

Resistência e erros inferenciais: notas sobre as «perturbações» do psicoterapeuta

ANTÓNIO BRANCO VASCO *

I. INTRODUÇÃO

É sabido (independentemente do modelo psicoterapêutico que se subscreve) não só que aquilo que se passa durante as sessões de psicoterapia é raramente tão linear, claro e bem sucedido como as diferentes descrições (livros, manuais e revistas) pretendem fazer crer, mas também que a prática clínica real diverge frequentemente das directrizes prescritas pelos modelos teóricos (Goldfried & Robins, 1983; Wachtel, 1982).

Vem esta constatação a propósito da escassez de referências na literatura clínica não psicodinâmica ao fenómeno da resistência em geral e ao contributo ou responsabilidade dos terapeutas nos impasses terapêuticos, em particular (independentemente de modelo teórico). Esta escassez de referências não significa, como se poderá depreender das considerações acima feitas, que os terapeutas não psicodinâmicos não se deparem com semelhante fenómeno no seu quotidiano clínico. Significará, quiçá, que o conceito de resistência abrange um campo mais vasto do que inicialmente se poderia

pensar, nomeadamente: resistência de alguns terapeutas a comunicar publicamente aquilo que de facto se passa nas interações com os seus pacientes, quando aquilo que se passa não é lisonjeiro para o modelo teórico que o terapeuta professa ou quando parece contradizer as «sacrossantas» verdades e directrizes dos manuais de psicoterapia.

Saudáveis excepções a estas considerações podem ser encontradas em: Beck, Freeman & Associates, 1990; Dryden, 1985; Ellis, 1985; Goldfried, 1982; Lazarus & Fay, 1982; Lewis & Evans, 1986; Liotti, 1987; Mahoney, 1974, 1980, 1982, 1985, no prelo; Meichenbaum & Gilmore, 1982; Patterson & Forgatch, 1985; Vasco & Baptista, no prelo.

II. SOBRE A RESISTÊNCIA

Duas perspectivas parecem prevalecer relativamente à questão de como conceptualizar o fenómeno da resistência em psicoterapia:

1. A resistência entendida como um fenómeno *inevitável* em qualquer processo tendente à mudança psicológica (a *regra*).

2. A resistência entendida como algo de *inesperado*, conjunto de acontecimentos que vêm interferir negativamente no que deveria ser um processo mais ou menos linear de mudança (a *excepção* à regra).

A primeira perspectiva é característica do pensamento psicodinâmico (a resistência como regra).

* O autor agradece ao Dr. Leonel Garcia Marques os comentários relativos à secção sobre «heurísticas e erros inferenciais».

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva.

Assim, em psicanálise «... dá-se o nome de resistência a tudo o que, nos actos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente» (Laplanche & Pontalis, 1967, pp. 595/596) e, consequentemente, à mudança.

A segunda perspectiva é característica do pensamento comportamentalista (a resistência como excepção à regra). Definições características desta posição são as propostas por Wolpe e Lazarus: «Não existe resistência em terapia comportamental» (1966, p. 47), e mais recentemente por Turkat e Meyer: «Resistência consiste nos comportamentos do cliente que o terapeuta rotula de contraterapêuticas» (1982, p. 158).

Assumindo o risco que a descontextualização das definições referidas comporta, considero qualquer uma delas como profundamente desadequada. Não só pela circularidade estéril de que todas estão imbuídas, mas também pela posição epistemológica que denotam: a *autoridade epistemológica* do processo terapêutico exclusivamente centrada no terapeuta (Vasco, 1988). Em termos mais práticos, definições deste género permitem, com excessiva frequência, afirmações desresponsabilizadoras do tipo: «A terapia não avança por causa da resistência do paciente», em lugar do reconhecimento enriquecedor dos erros terapêuticos, limites das técnicas e/ou modelos terapêuticos e das «tendências a enviesar» (biases) dos terapeutas (Cambrill, 1990; Hollon & Kriss, 1984; Turk & Salovey, 1985b; Turk & Salovey (Eds.), 1988; Turk & Speers, 1983).

Vários autores (e.g., Lazarus, 1985; Lazarus & Fay, 1982) são particularmente enfáticos neste ponto, defendendo ser a resistência, possivelmente, a *racionalização* mais (ou menos) elaborada que os terapeutas utilizam para explicar os seus insucessos clínicos: «A resistência é normalmente função dos limites dos nossos conhecimentos e métodos, bem como dos constrangimentos das nossas personalidades» (Lazarus & Fay, 1982, p. 115).

Tendo a estar de acordo com esta perspectiva e penso ser extremamente importante reflectir sobre o fenómeno da resistência enquanto *resistência do terapeuta à mudança*. Resistência do terapeuta à mudança não só sobre o modo como entende e formula a queixa/problema dos pacientes, mas também relativamente às técnicas que utiliza e ao modelo que as suporta. (Referi-me, em texto anterior, Vasco, Henriques e Santos (1986), aos problemas inerentes aos limites de todos os modelos teó-

ricos. Cabe acentuar aqui que o propósito dos modelos teóricos é o de dar «nomes às coisas» e não o de «dar coisas aos nomes»).

Assim, gostaria de propor uma definição de resistência que me parece ter maior valor heurístico do que as existentes, dado poder ultrapassar os seus limites, nomeadamente: (1) desresponsabilização do terapeuta; (2) circularidade e (3) centrar a autoridade epistemológica exclusivamente no terapeuta. «Resistência consiste em todos os comportamentos, conscientes ou inconscientes, voluntários ou involuntários, verbais ou não-verbais abertos ou fechados, por parte do terapeuta, paciente ou outros do meio circundante, que surjam como obstáculos à concretização dos objectivos terapêuticos comumente acordados entre terapeuta e paciente».

Esta definição, para além de ultrapassar os limites atrás apontados, parece-me ter a vantagem de tomar simultaneamente em consideração:

1. Um componente *motivacional* — consciente/inconsciente, voluntário/involuntário — entendido como uma dimensão contínua (grau de consciência);

2. Um componente *morfológico* — verbal/não-verbal, aberto/fechado;

3. Um componente *tópico* — «locus» da resistência: terapeuta, paciente, outros do meio circundante — note-se que o «locus» de resistência pode estar simultaneamente em mais do que um dos três elementos ou mesmo nas suas interacções (e.g., a adequabilidade do ajustamento — matching — entre terapeuta e cliente).

III. SOBRE A RESISTÊNCIA DO TERAPEUTA

Penso que com excessiva frequência, nas suas intervenções clínicas, os terapeutas cometem o erro que Watzlawick, Weakland e Fish designam por «mais do mesmo» (1975). Ou seja, quedam-se pelo aumento da frequência, intensidade e/ou duração das suas intervenções, «quando as coisas correm mal», em vez de fazerem algo de «diferente» relativamente à interpretação e planeamento da intervenção em curso.

Estou a fazer apelo à necessidade dos terapeutas procederem à «*auto-avaliação das rotinas psicológicas*» (Baptista & Vasco, 1988) que utilizam ao lidar com os fenómenos terapêuticos, principalmente quando se deparam com clientes ditos «difíceis» ou com impasses clínicos. Proceder à auto-

-avaliação das rotinas psicológicas significa, para o terapeuta, manter-se atento às inovações em psicoterapia, à adequabilidade das técnicas que favorece e à existência das «tendências a enviesar» que frequentemente o levam a cometer «erros inferenciais»: ser tão permeável às inovações como gostaria que os seus clientes o fossem a ele próprio no decorrer do processo terapêutico (Garfield, 1980).

Inerente ao conceito de auto-avaliação das rotinas psicológicas está o de *desenvolvimento pessoal e profissional do terapeuta* (Guy, 1987; Norcross, 1986; Prochaska, 1984), que necessariamente implica o crescimento da sua competência terapêutica. As metodologias e aptidões terapêuticas podem (e devem) evoluir no sentido de uma maior flexibilização e em função das trocas que o terapeuta mantém com a comunidade científica, com cada um dos seus pacientes e consigo próprio, através do exercício das suas capacidades metacognitivas.

Um exemplo ilustrativo do desenvolvimento do terapeuta, com óbvias implicações a nível da prevenção de possíveis resistências, é-nos dado pela necessidade dos terapeutas se curarem da sua mais terrível perturbação: a «compulsão a curar». Pretendo, com isto, acentuar o facto de que a utilização dos diferentes métodos e técnicas terapêuticas se dever submeter a um tempo e razão própria. Parece-me essencial que o terapeuta consiga ultrapassar a aplicação rígida e compulsiva das diferentes metodologias clínicas (frequentemente para diminuir a sua ansiedade por constatar que está a fazer «qualquer coisa») e alcance uma flexibilidade que se materialize na utilização dos instrumentos terapêuticos que se afigurem mais adequados, mediante uma análise cuidada de cada caso particular (i.e., características da queixa, características do paciente e do seu meio social e finalmente, características do próprio terapeuta, nomeadamente as tendências a enviesar).

IV. SOBRE AS TENDÊNCIAS A DISTORCER

Vários autores (Gambrill, 1990; Guidano & Liotti, 1983; Golfried & Robins, 1983; Hollon & Kriss, 1984; Meehl, 1954, 1960; Turk & Salovey, 1985a, 1985b; Turk & Salovey, 1988; Turk & Speers, 1983) têm vindo a chamar a atenção para a necessidade de tomar em consideração, no respeitante ao processo terapêutico, as estruturas e pro-

cessos que estão na base daquilo que em cognição social se designa por «tendências a enviesar». Por tendências a enviesar, entendem-se os processos cognitivos subjacentes aos *erros inferenciais* que se cometem devido ao uso inadequado da informação disponível, principalmente em situações de incerteza, como o são as situações clínicas.

Contrariamente aos anseios ingénuos dos positivistas, nem os cientistas em geral (Greenwald, 1975; Mahoney; Mitroff, 1974), nem os psicoterapeutas em particular (Gambrill, 1990; Hollon & Kriss, 1984; Meehl, 1954, 1960; Turk & Salovey, 1985b, 1988; Turk & Speers, 1983) se encontram livres de cometer os erros inferenciais que o cidadão comum comete. Como Paul Meehl já em 1954 tão claramente acentuou, «não temos o direito de assumir que o facto de nos tornarmos psicoterapeutas nos liberte, num passe de magia, dos erros comuns» (pp. 27-28).

Como resultado da sua orientação teórica, treino e experiência, os psicoterapeutas desenvolvem «esquemas de conhecimento» que os auxiliam a organizar a informação e a elaborar as apreciações/inferências que vão servir de base aos processos de tomada de decisões relativas à avaliação, diagnóstico, prognóstico e intervenção clínica. Estes esquemas de conhecimento terapêutico são obviamente indispensáveis e dotados de um valor heurístico inegável. No entanto, podem funcionar (e frequentemente funcionam) como tendências a distorcer, que levam o terapeuta a cometer graves erros inferenciais que se reflectem negativamente no desenrolar do processo terapêutico.

Segundo Turk e Salovey (1985b), os erros mais frequentemente cometidos pelos terapeutas são os associados a: 1) «tendências confirmatórias»; 2) «heurística da disponibilidade»; 3) «heurística da representatividade» e 4) «correlações ilusórias».

1. As *tendências confirmatórias* dos clínicos associam-se ao facto destes elaborarem inicial e rapidamente conceptualizações/categorizações relativas aos pacientes, baseando-se num leque diminuto de informação. Estas impressões iniciais são extraordinariamente prevaletentes (Paul Meehl, numa investigação de 1960, concluiu que a representação que os terapeutas construíam dos pacientes entre a segunda e a quarta sessões se mantinham praticamente inalteradas ao fim de 24 sessões!). O terapeuta, depois da categorização inicial, tende sistematicamente a procurar e a reter, de uma forma

selectiva, os dados que confirmam as suas hipóteses iniciais, ignorando informações com potencial valor diagnóstico e processual, mas que iriam no sentido da desconfirmação das hipóteses iniciais.

O facto de a maior parte das interpretações que o terapeuta oferece serem aceites pelo paciente («O Sr. Doutor é que sabe») reforça a confiança (frequentemente injustificada) que o terapeuta tem na justeza das suas considerações.

2. A *heurística da disponibilidade* entra em jogo quando as inferências que os clínicos fazem são excessivamente influenciadas por instâncias particulares de acontecimentos passados (e.g., casos clínicos anteriores), exclusivamente devido à sua proximidade temporal e/ou importância/espectacularidade para o terapeuta. Confunde-se facilidade de acesso cognitivo com frequência real.

3. Fala-se de *heurística da representatividade* quando nos referimos a apreciações relativas à probabilidade de determinada pessoa pertencer a determinada classe (e.g., categoria nosológica), ou de determinado acontecimento poder ser explicado por determinada sequência de antecedentes. Confunde-se amostra (e.g., paciente) com população e efeito com causa (entre várias causas alternativas opta-se pela mais semelhante ao efeito). Um exemplo consiste em inferir que, tendo o paciente determinadas características físicas, terá necessariamente determinadas características psicológicas.

4. As *correlações ilusórias* verificam-se nas situações em que os terapeutas fazem interpretações/atribuições de correlação ou mesmo de causalidade, quando o que frequentemente se verifica são fenómenos de co-variação aparente, que reflectem aquilo que se deveria passar segundo os modelos teóricos ou as expectativas subjectivas dos terapeutas (muitas vezes semelhantes ao senso comum) e não verdadeiras co-variações.

Penso que nas estratégias que têm sido propostas no sentido de minimizar o efeito das tendências a enviesar podemos igualmente encontrar formas de promover o desenvolvimento do terapeuta. O recurso às aptidões metacognitivas, no sentido da auto-avaliação e consciencialização das heurísticas cognitivas que utiliza, constitui um instrumento que o terapeuta pode utilizar para reduzir a incidência de erros inferenciais e com ela um aumento da sua eficácia clínica e a diminuição da probabilidade de aparecimento de instâncias de resistência (suas e do paciente).

De entre as estratégias propostas pelos autores que têm reflectido sobre as formas de atenuar o impacto das tendências a enviesar (i.e., Arkes, 1981; Fishoff, 1982; Kahneman & Tversky, 1982; Nisbett & Ross, 1980) parece-me possível seleccionar 4 de particular utilidade para o psicoterapeuta.

1. *Considerar alternativas*: consiste em tomar em consideração hipóteses alternativas às inicialmente formuladas. Tentar obter informações, tanto em sessão como através dos «trabalhos de casa» entre sessões ou ainda recorrendo a outros significativos, que possam infirmar as hipóteses iniciais e levar à formulação de novas hipóteses. Inclusivamente, tentar confirmar a hipótese oposta àquela que inicialmente se formulou.

2. *Desconfiar da memória*: a memória é um processo tão falível como qualquer outro processo cognitivo (não esquecer o seu carácter reconstrutivo, Bartlett, 1932). Os terapeutas devem confiar menos na memória («Tive um paciente uma vez...!») e recorrer com frequência à utilização de suportes materiais (i.e., ficheiros, gravações, vídeos, etc.) que ofereçam maior garantia no acesso à informação passada.

3. *Consultar as linhas-de-base*: entendidas como a probabilidade de encontrar, ao acaso, um membro de determinada categoria. Os terapeutas devem tomar simultaneamente em consideração a probabilidade de encontrar, por acaso, um membro e um não-membro de determinada categoria (particularmente no que diz respeito a questões de diagnóstico).

4. *Estar atento ao erro atribucional fundamental*: é essencial prestar atenção a factores situacionais e contextuais antes de saltar, precipitadamente, para conclusões relativas às características/disposições psicológicas dos pacientes, ainda que baseadas nos seus comportamentos manifestos.

Estas são algumas das considerações e sugestões que julgo úteis a quem pretende fazer da prática terapêutica não só um espaço de ajuda psicológica, mas também um espaço de desafio constante às «certezas terapêuticas» que frequentemente mais não são do que manifestações das «perturbações» do psicoterapeuta.

REFERÊNCIAS

- ARKES, H. R. (1981) — Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their

- impact, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 323-330.
- BAPTISTA, T. & Vasco, A. B. (1988) — Terapias breves numa perspectiva cognitivo-comportamental, *Psicologia*, 1, 17-22.
- BARTLETT, F. C. (1932) — *Remembering: A study in experimental and social psychology*, Cambridge: Cambridge University Press.
- BECK, A. T.; Freeman, A., & Associates (1990) — *Cognitive therapy of personality disorders*, New York: Guilford.
- DRYDEN, W. (1985) — *Therapists' dilemmas*, London: Harper & Row.
- ELLIS, A. (1985) — *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*, New York: Springer.
- FISHOFF, B. (1982) — »Debiasing», in D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*, Cambridge: Cambridge University Press.
- GAMBRILL, E. (1990) — *Critical thinking in clinical practice*, San Francisco: Jossey-Bass.
- GARFIELD, S. L. (1980) — *Psychotherapy: An eclectic approach*, New York: John Wiley & Sons.
- GOLDFRIED, M. (1982) — «Resistance and clinical behavior therapy», in P. Wachtel (ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, New York: Plenum.
- GOLDFRIED, M. R., & ROBINS, C. (1983) — «Self-schema, cognitive bias, and the processing of therapeutic experiences», in P. C. Kendall (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, (vol. 2), New York: Academic Press.
- GREENWALD, A. G. (1975) — Consequences of prejudice against the null hypothesis, *Psychological Bulletin*, 83, 1-20.
- GUIDANO, V. F.; LIOTTI, G. (1983) — *Cognitive processes and emotional disorders*, New York: Guilford.
- GUY, J. D. (1987) — *The personal life of the psychotherapist*, New York: John Wiley & Sons.
- HOLLON, S. D. & KRIS, M. R. (1984) — Cognitive factors in clinical research and practice, *Clinical Psychological Review*, 4, 35-76.
- KAHNEMAN, D. & TVERSKY, A. (1982) — «Intuitive prediction: Biases and corrective procedures», in D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*, Cambridge: Cambridge University Press.
- LAPLANCHE, J. & Pontalis, J. B. (1967) — *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris: P.U.F.
- LAZARUS, J. (1985) — «Missing links and lacunae: An interview with Arnold Lazarus», in W. Dryden (ed.), *Therapists' dilemmas*, London: Harper & Row.
- LAZARUS, A. A. & FAY, A. (1982) — «Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective» in P. Wachtel (ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, New York: Plenum.
- LEWIS, W. A. & Evans, J. W. (1986) — Resistance: A reconceptualization, *Psychotherapy*, 3, 426-433 .
- LIOTTI, G. (1987) — The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 87-104.
- MAHONEY, M. J. (1974) — *Cognition and behavior modification*, Cambridge, Mass.: Ballinger.
- MAHONEY, M. J. (1976) — *Scientist as subject: The psychological imperative*, Cambridge, Mass.: Ballinger.
- MAHONEY, M. J. (1980) — «Psychotherapy and the structure of personal revolutions», in M. J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*, New York: Plenum.
- MAHONEY, M. J. (1982) — «Psychotherapy and human change processes», in J. H. Harvey & M. M. Parks (eds.), *The Master Lecture Series*, (vol. 1), Washington, D. C.: A. P. A.
- MAHONEY, M. J. (1985) — «Psychotherapy and human change processes», in M. J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*, New York: Plenum.
- MAHONEY, M. J. (no prelo) — *Human change processes: The scientific foundations of Psychotherapy*, New York: Basic Books.
- MEEHL, P. E. (1954) — *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and review of the evidence*, Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.
- MEEHL, P. E. (1960) — The cognitive activity of the clinician, *American Psychologist*, 15, 19-27.
- MEICHENBAUM, D. & GILMORE (1982) — «Resistance from a cognitive-behavioral perspective», in P. Wachtel (ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral perspectives*, New York: Plenum.
- MITROFF, I. I. (1974) — *The subjective side of science*, Amsterdam: Elsevier.
- NISBETT, R. E. & ROSS, L. D. (1980) — *Human inference: Strategies and shortcomings of informal judgment*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- NORCROSS, J. C. (1986) — «Eclectic psychotherapy: An introduction and overview», in J. C. Norcross (ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel Publishers.
- PATTERSON, G. R. & FORGATH, M. S. (1985) — Therapist behavior as a determinant for client non-compliance: A paradox for the behavior modifier, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 846-851.

- PROCHASKA, J. O. (1984) — *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical approach*, (2ª ed.), Homewood, IL: Dorsey Press.
- TURK, D. C. & SALOVEY, P. (1985a) — Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification I: Client issues, *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1-17.
- TURK, D. C. & SALOVEY, P. (1985b) — Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification II: Judgments and inferences of the clinician, *Cognitive Therapy and Research*, 9, 19-33.
- TURK, D. C. & SALOVEY, P. (eds.) (1988) — *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology*, New York: The Free Press.
- TURK, D. C. & SPEERS, M. A. (1983) — «Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: Going beyond the information given», in P. C. Kendall (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, (vol. 2), New York: Academic Press.
- TURKAT, I. D. & MEYER, V. (1982) — «The behavior-analytic approach», in P. Wachtel (ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*, New York: Plenum.
- VASCO, A. B. (1988) — Perspectivas epistemológicas em psicoterapia: Psicoterapia, dialéctica e epistemologia. Psicoterapia como processo estratégico de mudança cognitiva, *Psicologia*, 3, 439-453.
- VASCO, A. B.; HENRIQUES, A. P. & SANTOS, M. C. (1986) — Fundamentos teóricos, formação e implantação institucional da APTCC (Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva, *Jornal de Psicologia*, 2, 21-27.
- VASCO, A. B. & BAPTISTA, T. (no prelo) — *Em busca das variáveis perdidas: Perspectivas actuais em terapia cognitiva*, *Jornal de Psicologia*.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. & FISH, R. (1975) — *Change*, New York: Norton.
- WOLPE, J. & LAZARUS A. (1966) — *Behavior therapy techniques*, New York: Pergamon.

RESUMO

Depois de rever as definições de resistência mais frequentemente utilizadas na literatura, o autor conclui pela sua inadequabilidade, propondo uma definição alternativa. Nesta, descentra-se o problema da resistência do cliente, acentuando-se a responsabilidade que cabe ao terapeuta nos impasses terapêuticos. A resistência dos terapeutas à mudança é entendida como podendo verificar-se não só na forma como entendem e formulam as queixas/problemas dos clientes, mas também na rigidez de aderência às técnicas que utilizam e modelos teóricos que as suportam. São igualmente focados os erros inferenciais mais frequentemente cometidos na prática da psicoterapia (possivelmente associados a fenómenos de resistência por parte do terapeuta), bem como indicações relativas à forma de os neutralizar.

ABSTRACT

After having reviewed the most commonly used definitions of resistance in the literature, the author concludes for their inadequability, proposing an alternate definition. The present definition decenters the question of resistance from clients while stressing the therapist's responsibility for therapeutic impasses. Therapist's resistance to change is seen not only in terms of the ways he/she understands and formulates clients' problems, but also in terms of rigidity of adherence to therapeutic techniques and theoretical models. Some of the most common inferential errors (possibly associated with therapist's resistance) made by therapists during the course of therapy are focused as well as ways to neutralize them.