necessidade que existe por parte deste membro fazer com que o outro enfrente a problemática dele (PC) (9) Referência a problemática familiar, em que são partilhadas as angústias de quase todos, perante aquela "problema". - 30 min (Pt, Pc, V e JLC) (10) Um dos membros entrega-se emocionalmente à discussão, e revela alguma vivência relacional, o grupo realiza um movimento de contenção desta emoção (PC, Pt e JLC)</p>

**Tabela 1. Sessões (cont.)**

	S7	S8	S9	S10	S11
Membros na sessão	V, Pt, E, PC, J, C e JA	JA, J, C, PC, Pt, V, E e R	V, Pt, PC, J, C, R e J	V, Pt, PC, J, C, R	V, Pt, PC, J, C, R, J, H
Com atraso	E				V
Atrasos e faltas reiteradas	(1) Entrada com algum atraso dentro do tempo de tolerância (E)				
Tentativas de alteração do setting					
Prejuízo na comunicação verbal	(7) Silêncio do grupo perante a rejeição do "novo membro" seguida da elaboração da razão manifesta da rejeição (PC)		(4) Novo membro é confrontado com as suas próprias falhas, e necessidade de pedir ajuda. Que ele rapidamente e reconhecendo a sua falha, se recolhe. (PC, J)	(3) É abordado o membro que se mostra ainda muito tenso, e ansioso de falar abertamente sobre as suas problemáticas, que se traduz por uns momentos num clima tenso, silencioso.	
Ênfase nos relatos da realidade exterior ou queixas hipococondríacas		(3) Descrição factual da história do novo membro, que é expressa com um sentimento de desespero. O grupo não consegue conter a angústia vivencial do novo membro - com o qual se identificam, remetendo-se para o silêncio, enquanto vivem o relato do novo membro. (40 min). (R)	(6) Novo membro relata a sua vivência, dirigindo-se principalmente para o terapeuta. Em postura de lamentação pelos seus infortúnios, desculpabiliza-se dos seus actos. Pode opinar ao terapeuta, repetidas vezes (J)		(1) Questões pragmáticas relativas a internamentos e planos terapêuticos mais adequados (R, J, PC) (10) Retorno à problemática inicial (V, R)
Manutenção de segredos	(12) Um membro que permanece durante toda a sessão em silêncio, pede ajuda ao terapeuta. Com algum receio de esta lhe ser negada, só o faz posteriormente à sessão, quando se encontra sem o grupo presente. (E)		(5) São procedidas as apresentações, as quais se nota que ele teve o cuidado de ter algum contacto com alguns dos membros antes da sessão, para não se sentir tão desprotegido.	(5) Tenta explicitar ao grupo a problemática que para ele já se arrasta há anos. Mas não consegue por medo de não ter o apoio que necessita, do grupo. Demonstra que nem todos do grupo têm a capacidade de lhe dar o que ele precisa. (V, J, LC)	

**Tabela 1. Sessões (cont.)**

<p><b>Manutenção de segredos</b></p>	<p>(12) Um membro que permanece durante toda a sessão em silêncio, pede ajuda ao terapeuta. Com algum recio de esta lhe ser negada, só o faz posteriormente à sessão, quando se encontra sem o grupo presente. (E)</p>		<p>(5) São procedidas as apresentações, as quais se nota que ele teve o cuidado de ter algum contacto com alguns dos membros antes da sessão, para não se sentir tão desprotegido.</p>	<p>(5) Tenta explicar ao grupo a problemática que para ele já se arrasta há anos. Mas não consegue por medo de não ter o apoio que necessita do grupo. Demonstra que nem todos do grupo têm a capacidade de lhe dar o que ele precisa. (V, JLC)</p>	
<p><b>Excessiva intelectualização</b></p>		<p>(2) Partilha muito discreta de situações familiares desgastadas, que traz muita culpabilização ao grupo. Emergência da angústia no grupo, que é evitada, remetendo questões à vivência do novo membro. Forte identificação entre os membros. (JLC, PC, V, R)</p>			
<p><b>Acordo inconsciente em não abordar determinados assuntos angustiantes</b></p>	<p>(2) Comentários e opiniões relativamente a temáticas de auto-flagelação. Incluindo opiniões religiosas. Que remetem indirectamente para a necessidade latente de auto-punição e auto-percepção marginalizada de alguns membros. - 30 min aprox.(V, JLC, PC, E) (4) Apresentação da situação do "novo" membro. A maior parte do grupo identifica-se com a problemática dele, defendendo-o de possíveis "ataques" dos terapeutas. Conduz a uma discussão acerca entre os membros, sendo que o "novo" membro protege-se, ao não se envolver (V, PC e JA)</p>		<p>(2) Problemática abordada carregada de emoção, novo membro relata uma situação que surge de uma forma desesperante. Retirando responsabilidade face ao tratamento (R e PC) (8) Novo membro aborda ainda a temática de necessitar de ter filhos, que é evitada e/ou reprimida por alguns membros, e denota-se que traz alguma angústia/frustração. Permite uma nova identificação. O novo membro aborda isto com especial discrição, mas verbalizando tristeza. (20 min aprox)(J, JLC, Y)</p>	<p>(1) Temática respeitante à saúde oral, e relato detalhado de um episódio relacionado. Viuvez perante a injustiça dos objectos exteriores(fora do gabinete)(Pt, JLC, PC)</p>	<p>(2) Relato de um dos membros na sua visita a uma instituição, e exposição da situação por ele percebida como ridícula (R, PC, J) (4) Grande inómodo de um dos membros com a temática abordada em (5) - Abitação, manifestação de desejo em não abordar o assunto (J)</p>
<p><b>Complicações com os horários</b></p>					

**Tabela 1. Sessões (cont.)**

<p><b>Surgimento de um ou mais líderes no papel de pseudo-colaborador</b></p>	<p>(3) Necessidade de interrupção da discussão que se torna algo desconfortável para alguns membros, e desvio da atenção (de forma intencional) para o novo membro (V) (9) Tentativa de quebrar o acordo inconsciente de não abordar temáticas mais pessoais, que são carregadas de grande angústia. (10) movimento de competição.(PC) (10) Referência, durante a temática de demonstrar a eficácia do tratamento de grupo (V e PC) (11) Tentativa de abordar uma temática sensível, pelo membro que sente necessidade de confirmar a sua autoridade no grupo. (PC, JLC, Pt)</p>	<p>(6) Retorno à temática de culpabilização, e é relatado um outro episódio que denota uma passagem ao acto na auto-punição forçada pelos maus objectos internos - nível manifesto. (V)</p>	<p>(1) Um dos membros apresenta a problemática de outro membro, falou por ele - perante o grupo (Pt para R) (3) Grupo fornece o apoio ao membro, proporcionando-lhe o espaço, e as alternativas possíveis para a resolução da sua problemática. O novo membro da sessão, entra directamente na questão alheia, confrontando com possíveis estratégias que seriam utilizadas para ele se auto-punir (JLC, J, V, PC e Pt) (7) Abandono/fin de relações afectivas desgastadas. - 50 min (J, R, JLC, V, PC)</p>	<p>(2) A meio do relato dois membros conversam entre eles, em que um elogia o outro pela aparente melhoria, e notificação de demandas factuais futuras (evitamento do elogio). (V e R)(6) Existe uma devolução por parte do grupo, que demonstra muita preocupação com o membro que necessita de falar. (JLC; PC; R)</p>	<p>(3) Exposição de esquemas utilizados para contornar o tratamento, bem como (falsas) crenças sobre o tratamento (JLC, Pt, H) (5) Confronto por parte de um dos membros ao incómodo sentido por um outro membro mais recente, relativamente à possibilidade de se abordarem as falhas do tratamento (PC, J)</p>
<p><b>Sistemática tentativa de expulsão de um membro novo</b></p>					<p>(9) Mobilização por parte de todo o grupo, por forma a silenciar as verbalizações do membro mais recente (PC, V para J)</p>
<p><b>Excesso de acting's out (individual ou de grupo)</b></p>					
<p><b>Resoluções imediatas</b></p>	<p>(5) O "novo" membro refere que não deseja vir ao grupo (JA) (8) O "novo" membro rejeita alternativas de percepção do tratamento, mesmo após explicitação detalhada.</p>	<p>(1) Apresentação directa do novo membro e que é acolhido com muita curiosidade (não o conheciam anteriormente), realizando muitas questões a nível vivencial (JLC, PC, V, R)</p>	<p>(4) Abordagem da temática angustiante - relações afectivas de uma forma desorganizada, incoerente e carregada de muita ansiedade. - 50 min aprox. (V, JLC, R)</p>	<p>(6) O membro mais recente faz um movimento de evitamento relativamente ao confronto em que se sente relativamente ao seu tratamento (J) (7) Um outro membro replica a estratégia de evitamento, interrompendo para exteriorizar as suas próprias angústias e expectativas, deslocadas pelo outro membro do grupo. Faz ainda referências a tratamentos anteriores sem sucesso, sentidos como oportunidades perdidas (H) (8) Nova interrupção pelo membro mais recente, evidenciando novamente uma idealização do tratamento actual (J)</p>	<p>(6) O membro mais recente faz um movimento de evitamento relativamente ao confronto em que se sente relativamente ao seu tratamento (J) (7) Um outro membro replica a estratégia de evitamento, interrompendo para exteriorizar as suas próprias angústias e expectativas, deslocadas pelo outro membro do grupo. Faz ainda referências a tratamentos anteriores sem sucesso, sentidos como oportunidades perdidas (H) (8) Nova interrupção pelo membro mais recente, evidenciando novamente uma idealização do tratamento actual (J)</p>