

# PSICOTERAPIA: COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

MAURÍCIO KNOBEL \*

---

## RESUMO

*A relação terapêutica implica num encontro entre uma pessoa que padece e outra que, adequadamente capacitada, pode e deve intervir para aliviar, melhorar ou suprimir os elementos patológicos presentes. O instrumento fundamental é a interpretação, que é a elaboração verbalmente expressada de toda uma conceitualização psicodinâmica. Intervenções verbais, formuladas dentro de outros marcos referenciais teóricos confirmados pela experiência, resultam também úteis, tanto como "atuações", "dramatizações" e diversas modalidades comunicacionais não-verbais. A comunicação verbal tem inclusive importantes elementos não-verbais que devem ser valorizados e utilizados. Os fenômenos transferenciais e contra transferenciais também podem se expressar verbal e extraverbalmente, assinalando ser factível uma possível relação terapêutica. As modalidades relacionais histéricas, fóbicas, obsessivas, paranóides, melancólicas, psicopáticas, ambíguas e autistas se expressam, geralmente, em forma não-verbal. As diversas técnicas psicoterapêuticas devem ser avaliadas sem preconceitos quanto à validade de seu referencial e de sua eficácia clínica. Como modalidade terapêutica verbal, dramática, gestural e interpretativa, pode-se utilizar o conceito de "interpretação lúdica adolescente. Procura-se uma integração conceitual, sem dogmatismo teóricos, valorizando técnicas não-verbais e a compreensão da comunicação como elemento básico da psicoterapia, sem negar o valor hierárquico da palavra.*

---

\* Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM da UNICAMP.

A relação psicoterapêutica implica, como princípio básico, em um vínculo entre uma ou mais pessoas, que se estabelece com outra ou outras pessoas devidamente treinadas, para poder aliviar, atenuar, modificar ou eliminar sintomas existentes nos primeiros. Tomo esta definição de conceitos que tenho vertido em oportunidades anteriores (Szpilka, 1968; Knobel, 1969) e de Wolberg (1954), adaptando-a ao que acho pertinente enfatizar.

Assim que nesta inter-relação humana deve-se partir de um postulado, quase com sentido matemático, de que a ou as pessoas especializadas têm recebido formação e informação suficiente como para poder *considerar* o que em termos habituais se pode denominar "patologia", e isto sob o ângulo em que se colocam frente a quem eles se aproximam e procuram.

Não vou aqui dissecar a concepção do que é normal e do que é patológico. Parto, simplesmente, do princípio de que há pessoas que buscam outras com o propósito de melhorar sua condição, sua capacidade de vida, aliviar seus sofrimentos ou suprimi-los, se isso é possível.

Entendo que esta é uma realidade básica, sem a qual é impossível estabelecer todo contato verdadeiramente *terapêutico*. Também aceito que este postulado possa ser discutido sob diversos pontos de vista, mas entendo que este seria o tema para outro enfoque da problemática saúde-doença mental.

Quer dizer que, no subsequente, para singularizar e fazer mais fácil a minha comunicação com aqueles que lêem, falarei do *terapeuta e do paciente*.

Creio que é perfeitamente lícito falar desta maneira por poderemos assimilar, facilmente, o termo "paciente" como à pessoa que sofre e busca alívio. É função do "terapeuta" estabelecer se esta pessoa está realmente doente no sentido mais restrito e absoluto da delimitação psicopatológica, ou se está padecendo de uma reação frente a situações emocionais, vinculadas a seu meio imediato, a suas circunstâncias atuais ou inclusive ao meio social em que se desenvolve (Knobel, 1983). A avaliação do nosológico e do patográfico é responsabilidade do terapeuta que para isso deve ser, precisamente, como já foi dito, uma pessoa treinada, i. é., uma pessoa com formação suficiente como para poder delimitar e discriminar estas características.

Contrariamente, estimamo-nos na situação paradoxal de que há muitos "terapeutas" que, a meu critério, não são mais que seres profundamente alterados em muitos aspectos de sua própria vida psíquica que têm encontrado em seu indiferenciado atuar cotidiano uma pretensa forma de "ajudar" aos demais enquanto buscam desesperadamente a solução de seus próprios conflitos. Não considero que estas

pessoas sejam “terapeutas” embora, por sua inteligência e por sua capacidade, possam elaborar teorias mais ou menos “razoáveis” de sua modalidade atuante. Nem mesmo, quando essa modalidade atuante possa *aparentemente* brindar com algum *benefício* certos tipos de personalidades.

Entendo que, nestas circunstâncias, somente se produz um *vínculo simbiótico* (Bleger, 1977) onde a relação bipessoal ou multipessoal fica totalmente indiscriminada e na qual, num esforço dos setores indiscriminados, estes se auto-realimentam através de conceitualizações que perpetuam o alienado e alienante.

Fixada a conceitualização do vínculo terapêutico, é importante poder considerar qual é realmente o elemento fundamental que intervem na relação terapêutica.

Creio que é a PALAVRA o agente ou instrumento de que dispõe o homem em seu processo evolutivo para estabelecer os contatos de maior nível, no sentido de espaço e de maior capacidade de atuação, no sentido grupal ou individual (Platonov, 1958). Este conceito não é nenhuma novidade psicanalítica. É uma idéia válida em todo tipo de atuação realmente terapêutica.

Não devemos estranhar então que, depois das primeiras contribuições da psicanálise, surgiu uma grande quantidade de métodos psicoterapêuticos que fazendo uso da palavra lograram benefícios, por vezes realmente surpreendentes para o ser humano.

De qualquer maneira, sigo considerando que é a *interpretação* o instrumento fundamental de que dispõe o terapeuta e de que se deve poder formular esta interpretação a nível verbal.

Já Melaine Klein (1975) e, depois, Arminda Aberastury (1981) têm assinalado que o processo terapêutico alcança os níveis mais efetivos quando, mesmo na análise de crianças, se pode chegar a verbalizar as situações que correspondem às fantasias inconscientes da pessoa. Na psicanálise de crianças o analista se aproveita, quase que sistematicamente, da interpretação mas a criança utiliza os jogos para se comunicar. Portanto, se o processo terapêutico — neste caso, o psicanalítico — se desenvolve adequadamente, a criança deve poder começar a utilizar a *linguagem* como elemento comunicacional essencial. Isto marca, evidentemente, um ponto crucial no processo terapêutico e o início de uma apreciação evolutiva positiva em direção a anelada modificação estrutural que permita ao indivíduo gozar de sua idade cronológica sem se prejudicar nem prejudicar aos demais, e viver afetivamente e com amor as situações prazerosas que a vida lhe oferece.

Todo este contato realiza-se através de mecanismos que indubitavelmente são bastante variáveis e que não se pode limitar dado o

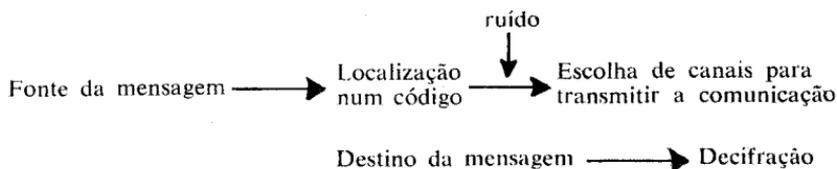
estado atual de nossos conhecimentos, a uma simples expressão enorme de diversos elementos.

É por isso que considero sumamente importante poder discriminar o que são os elementos verbais dos não verbais, no processo psicoterapêutico, porque só assim se poderá interpretar o que isto significa. Por outro lado, a comunicação não verbal forma parte do cotidiano, das mensagens compreensíveis em cada cultura, nos gestos, olhares, etc., o que cria uma verdadeira "sincronia interraccional" (Davis, 1981).

Quer dizer, só assim poderemos entrar em toda a problemática da simbolização, tema amplo e que tem sido tratado por numerosos autores, mas que, em sua expressão mais simples, é a que indica como está utilizando o paciente o que pode estar vivendo para poder transmiti-lo a seu terapeuta (fator de decodificação e esclarecimento do simbolizado).

Poder-se ia dizer que, em última instância, todo o processo terapêutico consiste num interjogo de capacidades nas quais alguém, o paciente, as utiliza como defesa ou como modalidade expressiva de seu processo angustiante ou confusante, enquanto que o outro, o terapeuta, deve tratar de compreendê-las para decifrá-las e responder mediante outro tipo de simbolização — culturalmente mais convencional — que seja acessível ao paciente e útil para compreender a instrumentação patológica de suas vivências.

Lieberman (1970) assinalou (pág. 12) que: "na comunicação em *terapêutica psicanalítica* iniciei minha exposição localizando um grupo de disciplinas que permitiam investigar na comunicação humana as relações entre as "pessoas" que emitem mensagens (fontes) e as "pessoas" (destinos) que as recebem e que, pelo fato de recebê-las, já estão comprometidas no circuito comunicativo. No caso de recebê-las (decodificá-las), têm que acusar recibo de havê-las captado, utilizando para isso uma resposta (em codificação) que de alguma maneira tem que indicar ao emissor que as mensagens têm sido recebidas, e também que sentindo lhes adscrive a "pessoa" receptora (destino) da mensagem. O processo comunicativo termina sempre e quando a primeira delas (fonte) (agora transformada em destino), por sua vez, acusa recibo de ter obtido a resposta. Desta maneira temos três passos num ciclo de interação comunicativa: X envia mensagem a Z; se a mensagem chega a Z (destino de dita mensagem), este último deve fazer saber a X que a recebeu e, além disso, que sentido lhe adscreeu a mesma. Uma vez que este segundo passo tenha sido efetuado, completa-se o processo comunicacional, devendo X acusar recibo de ter recebido dita mensagem. Isto foi estabelecido por C.E. Shannon por meio de um circuito que se denomina "modelo de comunicação", desta maneira:



Um pouco mais adiante acrescenta: “O investigador formado adequadamente possui certo grau de objetividade e pode estabelecer formulações descritivas, baseando-se nos múltiplos matizes que vai descobrindo dia-a-dia no curso do tratamento psicanalítico.

Isto, por sua vez, permite-lhe desenvolver um conjunto de formulações explicativas mediante a discriminação do que é realmente significativo como expressão de forças inconscientes comprometidas no fenômeno que se está estudando, e do qual o próprio investigador é partícipe.

A transposição do enfoque a histórico predominantemente descritivo ao enfoque genético-evolutivo dá lugar a este desenvolvimento de formulações predominantemente explicativas. Freud as denominou construções e involucra uma constelação causal”. (Lieberman 1970) (pág. 13).

Como muito bem o destaca o recém-citado autor, é ao terapeuta, que também se deve colocar na qualidade de observador, não participante ainda além do observado, que corresponde fazer o que se pode denominar “a análise do diálogo psicanalítico”. Logicamente, isto se pode fazer extensivo à relação psicoterápica e, portanto, surgem daí todas as hipóteses possíveis acerca da cura e enfermidade, nas quais cada método psicoterapêutico pode ser devidamente aplicado.

Se bem que Lieberman, na obra que estou mencionando, reconheça não ser o primeiro em tratar do “articular a Psicanálise com a semiótica e a lingüística estrutural (pág. 22), não é menos certo que sua contribuição, nesse sentido, tem mobilizado os terapeutas de língua espanhola para poder trabalhar neste frutífero campo da relação terapêutica, já que “a lingüística permite estabelecer, sobretudo, hipóteses de nível intermediário entre a linguagem teórica e a observacional”. (pág. 23).

É sobre as modalidades comunicacionais que Lieberman consegue estabelecer categorias nosológicas interrelacionais com um valor pragmático quanto à ação terapêutica que se refere (Lieberman, 70/72). Em modalidades mais amplas, embora sem incursionar com a minuciosidade com que o faz Lieberman no elemento lingüístico, Bleger (1963) também propõe uma descrição da semiologia relacional que se estabelece entre paciente e terapeuta, que resulta sumamente útil e que não podemos ignorar.

Isto nos leva a colocar-nos algumas considerações fundamentais acerca do que é realmente efetivo no processo terapêutico, e desde logo, sabemos que o que pode ser útil para alguns não o é para outros.

Hoje, já ninguém praticamente, pensa em termos de "psicanalisar" qualquer tipo de problema ou pessoa que concorre à consulta de um assim chamado "psicoterapeuta" ou "psicanalista". A mesma psicanálise teve que aperfeiçoar seu instrumento técnico, determinando quem são os indivíduos que realmente vão se beneficiar de um "tratamento psicanalítico" (Greenson, R.R., 1978), (Paz, 1971), ao mesmo tempo que se questiona se o que está se desenvolvendo não é mais um método de investigação da personalidade ou uma teoria abrangente do conhecimento humano como diversas aplicações também em campos diferentes do afazer humano.

Retorno, não obstante, ao fundamento de nossa comunicação psicoterapêutica. Já, o mesmo Freud tinha colocado alguns aspectos do que ele *interpretava* como manifestações de determinadas estruturas de personalidade com base em "comportamentos" que nada tinham de verbais na relação com seus pacientes. Os trabalhos sobre técnicas e as recomendações técnicas de Freud (1958), muitas vezes não se refletem especificamente nos trabalhos clínicos onde se observa que a percepção de aspectos comportamentais tanto por parte do terapeuta como do paciente eram evidentes.

Ao assistir ao II Congresso Argentino de Psicopatologia Infanto-Juvenil, o Dr. Roy Grinker se referiu, anedoticamente a sua análise com Freud e comentou inclusive a conduta de um dos famosos cães que acompanhavam Freud, *inclusive nas sessões*, foi incluída durante uma sessão como para reprovar o paciente da monitoria ou do aborrecimento que suas associações produziam.

Creio que isto está nos mostrando uma fase de conduta não-verbal que, sem dúvida, se traduz logo em verbalizações mas que significa um aspecto importantíssimo do que se deve chamar conduta terapêutica.

Talvez convenha então precisar que podemos denominar *conduta terapêutica a tudo aquilo que se realize, sobre uma base conceitual perfeitamente elaborada, para favorecer as aspirações que se colocaram ao se iniciar o encontro entre o paciente e o terapeuta.*

Dai surge uma longa lista de *possibilidades terapêuticas*, das que tanto Levine (1951) com Wolberg (1968) fazem extensas considerações e onde vemos que se entremeiam atividades educativas de distintos níveis, etc. Logo, as funções acessórias como a ginástica, a música, o canto, a dança, etc., são também instrumentos "terapêuticos" sempre e quando se localizem dentro deste contexto que estou enfatizando.

Liberman (1971) chega a fazer uma verdadeira dissecação de todos os elementos para-verbais que intervêm na mesma comunicação verbal, e onde nos fala desde o silêncio total até as diminuições consideráveis ou muito grandes nas vocalizações ou as inspirações ou expirações com a boca aberta, a abertura bucal e o véu do palato durante estes elementos fisiológicos da vocalização, etc. Além disto, e nessa mesma obra, o mencionado autor nos fala de um elemento que considero valiosíssimo e que se refere à “*mímica verbal*” Liberman, (1971), onde diz que “a mímica verbal” está constituída pelos elementos para-verbais das estruturas sintáticas faladas. A meu entender, neste plano encontramos indícios de inestimável valor que devem ser tomados como um dos tantos conjuntos de sinais que transportam uma parte importante na mensagem que inadvertidamente o paciente deseja transmitir” (págs. 489-490).

Referindo-se às contribuições de George Dumas, diz que este autor afirma que “os sentimentos e as emoções se exteriorizam pelas mímicas motoras e secretórias e que também o fazem pela “mímica vocal”, que considera como uma extensão da arte do discurso. Assinala que “da mesma maneira que o rosto e o gesto, esta mímica verbal transmite a linguagem das emoções” (pág. 490).

Talvez onde melhor se veja este aspecto é em alguns tipos de tratamentos fonoaudiológicos, especialmente nos procedimentos adequados à espasmofemia, onde a mímica está tão unida à palavra que praticamente se convertem numa só e mesma expressão, que deve ser discriminada pelo terapeuta fonoaudiólogo, que desde então deve possuir, para isto, conhecimentos psicanalíticos (Levin, 1971).

Tudo isso é factível e, portanto, não podemos deixar de incluí-lo.

Por outro lado, está todo o grande componente de pacientes que necessitam expressar-se com seus corpos e, especialmente, através de seus rostos. As referências da psiquiatria clássica nos falam das “*facies*”, que muitas vezes foram, em sua precisão descritiva, verdadeiros diagnósticos clínicos. É, sem dúvida, que quando a psicose tem chegado a configurar verdadeiras personalidades psicóticas que só podem agir dessa maneira em seu mundo, a expressão corporal e especialmente a facial vêm a ser fundamentais para denotar sua estrutura peculiar.

Também é certo, por outro lado, que frente a este tipo estrutural a resposta não verbal do terapeuta vai indicar sua aceitação ou rejeição desse paciente, estabelecendo-se *nesse mesmo instante* um vínculo tão intenso como significativo. As possibilidades todas de uma terapia efetiva podem ficar seladas nesse primeiro encontro.

Desde outro ponto de vista, grande parte da teoria da aprendizagem e sua aplicação na clínica está baseada em numerosíssimos

elementos não-verbais, como foi enfatizado num Simposium realizado sobre essa teoria psicológica e que foi editado por Ruth Porter (1968).

O importante, aqui, é destacar que inclusive se pode chegar a uma aprendizagem glandular e visceral que provoca respostas nesse nível orgânico e está submetidas a uma aprendizagem instrumental. De acordo com esta concepção, alguns fenômenos clínicos significativos parecem ser bem análogos aos de indução positiva e aos de contraste comportamental. Miller (1968) diz que em ocasiões realmente severas, pôde *recordar* que se encontrou, por exemplo, durante uma sessão muito difícil, com a memória de quando escalava uma montanha e lograva um alívio bem considerável de seu medo quando conseguia contrastar sua situação corrente com outras anteriores que haviam sido muito mais difíceis e das quais havia sobrevivido. Diz além disso, que de forma similar notou com freqüência que os medos neuróticos de uma pessoa desaparecem quando se confrontam com os perigos suficientemente fortes e reais do mundo em que vivemos. As reações a um indício negativo, na discriminação Pavloviana, que se devem a respostas não reforçadas, mostram uma similaridade funcional com as reações a um indício que é negativo porque estavam associadas com castigo. Desta maneira, e mediante este tipo de contrastação, pode-se desde logo, reaprender por meio da verbalização e da não verbalização uma quantidade de elementos que podem, em alguns indivíduos, resultar terapêuticos embora fique questionada a intimidade afetiva e a possibilidade, também logo altamente questionável, dos fenômenos que em psicanálise chamamos de conversão, projeção ou deslocamento. Não temos realmente elementos suficientes para julgar, e considerar que o primeiro seja totalmente não válido enquanto o segundo, sim, seja válido.

Entendo que estamos aqui frente a uma combinação de elementos verbais e não verbais que logram um fim educativo que pode resultar forçosamente terapêutico e que, desde logo, pode também em certo sentido, apartar-nos bastante da clássica concepção freudiana do que poderia ser uma terapia, psicanaliticamente falando.

De acordo com Small (1974), a metacomunicação que descreveram Driblatt e Weatherly pode ser considerada como uma forma de comunicação não-verbal no sentido de que, em uma conversa, se comunica muito mais do que contém a sua expressão verbal manifesta. Por outro lado, o mesmo autor cita a Koegler que observa que um breve contato terapêutico permite uma comunicação não verbal em um nível que pode resultar sumamente útil para pessoas que tendem a se encontrar limitadas em sua capacidade para comunicações verbais.

É, sem dúvida, em psicologia clínica e em psicoterapia particular, especialmente nas institucionais, que o elemento não-verbal repre-

senta um papel transcendente e temos que valorizá-los ainda adequadamente.

Refiro-me especialmente aos fenômenos transferenciais e contra-transferenciais que não ficam diretamente expressadas mas, sim, são vivenciados. A pessoa que nos procura chega com uma quantidade de situações internas que *transfere* a nós, o que talvez seja mais apropriado dizer, projeta em nós. A capacidade que a pessoa treinada e que funciona como terapeuta tem para compreender o que está acontecendo, avaliar a comunicação, formular um diagnóstico presumível, discriminar sua capacidade de estabelecer um vínculo terapêutico, propô-lo ou arranjá-lo para que o paciente se beneficie, entram em jogo permanentemente.

Neste sentido, foi-me útil aplicar, em parte, os conhecimentos de Fairbairn (1962) quanto a modelos relacionais de objetos. Este autor descreve as quatro modalidades típicas: a histérica, a fóbica, a obsessiva e a paranóica, cujo enunciado praticamente nos exime de entrar em maiores descrições, neste momento. Pessoalmente, tenho encontrado útil, numa relação terapêutica, incluir nestes tipos de modalidades relacionais a modalidade melancólica, a psicopática, a ambígua (confusionante), e a autista, a qual pode ter, por sua vez, as modalidades mais refratárias ou mais permeáveis.

Essas modalidades relacionais se estabelecem, em princípio, de uma maneira totalmente não-verbal e o só entrar do paciente no consultório, sua maneira de observar o ambiente, confrontar-se com o terapeuta, tomar contato com ele e o âmbito no qual a entrevista vai se desenrolar, dá uma riqueza extraordinária para a avaliação da relação.

Fica demais dizer que o fenômeno contra-transferencial vivido pelo terapeuta deve ser forçosamente incluído para valorizar este tipo comunicacional.

Quando o terapeuta, por suas características individuais, sente-se perturbado, absorvido, preocupado em excesso pela atitude ou o relato, quanto ao manifesto do paciente, considero-o um alarme contra transferencial que deve ser devidamente avaliado pelo terapeuta para que ele possa julgar se terá capacidade ou não para agir terapêuticamente com esse paciente.

Por outro lado temos, por exemplo, outros tipos de técnicas terapêuticas, como as de Berne (1967) e sua "análise transacional", que nos mostram uma variada gama de modalidades comunicacionais entre terapeuta e paciente, e que nada têm a ver com modalidades de tipo interpretativo verbal. Muitas destas atuações — dito num sentido amplo do termo e não estritamente psicanalítico — representam formas de acesso e de comunicação que adequadamente valorizadas e utilizadas podem resultar, sem dúvida, terapêuticas.

O mesmo acontece, supostamente, com outros tipos de terapia como os grupos de sensitização, algumas técnicas psicodramáticas e outras modalidades de vínculo terapêutico, que inclusive podem se dar em nível estritamente somático, como pode ser a relação comum médico-paciente, a relação psiquiatra/psicofarmacólogo-paciente.

Kurt W. Back (1972) nos diz que, nos "contos de Canterbury", Chaucer descreve a tradição dos peregrinos do século XII, que a cada primavera se dirigiam a lugares sagrados. Afirma que parte deles se sentiam impulsionados por convicções religiosas mas que, em parte, estavam buscando uma mudança de rotina, uma transformação de si mesmos, um alívio para as suas dificuldades e enfermidades. Sustenta que basicamente buscavam companheirismo e que, nessas reuniões, encontravam a alegria que buscavam. Talvez buscassem algo mais, algumas emoções forte que podiam transportar o peregrino desde a sua existência mundana até uma vida única e criativa. Ainda encontramos a estes peregrinos em muitos dos que convivem conosco.

Daí que surjam modalidades "terapêuticas" que permitam este tipo de contato com um sentido transcendente ou não, mas que, para algumas personalidades, indubitavelmente podem resultar como algo terapêutico, como acontece com a chamada terapia da "Quaternidade" (Hoffman, 1982). Back pergunta-se como se pode considerar ou avaliar a popularidade que tem tido, por exemplo, o treinamento sensitivo. Manifesta que o treinamento sensitivo foi desenhado originalmente como uma técnica para ensinar à pessoa como trabalhar em grupos e como trabalhar mais efetivamente com outra pessoa. O central desta técnica foi o descobrimento da efetividade do "feed-back" imediato. A orientação do aqui e agora, e a concentração que a pessoa conseguia no processo grupal em si mesmo. Tudo isto trazia uma experiência emocional válida que foi a que logo, combinando técnicas e experiências, converteu-se num procedimento terapêutico que tem muito a ver com os movimentos sociais que vivemos e com a linguagem científica que utilizamos (Back, 1972).

É indubitável que existe uma permanente perseguição pela felicidade do homem e que nem sempre é fácil achá-la.

Não há dúvida alguma que uma forma de lográ-la é o poder reencontrar-se ou simplesmente encontrar-se. Claro que esta afirmação pressupõe um desencontro básico, que provavelmente, quase com certeza, poder-se-ia afirmar que existe.

Alguém já assinalou quão importante poderia ser para uma pessoa encontrar a outra pessoa que lhe escutasse. Que, simplesmente lhe prestasse atenção ou que, ainda mais simplesmente, estivesse com ela.

Num mundo de desorientação, de crise, de confusões, de ambi-güidades extremas, a psicoterapia se transforma constantemente em

seus aspectos técnicos. *A utilização adequada da comunicação verbal e não-verbal integradas são, em meu conceito, a base de uma eficaz ação psicoterapêutica.*

A mistificação e a fraude são, evidentemente, possíveis e não sei até que ponto evitáveis, frente a esta realidade. Os charlatões pululam porque a sociedade lhes permite pulular. Grande parte de nossos conflitos tem uma origem social que, desde logo, muitas vezes, temos introjetado e que outras vezes não sabemos como manejar pelos conflitos já muito mais primários que tem ido estruturando nossa personalidade.

De uma ou de outra forma não logramos nem a capacidade de gozo, nem a capacidade de trabalho, nem a liberdade interna, nem a projeção futura que fazem a felicidade. Isto nos obriga a recorrer a uma compenetração psicoterápica. Se isto ocorre, é obrigação do cientista não se encerrar, não se isolar em sua teoria peculiar nem em sua técnica mais ou menos bem estabelecida, senão, pelo contrário, deve tratar de observar o fenômeno como o clínico observa os fenômenos clínicos e comprovar a terapêutica como a comprova o experimentador clínico. Tudo é possível se não prejudica e se está baseado numa hipótese de trabalho elaborada sobre conhecimentos comprovados e comprováveis.

Os fenômenos contratransferenciais são, nesse sentido, possivelmente, os mais significativos para valorizar esta concepção. É assim que, baseado neles e seguindo a minha experiência como psicoterapeuta e psicanalista de crianças, tenho podido integrar uma técnica de trabalho, a qual aplico fundamentalmente em adolescentes, que agora estou aplicando também em adultos e que denominei a *interpretação lúdica adolescente*, baseado em conceitos em que o jogo, a dramatização, a compreensão psicodinâmica do processo terapêutico e da compreensão do aqui e agora unidos a uma capacidade expressiva e receptiva de paciente e terapeuta se exteriorizam de uma maneira categórica e firme facilitando assim a absoluta compenetração terapêutica (Knobel, 1983) e (Lieberman, 1971). Nesta interpretação lúdica adolescente, aceito que o indivíduo, adolescente ou adulto, chega, por momento, em seu relato ou em sua comunicação não verbal, a expressar uma quantidade de sentimentos que resumem sua concepção de seu mundo relacional fora da sessão. Captado, esse momento, em toda sua intensidade dramática, intervenho também dramatizando, mas com humor, até certo ponto ridicularizando no dramatismo a situação pessoa que se está desenrolando ante a mim, num cenário. Este *encontro cênico*, entre terapeuta e paciente, num dramatismo fora de contexto, serve como uma comunicação não-verbal que une e que facilita em última instância a verbalização esclarecedora e compreensiva.

Entendo que só assim se pode conseguir uma verdadeira ação terapêutica. Sem desmerecer nem um nem outro dos fenômenos que existem, mas sim, integrando-os produtivamente, a terapia adquire características cada vez mais científicas, mais valoráveis, mais adequadas talvez à índole do que o indivíduo se propõe conseguir neste contato conosco, quanto a nossa irrenunciável função de terapeutas.

---

### ABSTRACT

*A therapeutic relationship implies an encounter between a person who suffers and another one, adequately trained, who can or must intervene to allviate, better or eliminate the presenting pathological elements.*

*The main instrument is an interpretation, which is a verbally expressed working through of a whole psychodynamic conceptualization. Some verbal interventions formulated within other theoretical referential frameworks are also useful when confirmed by experience. The same can be said in regard to "actings", "dramatizations", and diverse non-verbal communication modalities.*

*Even an apparently verbal communication has also non-verbal elements which must be valued and utilized.*

*Transferential and counter-transferential phenomenae can be verbally or extraverbally expressed indicating the factibility of a possible therapeutic relationship.*

*The hysterical, fobic, obsessive, paranoid, melancholic, psychopathic, ambiguous and autistic relational modalities are generally expressed in a non-verbal way.*

*The different psychotherapeutic techniques must be evaluated without preconceptions in regard to its value as a referencial theoretical thought or its efficiency as a clinical instrument.*

*It is proposed that the concept of "playing adolescent interpretation" can be used as a verbal, dramatic, gestural and interpretative therapeutic model.*

*A conceptual integration is pursued, without theoretical dogmatism, valuing non-verbal techniques and the understanding of communication as the basic element in psychotherapy, without denying the hierarchic value of wording.*

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. — "*Psicanálise da Criança-Teoria e Técnica*". — Artes Méd., Porto Alegre, 1981.
- BACK, K.W. — "*Beyond Words*". Russell Sage Found., Nova Iorque, 1972.
- BERNE, E. — "*Juegos en que Participamos*". 2.<sup>a</sup> Ed. — Ed. Diana S.A., México, 1967.
- BLEGER, J. — "*Psicología de la Conducta*". EUDEBA, Buenos Aires, 1963.
- BLEGER, J. — "*Simbiose e Ambigüidade*". — F. Alves, Rio de Janeiro, 1977.
- DAVIS, F. — "*La Comunicación No Verbal*". 5.<sup>a</sup> Ed. — Alianza Ed., Madri, 1981.
- FAIRBAIRN, W.R.D. — "*Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*". Hormé, Buenos Aires, 1962.
- FREUD, S. — "*Papers on Technique*", em "*The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*". Vol. XII. The Hogarth Press, Londres, 1958.
- GREENSON, R.R. — "*Técnica y Práctica del Psicoanálisis*". 2.<sup>a</sup> Ed., Siglo XXI Ed., México, 1978.
- HOFFMAN, B. — "*Terapia Hoffman da Quaternidade*". Papirus, Campinas, SP., 1982.
- KLEIN, M. — "*Psicanálise da Criança*". 2.<sup>a</sup> Ed., Mestre Jou, São Paulo, 1975.
- KNOBEL, M. — Psicoterapia breve en la infancia. — Rev. Psiq. Psicol. Méd. Europa y Am. Lat. (Barcelona) 9(2):74-81; Abril/Junho, 1969.
- KNOBEL, M. — Factores estresantes y acontecimientos vitales en psiquiatria. — Actas Luso-Espanólas de Neurol., Psiq. y Ciencias Afines (Madri) 11(6):469-485, Nov./Dez., 1983.
- KNOBEL, M. — "*O Pensamento e a Temporalidade na Psicanálise da Adolescência*", em A. Aberastury e cols. "*Adolescência*", 2.<sup>a</sup> Ed. Revista; Artes Méd., Porto Alegre, 1983.
- KNOBEL, M. — "*La Formación en Psiquiatria de Adolescentes*", em S. Feinstein, E. Kalina, M. Knobel e B. Slaff (Eds.), "*Psicopatología y Psiquiatria del Adolescente*", Paidós-ASAPPÍA, Buenos Aires, 1973.
- LEVIN, J.G. — Enfoque fonoaudiológico y psicodinámico de un caso de tartamudez. Invst. Psicosomática (Buenos Aires), I (1):56-68, 1971.
- LEVINE, M. — "*Psicoterapia en la Práctica Médica*". El Ateneo, Buenos Aires, 1951.
- LIBERMAN, D. — "*Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*". Tomo II. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
- LIBERMAN, D. — "*Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*". Tomo I. Galerna, Buenos Aires, 1970.
- LIBERMAN, D. — "*Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico*". — Três tomos. Eds. Galerna/Nueva Visión, Buenos Aires, 1970/1972.

- MILLER, N.E. — "*Visceral Learning and Other Additional Facts Potentially Applicable to Psychotherapy*" em R. Porter, Ed. "*The Role of Learning in Psychoteherapy*", J. & Churchill Ltd., Londres, 1968.
- PAZ, C.A. — "*Analizabilidade*". Paidos, Buenos Aires, 1971.
- PLATONOV, K. — "*La Palabra como Factor Psicológico y Terapéutico*". — Edics. en Lenguas Extranjeras, Moscou, 1958.
- PORTER R. (Ed.) — "*The Role of Learning in Psychotherapy*". J. & A. Churchill Ltd., Londres.
- SMALL, L. — "*As Psicoterapias Breves*". Imago, Rio de Janeiro, 1974.
- SZPILKA, J.I. e KNOBEL, M. — Acerca de la psicoterapia breve. — Acta Psiq. Psicol. Am. Lat. (Buenos Aires), 14 (2):116-124; Junho 1968.
- WOLBERG, L.R. — "*The Technique of Psychotherapy*". Grune & Stratton, Nova Iorque, 1954.
- WOLBERG, L.R. — "*Psicoterapia Breve*". Ed. Gredos, Madri, 1968.

*Maria Angélica Roqui*

*Maria Izabel Cesar Cardia*

*Psicologia Clínica*

Rua Coelho Neto, 306 — Fone 8-0228

Campinas — São Paulo

**P A P E L A R I A E L I V R A R I A**  
**V A N R I C K**

**LIVROS E MATERIAL ESCOLAR**

**EM DOIS ENDEREÇOS PARA VOCÊ**

**Rua Cel Quirino, 532 — Fones 51-4866 e 51-4782**

**Rua Barão de Jaguara, 1331 — Fone 8-6450**

**Campinas — SP**