



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**O Lugar do Corpo na Prática Clínica do
Psicólogo**

Sandra Isabel Costa Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria da
Graça Duarte Santos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

O Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo

Sandra Isabel Costa Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria da Graça Duarte Santos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2018

Agradecimentos

À professora Doutora Graça Santos, pela orientação científica e motivacional deste trabalho, ferramentas sem as quais seria impossível conseguir concluí-lo;

A todos os psicólogos que, através da cedência de algum do seu tempo, aceitaram participar neste estudo. Esta investigação deve-vos o facto de existir;

À minha família, pela oportunidade dada para crescer e tornar-me melhor profissional e pessoa;

Aos meus amigos, pelas palavras de apoio, incentivo e confiança;

E por último, mas não nunca menos importante, ao Tiago, pelo amor incondicional que nutre a minha existência todos os dias.

A todos, muito obrigada!

O Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo

Resumo

A prática profissional clínica do psicológico baseia-se na intersubjetividade humana como mediador de promoção de saúde, desenvolvimento e adaptação, com enfoque nos múltiplos aspetos biopsicosociais que constituem o Ser Humano na sua dimensão corporal. O presente estudo estabelece como objetivo compreender o papel do Corpo na prática clínica profissional do psicólogo em Portugal. Os resultados indicam que maioria dos psicólogos concebem o Corpo como estrutura integrante da unicidade do sujeito, na sua vertente emocional, comunicativa e relacional, estando presente na prática clínica através da relação terapêutica, possibilitando a ligação e a comunicação entre terapeuta e cliente. Conclui-se com este estudo que, na perspetiva do psicólogo, o Corpo confere a possibilidade de vivência e expressão do mundo interno, constituindo-se como um mediador relacional facilitador do sucesso da intervenção clínica.

Palavras-chave: Corpo, Psicólogo, Prática profissional Clínica, Comunicação, Relação.

The Body on the Psychologist's Clinical Practice

Abstract

The Psychologist's clinical professional practice is based on the human inter subjectivity as a mediation to promote health, development and adaptation underlining the multiple biopsychosocial aspects who constitute the Human Being on its corporal dimension. This study aims to understand the Body's role on the Psychologist's clinical professional practice in Portugal. The results show that the majority of the psychologists conceive the Body as a structure integrated on the subject's unity, on its emotional side, communicative and relational, being present on clinical practice through the therapy relation, aiding the relationship and the communication between therapist and client. This study concludes that, from the psychologist perspective, the Body allows the possibility of living and expressing the inner world, building itself as a relational mediator facilitating the clinical intervention success.

Keywords: Body, Psychologist, Clinical Professional Practice, Communication, relationship.

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Índice	IV
Índice de Tabelas	VII
Índice de Anexos	VIII
Índice de Abreviaturas.....	IX
Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento teórico	3
Capítulo I – Corporeidade – Olhares Múltiplos sobre o Corpo.....	3
1.1. Perspetivas Histórico-Filosóficas.....	4
1.2. Perspetivas Sócio-culturais.....	5
1.3. Perspetivas da Psicologia.....	6
1.3.1. Abordagem Neuropsicológica	6
1.3.2. Abordagem Psicodinâmica	8
1.3.3. Abordagem Desenvolvimental	10
1.3.4. Abordagem Cognitivo-comportamental	12
1.3.5. Abordagem Transpessoal	13
Capítulo II – Corpo – Subjetividade e Relação	15
2.1. A Construção da Subjetividade no Indivíduo	15
2.1.1. Corpo e primeiras relações do bebé.....	15
2.1.2. Corpo e construção do psiquismo	16
2.1.3. Corpo e possibilidade de comunicação	17
2.2. O Corpo Intrasubjetivo	18

2.2.1. Imagem do Corpo.....	18
2.2.2. História Vivencial do Corpo.....	20
2.3. O Corpo Intersubjetivo	21
2.3.1. Comunicação não verbal	21
2.3.2. Presença, escuta e ação.....	24
Capítulo III – Corpo e Relação Clínica	25
3.1. O Encontro Clínico	25
3.2. O Corpo e a Relação Terapêutica	27
3.2.1. Na clínica médica	27
3.2.2. Na clínica psicológica/psicoterapêutica	28
Parte II - Estudo empírico.....	31
Capítulo IV - Metodologia	31
4.1. Objetivos	31
4.2. Participantes.....	33
4.3. Procedimentos	33
4.4. Instrumentos de avaliação	34
4.5. Análise e tratamento dos dados	35
Capítulo V - Apresentação de resultados	36
5.1. Análise Sociodemográfica	36
5.2. Análise de Conteúdo.....	42
5.2.1. Tema I – Dimensão Corporal – Elementos.....	42
5.2.2. Tema II – Dimensão Corporal – Presença na Prática Clínica.....	45
5.2.3. Tema III – História Pessoal e Vivência Corporal	49
5.2.4. Tema IV - Papel do Corpo na Relação Terapêutica	53
Capítulo VI - Discussão de resultados	58
Conclusões	69

Referências bibliográficas	71
Anexos	78

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características Gerais da Amostra.....	36
Tabela 2 - Grau Acadêmico da Amostra.....	36
Tabela 3 - Área de Especialização da Amostra.....	37
Tabela 4 - Tempo de Serviço.....	38
Tabela 5 - Anos de Experiência Profissional enquanto Psicólogo(a) Clínico(a).....	38
Tabela 6 - Formação Psicoterapêutica.....	38
Tabela 7 - Sociedades/Associações/Formação.....	39
Tabela 8 - Número de Formações Psicoterapêuticas em Sociedades/Associações/Outras por Participante.....	41
Tabela 9 - Dimensão Corporal - Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens.....	43
Tabela 10 - Dimensão Corporal - Presença na Prática Clínica: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens.....	46
Tabela 11 - História Pessoal e Vivência Corporal: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens.....	50
Tabela 12 - Papel do Corpo na Relação Terapêutica: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens.....	54

Índice de Anexos

Anexo I - Declaração de consentimento informado.....	79
Anexo II - Pedidos de colaboração	80
Anexo III - Questionário "O Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo"	83
Anexo IV - Grelha de análise temática e categorial	84

Índice de Abreviaturas

M – Média

DP – Desvio-Padrão

Introdução

O Corpo e os seus aspetos inerentes são objeto de estudo e interesse investigativo transversal a diversas áreas, onde se inclui a prática clínica (Chung, Lee, Chang, Kim, Lee, Park & Chae, 2012; Greenberg & Rushanski-Rosenberg 2002 cit in., Leijssen, 2006).

Enquanto campo da Psicologia, a Psicologia Clínica caracteriza-se pelo estudo dos sujeitos, por observação ou com recurso à experimentação, com a intenção de promover mudança (Compas & Gotlib, 2002). Promove em simultâneo a adaptação humana, o ajuste e o desenvolvimento pessoal, com enfoque nos aspetos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais, que apresentam funcionamentos distintos em diversas culturas e níveis socioeconômicos (Cullari, 2001 cit in., Borsa & Nunes, 2008; Sundbergs et al., 2002 cit in., Borsa & Nunes, 2008). O objeto e método da prática profissional clínica psicológica assenta sobre a natureza subjetiva e individual de cada sujeito. Procura entendê-lo enquanto pessoa que pensa, sente, fala e constrói sentidos expressos, criados e modificados no seio dessa mesma relação de subjetividades, localizado num determinado hiato espaço-temporal (Dutra, 2004, Nery & Costa, 2008).

A presente investigação estabelece como objetivo geral a compreensão do papel e relevância atribuídos ao Corpo e à dimensão corporal na prática clínica do psicólogo, e como objetivos específicos: conhecer, na perspetiva do psicólogo, que aspetos integram a dimensão corporal; conhecer de que modo esta dimensão corporal está presente na prática clínica; conhecer elementos da história e vivência pessoal do psicólogo que influenciam a dimensão corporal presente na sua prática clínica; e por último; conhecer a perspetiva do psicólogo sobre o papel do Corpo no estabelecimento da relação terapêutica.

Como tal, encontra-se organizada em duas partes, englobando seis secções distintas (Introdução, Enquadramento teórico, Estudo empírico, Apresentação de resultados, Discussão de resultados e Conclusões).

A primeira secção engloba um breve enquadramento do estudo, juntamente com a apresentação dos objetivos e estrutura do mesmo. Na segunda secção encontra-se todo o suporte teórico que possibilita a compreensão da pertinência da investigação, subdividida em três capítulos: O Capítulo I debruça-se sobre o conceito de Corporeidade presente em diversas perspetivas científicas, com particular ênfase na Psicologia, o Capítulo II explora o papel e contributo do Corpo na construção da subjetividade do sujeito enquanto ser relacional e o Capítulo III debruça-se sobre a importância do Corpo na relação clínica. A terceira secção contém a metodologia de investigação utilizada - objetivos; informação sobre a caracterização dos participantes; procedimentos de recolha de dados e instrumentos de avaliação; e análise e tratamento dos dados recolhidos. A quarta secção apresenta os resultados obtidos pela investigação, sendo que na quinta secção procede-se à sua discussão. Na sexta e última secção são expostas as conclusões alcançadas, juntamente com as limitações do estudo e direções futuras.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo I – Corporeidade – Olhares Múltiplos sobre o Corpo

O conceito de Corporeidade (ou *Embodiment*, utilizando a terminologia inglesa) insere-se no pensamento de Merleau-Ponty, filósofo francês pertencente à corrente fenomenológica, estabelecendo relação com a percepção, os pensamentos, as significações, as intenções e os desejos. Alguns autores associam deste modo, que a própria experiência de vida no mundo estaria essencialmente relacionada ao tipo de Corpo que cada um possui (estrutura, forma, deficiências, limitações) (Overton, 1997 cit in., Scorsolini-Comin & Amorim, 2008). Partindo dessa mesma base, e apoiando-se de forma específica em conceitos oriundos da fenomenologia merleau-pontyana, Polak (1997, p. 37 cit in., Scorsolini-Comin & Amorim, 2008) define corporeidade como:

“(...) mais que a materialidade do corpo, que o somatório de suas partes; é o contido em todas as dimensões humanas; não é algo objetivo, pronto e acabado, mas processo contínuo de redefinições; é o resgate do corpo, é o deixar fluir, falar, viver, escutar, permitir ao corpo ser o ator principal, é vê-lo em sua dimensão realmente humana. Corporeidade é o existir, é a minha, a sua, é a nossa história.”

Salientando o seu caráter mutável e ativo, Berg & Harterink (2004) defendem que *Corporeidade* não aponta para a existência de uma estrutura biológica pré-concebida. Esta encerra em si mesma o Presente enquanto instância temporal e, conseqüentemente, o processo contínuo de delineamento e fundamentação da entidade que representa, apontando para uma dimensão do "Ser no Corpo."

Para Kossak (2009), *Corporeidade* refere-se a uma forma de inteligência centrada no Corpo, que permite o acesso ao conhecimento e experimentação do mundo. Para o autor, a inteligência corpórea ou corporificada utiliza informação proveniente, essencialmente, dos proprioceptores relacionados com o sistema nervoso para atribuir significado à mente consciente. Gardner (1993 cit in., Kossak, 2009) encara este tipo de

inteligência como a capacidade de usar o Corpo de um modo altamente diferenciado e qualificado para fins expressivos e dirigidos ao alcance de objetivos.

Enquadrando o termo de uma forma mais direta no universo investigativo, Koch & Fuchs (2011, p. 276) denominam *Corporeidade* como “o campo de pesquisa no qual são investigadas as influências recíprocas do Corpo como um organismo vivo, animado e em movimento, por um lado, e a cognição, emoção, percepção e ação, do outro, respeitantes às funções expressivas e impressivas dos níveis individual, inter-relacional e extensivo”.

1.1. Perspetivas Histórico-Filosóficas

A Filosofia apresenta-se do ponto de vista histórico como a primeira área do saber a debruçar-se sobre o Corpo, procurando entender e explicar qual o seu lugar e dinâmica no Ser Humano. Um desses filósofos, Platão (Platão, 1989; Oliveira, 2012), perspetivou-o como o cárcere da Alma, elemento de corrupção e oposto/oposição ao elemento fundamental, a Alma, que, para o filósofo se apresenta como preexistente ao Corpo, sobrevivendo à destruição do mesmo. Posteriormente, um dos seus mais ilustres alunos, Aristóteles, introduz uma nova perspetiva ao distinguir, de forma lógica, a mente que conhece - o sujeito - do objeto, sustentando, contudo, que os dois seriam inseparáveis, e evidenciando entre eles uma interdependência funcional (Aristóteles, 2001). Seguindo a perspetiva de cisão entre o biológico e o psíquico da escola de pensamento platónica, no século XVIII, René Descartes concebe o Homem constituído por duas substâncias distintas na sua essência e independentes por princípio: o Pensamento (*res cogita* – substância pensante), dado por Deus, e o Corpo (*res extensa* – substância extensa), submetido às leis do movimento e da mecânica, como qualquer outro objeto físico presente no mundo (Descartes, 1991; Scorsolini-Comin et al., 2008). A realidade extensa, material, torna-se assim o âmbito próprio para a investigação científica, podendo ser concretamente investigada, explicada, prevista e controlada, e fazendo assim emergir o modelo biomédico mecanicista (onde o enfoque passa pela (a)normalidade biológica, taxonomia e aspetos universais da patologia) e impulsionando a investigação nas chamadas ciências físicas e biológicas (Descartes, 1991; Ribeiro, 2005).

Em forte oposição ao racionalismo, causalismo, determinismo e reducionismo aplicados às ciências do Homem, surgem vozes que se enquadram na perspectiva fenomenológico-existencial como as de Kierkegaard, Sartre, Merleau-Ponty e Heidegger. Para estes filósofos, a verdade no que diz respeito à existência humana, não pode ser/estar estritamente condicionada a certezas quantificáveis na medida em que essa mesma vivência não é previsível, nem se enquadra numa lógica matemática. O seu processo é tão ambíguo quanto paradoxal (Escoval, 1999; Greening, 1975; May, 1961; Ribeiro, 2005; Sprinthall & Collins, 2003). Focando em particular a perspectiva Merleau-Pontyana, o Corpo é encarado como um elemento ativo na construção da subjetividade, na medida em que exerce influência sobre o meio, como simultaneamente sofre influência de forças exteriores e determinações que constituem o ambiente circundante (Dentz, 2008; Merleau-Ponty, 1994, cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008; Merleau-Ponty, 1999). O Corpo apela ao mundo e conecta-se com ele através dos órgãos dos sentidos, permitindo assim a vivência experiencial, sendo a unidade do Eu apreendida na produção e interação com o objeto (Merleau-Ponty, 1999; Rodrigues, 2005). Desta forma, o Corpo estabelece com o exterior uma reação pré-objetiva, pré-consciente e de caráter dialético, constituindo a expressão e a realização da existência. Para o autor, a pessoa é o seu corpo, o seu mundo e a sua situação, introduzindo a distinção entre Corpo sujeito e Corpo objeto ao afirmar que “(..) não estou diante do meu corpo, estou no meu corpo, ou antes sou o meu corpo.” (Merleau-Ponty, 1999, p. 207-208; Scorsolini-Comim et al., 2008).

Em suma, o Corpo é um conjunto de significações vividas e a produção de novas significações nele se dá enquanto entidade situada num mundo (Merleau-Ponty, 1994, cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008; Serlin, 1996).

1.2. Perspetivas Sócio-culturais

Em diferentes abordagens antropológicas, o Corpo é visto como uma construção social e cultural, e não como um dado natural, sendo produto e produtor de regras e valores culturais. Marcel Mauss (1971), um dos primeiros antropólogos a trazer para discussão o tema junto dos seus pares, evidenciou o que considerou tratar-se de “técnicas corporais”, considerando-as como um “facto social total”, ou seja, como um fenómeno que engloba diferentes dimensões da experiência social e individual

(incluindo o psicológico, o social e o biológico), e que se consubstanciam com a forma como os homens sabem servir-se dos seus corpos. Entre estas técnicas encontram-se determinadas ações como caminhar, dormir, escavar, nadar, parir, sentar, comer, entre outros, que variam de cultura para cultura (Bernard, 1995; Fonseca, 2005; Mauss, 1971).

Considerando o Corpo como “uma superfície na qual se insere o Social” (Aldridge, 1996, p. 106), Michel Foucault descreve-o como o local onde os discursos se inscrevem, tratando-se assim de um ponto essencial das relações produtivas de poder, cuja existência material não é conjeturada e separada da sua própria existência social. Para Foucault, o Corpo físico não é mais do que o produto ou artefacto do mundo sociopolítico, sendo o seu efeito no Corpo individual, um efeito total (Milles, 1998). Como Corpo controlado e/ou construído, este deve subjugar-se à cultura e aos seus mecanismos disciplinadores, regidos por diferentes instituições de poder (regimes políticos, escolas, hospitais, prisões, entre outros) (Greiner & Katz, 2001).

Nas sociedades ocidentais atuais, a manipulação dos corpos encontra-se fortemente enraizada, impulsionada pela cultura tecnológica. Esta, apoiando-se na evolução crescente das ciências biotecnológicas (que visam a promoção e racionalização da qualidade de vida), olha para o Corpo como uma junção de fragmentos (órgãos, fluídos corporais e estados corpóreos), tornando-o um objeto alvo de forte vigilância e controlo ao promover a sua autoconsciência e autovigilância (Balsamo, 1995). Culturalmente desejável e desenvolvido através de dieta e exercício físico, o seu carácter “mercantil” é expresso pelos Media mediante uma representação sexualizada dos corpos atléticos, onde é exaltada a beleza do corpo magro na mulher e musculado no homem (Aldridge, 1996; Balsamo, 1995).

Desempenhando um papel ativo na expressão da vivência em sociedade, o Corpo espelha o resultado do impacto sociológico na vida humana.

1.3. Perspetivas da Psicologia

1.3.1. Abordagem Neuropsicológica

A Neuropsicologia humana visa o estudo da relação cérebro-comportamento/funções cognitivas, tendo como principal objetivo a compreensão da

forma como os diferentes mecanismos cerebrais se encontram na base de funções mentais superiores como a linguagem, a atenção, a memória, a resolução de problemas, entre outras (Manning, 2012), o que faz dela, necessariamente, uma área multidisciplinar, que se apoia fundamentalmente nos pressupostos teóricos das neurociências e da psicologia (Fuentes, Malloy-Diniz, Camargo & Cosenza, 2008). Apesar de ser um ramo do saber relativamente recente [o termo neuropsicologia foi utilizado pela primeira vez em 1913, numa conferência realizada por Sir William Osler, nos Estados Unidos (Bruce, 1985 cit in., Fuentes et al., 2008)], os seus pilares têm vindo a ser desenvolvidos há séculos (os escritos mais antigos descobertos contendo informações acerca do sistema nervoso remontam a 1700 a.C, presumindo-se serem da autoria do médico egípcio Inhotep), tendo como ponto de partida a procura pela compreensão sobre a relação entre o organismo e os processos mentais (como o sistema nervoso modula as funções cognitivas, comportamentais, motivacionais e emocionais) (Fuentes et al., 2008; Pinheiro, 2005).

Considerado como um dos pais da neuropsicologia moderna, Aleksandr Lúria (1902-1977) contribuiu de forma significativa para a inauguração de um novo conceito, o de função cerebral, contrapondo as ideias vigentes na corrente localizacionista, que dominava o pensamento neurocientífico no princípio do século XX (para os localizacionistas, o cérebro atua de forma fragmentada, sendo cada uma das áreas responsáveis pelo desempenho de uma determinada função, que se perderia caso essa área fosse comprometida anatomicamente) (Fuentes et al., 2008; Pinheiro, 2005). Para Lúria, a compreensão do papel das estruturas cerebrais sobre o funcionamento psicológico superior passa pela revisão radical do conceito de função psíquica, pela mudança radical dos enfoques essenciais subjacentes aos princípios da localização cerebral dessas funções, e pela redefinição do conceito de sintoma. Em 1981 (cit in., Hazin, Leitão, Garcia, Lemos & Gomes, 2010) define função como atividade de adaptação presente em todos os organismos. Seria uma atividade complexa, exercida por um conjunto de órgãos. Como tal, não é possível determinar, ou circunscrever uma função a uma determinada área do córtex cerebral. Deste modo, as funções complexas do comportamento têm um funcionamento que consiste numa tarefa constante, levando a um resultado igualmente constante, mas que pode, entretanto, ser desempenhada por mecanismos diversos, logo, variáveis. O modelo teórico Luriano encerra em si mesmo

uma perspetiva desenvolvimental, na medida em que atribui enfoque ao processo em detrimento do produto (o sujeito pode atingir níveis de desenvolvimento e aprendizagem por caminhos diferentes do esperado ou habitual) constituindo assim uma das premissas base da reabilitação neuropsicológica. Contrariamente ao que acontece com as funções mentais inferiores, as formas superiores do funcionamento humano não estão limitadas a áreas específicas do cérebro. A estrutura complexa de tais processos é erguida durante a ontogénese, encontrando-se baseada inicialmente em ações motoras, que se transformam em ações mentais, tal como postulou Vygotsky (1996 cit in., Hazin et al., 2010).

Partindo deste pensamento, Fernandes & Pinho (2007) salientam a importância da motricidade numa primeira fase do desenvolvimento da inteligência neuro-motora. Esta (a motricidade) não só ativa a estrutura do Corpo, como também é desencadeadora de mudanças ao nível da estrutura das células nervosas, levando, conseqüentemente, a mudanças nas estruturas comportamentais, mediante a ativação de circuitos bioquímicos e neuronais.

António Damásio (2003 cit in., Rodrigues, 2005), um dos mais brilhantes investigadores dedicados ao estudo do cérebro da atualidade (em particular da neurociência da mente e do comportamento), afirma por sua vez que a existência da Mente só é possível graças a um Corpo que fornece os seus conteúdos básicos. Por outro lado, a Mente desempenha várias tarefas úteis ao Corpo nomeadamente, o controlo da execução das respostas automáticas para um determinado fim e a antecipação e planeamento de respostas novas. As imagens que circulam na Mente são o reflexo da interação entre o organismo e o ambiente, estando as próprias motivações e emoções dependentes deste funcionamento.

O Corpo, enquanto agente em constante contacto e interação com o meio, permite e potencia o desenvolvimento neurológico.

1.3.2. Abordagem Psicodinâmica

O Corpo e as suas representações mentais encontram-se na base da fundação do sentido de self (Cash & Pruzinsky, 2002). Desde Freud que a perspetiva do Corpo foi trazida para a psicologia. Para Freud (1923/1925) o *Ego* é, antes de mais nada, um *ego* corporal, sendo o *self* corporal um termo referente à combinação da experiência

física das sensações corporais, funções corporais e imagem corporal, que procura desenvolver-se através das trocas com o meio, que por sua vez é provedor de uma matriz simbólica significativa. O organismo humano não só reage aos diferentes estímulos físicos presentes no ambiente, produzindo sensações, como ele próprio é recetor de excitação proveniente do interior do corpo - os “estímulos” pulsionais (ou pulsões sexuais e de autoconservação, segundo a primeira teoria pulsional Freudiana). Estes estímulos são forças provenientes do *Id*, que representam as exigências feitas pelo Corpo à Mente, encontrando-se na origem de toda a atividade psíquica. A par desse facto, são também responsáveis pelo atual nível de desenvolvimento do aparelho psíquico e sistema nervoso humanos (Freud, 1915 cit in., Leo & Vilhena, 2010).

Acompanhando esta ideia, outros psicanalistas ressaltam o papel central do Corpo na construção, organização e unicidade do Eu nas suas obras. Fazendo uma espécie de paralelismo ao conceito de *Ego* corporal mencionado acima, Anzieu elabora o conceito de Eu-pele – uma configuração onde ocorre a formação do Eu da criança, onde a experiência da superfície corporal, do decurso das fases precoces do desenvolvimento infantil, é o ponto de partida para o desenvolvimento psíquico e representação mental do próprio. Como tal, toda a atividade psíquica surge mediante uma base onde se encontra a atividade biológica (Anzieu, 1995; Leo et al., 2010). Winnicott, em *Through paediatrics to psycho-analysis*, afirma que o bom ambiente psicológico é, na sua génese, um ambiente físico, estando a criança no centro e onde as suas necessidades são bem atendidas. Com o passar do tempo, este ambiente físico desenvolve uma nova característica, inserida num universo descritivo, como o universo emocional, psicológico ou social (Winnicott, 1975). Para o autor, a esmagadora maioria do cuidado físico prestado pela mãe à criança funciona como veículo facilitador da obtenção de um psiquesoma que viva e trabalhe em harmonia consigo mesmo (Winnicott, 1967 cit in., Leo et al., 2010; Winnicott, 1999 cit in., Leo et al., 2010). Referenciando por último a obra de Bernard Golse, a constituição das bases narcísicas situa-se no encontro entre os corpos de mãe e filho e no vínculo que daí advém. Do contacto e investimento materno emergem o sentimento do Eu e a diferenciação entre objeto externo e interno, lançando a criança à descoberta dos objetos e ampliando desta forma o contacto com o mundo que a rodeia (Golse, 2002). Aos olhos de Golse, a instauração do narcisismo primário permitirá a passagem futura do ser à pessoa, pois

enquanto processo de ligação absolutamente fundamental e fundador, “leva o bebê a sentir-se gradualmente existir de uma forma contínua e unificada e a representar para si, quanto mais não fosse inconscientemente, o seu próprio espaço psíquico e o seu próprio pensar (Golse, 2002, p. 127).”

O Corpo representa a base edificadora da instância psíquica, através do investimento materno, que numa primeira fase é expresso pela contacto físico e supressão das necessidades biológicas da criança.

1.3.3. Abordagem Desenvolvimental

A psicomotricidade tem vindo a assumir junto da Psicologia do Desenvolvimento cada vez mais importância e destaque. Segundo a teoria Psicogenética de Wallon (1970), o conjunto das faculdades e características psicofísicas associadas à capacidade de movimento no ser humano, é concebida como um eixo fundamental para a compreensão do desenvolvimento. Todo o movimento é dotado de significado psicológico, ocorrendo no processo de construção humana uma integração orgânicosocial, o que também vai de encontro às ideias de autores como Vygotski e Lúria (Dantas, 1992 cit in., Filho, Ponce & Almeida, 2009; Wallon, 1970).

Fonseca (1989) sublinha o papel da motricidade no desenvolvimento intelectual ajustado. Para este autor, a motricidade, mediante a totalidade expressiva que a caracteriza de forma intrínseca, é o meio edificador e manifestador da consciência. Tratando-se de um pré-requisito à mielinização, é esta (a motricidade) que leva ao desenvolvimento cerebral.

Os estudos de Jean Piaget também influenciam fortemente o estudo da psicomotricidade, visto que as ações motoras representam um papel importante e fundamental no acesso ao conhecimento (Fernandes et al., 2007; Fonseca, 1989). Essas mesmas ações motoras atuam em diferentes níveis no desenvolvimento das funções cognitivas, no sentido em que “Todos los mecanismos cognoscitivos reposan en la motricidade” (Pérez, 1994, p. 36 cit in., Fernandes et al., 2007). A ênfase atribuída à relação entre a motricidade e a inteligência assenta na convicção de que o pensamento é ação sobre os objetos. Como tal, Piaget considera que a motricidade interfere na inteligência antes da aquisição da linguagem, na medida em que o movimento constrói um sistema de esquemas de assimilação, e organiza o real a partir

de estruturas espácio-temporais e causais. Assim sendo, quando as percepções e os movimentos estabelecem relação com o meio exterior, compõem a função simbólica geradora da linguagem, e esta, por sua vez, irá originar a representação e o pensamento (Fonseca, 1989).

Ao longo do desenvolvimento humano, verifica-se uma mutabilidade de papéis, significados e vivências atribuídos ao Corpo. Na infância, o Corpo em movimento e a experimentação corporal permitem que a criança descubra, conheça e atribua sentido e significado ao meio envolvente, e neste sentido, atua como um agente que busca obter conhecimento sobre o que lhe é externo, para que se possa desenvolver. Durante a fase da adolescência, caracterizada por um conjunto vasto de mudanças corporais que visam a maturação orgânica, através do desenvolvimento dos órgãos sexuais, o Corpo, na medida em que as transformações que nele ocorrem, o que com ele é possível e desejável fazer, assume um lugar central na vida do jovem adolescente, investido de um valor de experimentação e exploração pessoal, assim como de expressão e reconhecimento social (Pais, Bendit & Ferreira, 2012). O adolescente está, pois, fundamentalmente ocupado na tarefa de construir-se a si mesmo, ocupado com um corpo que se transforma, que desperta desejo e sente desejo pelos demais corpos (Favilli, 2005 cit in., Barbosa, Matos & Costa, 2008). O Corpo, a aparência e os sentimentos relacionados com a vivência corporal, constituem um dos temas centrais apontados pelos adolescentes quando questionados acerca de coisas que os façam sentir bem consigo mesmos (Barbosa et al., 2008). Por sua vez, no processo de envelhecimento, as limitações corporais e a consciência da temporalidade são problemáticas fundamentais, surgindo de forma recorrente no discurso dos idosos. Este é um período pautado por perdas significativas do ponto de vista pessoal, profissional e relacional. Perde-se a beleza física padronizada e cultivada socialmente, a função reprodutiva, a saúde plena, o trabalho, os colegas de tantos anos, os amigos, a família e o bem-estar económico, o que leva, inevitavelmente, à perda da extensão infinita do futuro que acompanhara o sujeito até então. Sem a saúde, a beleza e o vigor de outrora, o Corpo, confrontado com a sua própria deterioração, consciencializa-se com o carácter finito da vida humana (Goldfarb, 1998).

O Homem constrói-se e desenvolve-se pela ação realizada através do Corpo, juntamente com a interligação estabelecida entre essa mesma ação e o universo

sociocultural circundante. O Corpo, e os mais diversos aspetos que lhe são inerentes, encontram-se presentes em todas as fases do desenvolvimento humano, desde a infância até à velhice, exercendo um papel fundamental na formação e edificação do sujeito.

1.3.4. Abordagem Cognitivo-comportamental

O modelo de intervenção psicológica cognitivo-comportamental integra em si técnicas e conceitos oriundos do cognitivismo (que foca o trabalho terapêutico sobre os fatores cognitivos presentes na etiologia e manutenção da patologia) e comportamentalismo (que mediante o conhecimento das leis gerais do comportamento, proporciona a compreensão dos fatores que o mantêm, possibilitando meios que visam a alteração das condições inadequadas) (Bahls & Navolar, 2004). Para a criação deste paradigma, para além do reconhecimento e desenvolvimento obtido pela terapia comportamental no decorrer da década de 70, contribuíram as ideias de Lang, Rachman, entre outros (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clarck, 1997 cit in., Bahls et al., 2004), de que um problema psicológico poderia ser compreendido sob três enfoques diferentes (ou “três sistemas”) ligados entre si - comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico.

Assim sendo, o Corpo encontra lugar junto da abordagem cognitivo-comportamental no modelo de avaliação E.O.R.C. (S.O.R.C) de Goldfried e Sprafkin (1976 cit in., Gonçalves, 2000), que tem como objetivo identificar os vários subcomponentes da descrição comportamental e cognitiva – avaliação do estímulo (E), avaliação do organismo (O), avaliação da resposta (R) e avaliação das consequências (C). As variáveis do organismo são as diferenças individuais trazidas pelo cliente à situação de consulta, tais como: variáveis genéticas e variáveis fisiológicas. Estas, não se tratando de elementos fundamentais da descrição comportamental e cognitiva, desempenham um papel subsidiário de extrema relevância na definição de um diagnóstico diferencial e na análise das potenciais limitações de determinado tipo de tratamento (Gonçalves, 2000).

O Corpo e os aspetos que lhe são inerentes enquanto organismo vivo, dotado de uma genética e fisionomia próprias, contribui para a compreensão do funcionamento psicológico.

1.3.5. Abordagem Transpessoal

A psicologia transpessoal foca-se na exploração de diferentes estados de consciência, aspetos ontológicos, dimensão do self, valores e potenciais evolutivos e bem-estar psicossocioespiritual. Pretende assim potenciar o desenvolvimento humano, levando-o a um nível que ultrapassa a esfera pessoal (Silva, 2008). Tratando-se de uma abordagem holística do ser humano, autores desta corrente de pensamento e prática psicológica, como Maslow e Weil, afirmam a existência de várias necessidades humanas a satisfazer para que não ocorra desajustamento psicológico. Na base desta hierarquia encontramos as necessidades diretamente relacionadas com organismo enquanto instância biológica e fisiológica. O bem-estar corporal revela-se então como ponto de partida para o alcance de outros níveis de satisfação cada vez mais complexos (Silva, 2008). John Battista, ao debruçar-se sobre o conceito de experiência unitiva, desenvolveu juntamente com outros autores o modelo de oito níveis de consciência, que se relacionam entre si de forma hierárquica. O primeiro nível abrange a interação física pura, o segundo nível envolve a percepção através de dados sensoriais, e o terceiro nível inclui afetos que funcionam como unidades conscientes. No quarto nível as emoções são corporificadas, correspondendo ao quinto nível a consciência reflexiva ou cognição e ao sexto nível a autoconsciência, onde a cognição pode operar na imaginação. O sétimo nível refere-se à informação sobre a autoconsciência (ou consciência de se ser consciente) e o oitavo nível abarca o universo como um todo ou como uma consciência transcendente (Battista, Scotton & Allan, 1996 cit in., Kossak, 2009).

Como ferramenta de apoio à concretização do potencial humano, a psicologia transpessoal recorre a técnicas de origem milenar, como o yoga, a meditação e o mindfulness, assim como outras técnicas de libertação psicocorporais e de controlo respiratório. Relativamente à técnica de mindfulness (atenção plena), o resultado mais importante desta prática, no que diz respeito à respiração, é a percepção do ato de respirar como um elo de ligação entre o consciente e o subconsciente, encarando-o como fenómeno físico que simboliza o Corpo, de forma abrangente, assim como possibilita a inclusão de elementos psicoespirituais (Kossak, 2009; Rowan, 2000).

A saúde mental, assim como a concretização de todo o potencial humano assentam numa vivência positiva, harmoniosa e consciente do Corpo.

Mediante a reflexão e análise realizada sobre as abordagens psicológicas acima elencadas, é possível constatar a assunção da influência do Corpo na origem e compreensão dos processos mentais e funcionamento psicológico.

Capítulo II – Corpo – Subjetividade e Relação

A subjetividade (tudo o que é relativo ou referente ao sujeito) encontra-se organizada por processos e configurações que se interpenetram permanentemente, estão em constante desenvolvimento e encontram-se vinculados à inserção simultânea do sujeito noutro sistema igualmente complexo – o sistema social (Molon, 2011). O Corpo é assim uma estrutura que não só emite um olhar sobre si mesmo (o Corpo da experiência subjetiva), como também partilha o simbolismo, a cultura e o sistema de crenças da sociedade que integra. A história do Corpo humano, enquanto Corpo detentor de uma história única, irrepetível e interpretável livremente, funde-se com a história social e cultural – a história de “conceitos” de Corpo, a fim de gerar a unidade múltipla que se realiza na relação Eu-Outro - o Sujeito (Molon, 2003 cit in., Molon, 2011; Pais et al., 2012).

2.1. A Construção da Subjetividade no Indivíduo

Compreendida em termos conceptuais como o que diz respeito ao indivíduo, ao psiquismo e/ou à sua própria formação, a subjetividade remonta ao universo interno, que se encontra em relação dialética com a objetividade, que por sua vez corresponde ao universo externo (Silva, 2009). O fenómeno subjetivo deverá assim ser concebido como algo que se constitui na relação com o mundo material e social, apenas existente mediante a atividade humana (Bock, 2004 cit. in., Silva, 2009).

2.1.1. Corpo e primeiras relações do bebé

Ao percorrer atentamente a literatura, verifica-se o papel desempenhado pelo Corpo como o principal mediador da vinculação precoce. Aquando do nascimento, o ser humano não possui ainda a capacidade de suprimir sozinho necessidades biológicas, para que possa sobreviver e desenvolver-se, dependendo absolutamente dos progenitores (principalmente a mãe) como figuras cuidadoras. Esta relação é o ponto de partida para o desenvolvimento da psique humana e da capacidade de entender o outro e fazer-se também entender, ou seja, o ponto de partida para expressão e comunicação (Santos, 2006). É nesta prestação de cuidados e de atenção permanente ao bebé [pois a necessidade da presença do objeto é tão primária quanto a necessidade

de alimento e conforto (Ramires & Schneider, 2010)] que toda a realidade sensorial e perceptiva se organiza de forma gradual, permitindo o conhecimento dos limites corporais do mesmo e do Outro. Neste processo ocorre o princípio da personalização (Fonseca, 2005; Pallaro, 1996).

Para Robert-Ouvray (1997 cit in., Rodrigues, 2005), à nascença, os domínios motor e psíquico do bebé ainda se encontram por definir. Contudo, o sistema tónico inato permite-lhe distinguir, de uma forma primária, sensações agradáveis e desagradáveis. O desenvolvimento da criança, está nesta fase inicial muito regulado pela relação corporal mãe-bebé. Devido a essa dependência maturacional, o Corpo torna-se sujeito se colocado no interior de um espaço relacional definido pela ligação ao corpo maternal, mediante a tensão do desejo (Rodrigues, 2005).

2.1.2. Corpo e construção do psiquismo

Resgatando a ideia de *self* corporal deixada por Freud como a estrutura primordial para o estabelecimento das restantes instâncias psíquicas, Winnicott (1975; Fonseca, 2005) considera que a personalização corporal do bebé, à luz do paradigma fundamental Corpo e Personalização, desenrola-se em três processos interativos entre a díade mãe-filho: *Integração* (processo de unificação sensório-motora do Eu, com base no narcisismo primário que do qual decorre a ligação do sentimento de existir); *Holding* (processo de transportar, segurar, e pegar ao colo a criança, que caracteriza o conjunto de práticas corporais aliadas aos cuidados maternos) e *Handing* (processo de manipulação e gestualização indutora de conforto e prazer, onde existe um investimento por parte da mãe massivo e afetivo, que no seu conjunto permite o desenvolvimento das experiências securizantes, confortantes e fundadoras da personalidade). É com o apoio neste tipo de cuidado maternal que a criança vai deixando o vínculo corporal já estabelecido com a mãe para se focar no próprio corpo e funções motoras. A pele passa então a ser a fronteira entre o Eu e o não-Eu, iniciando a personalização, que será consolidada na relação com novos objetos.

A obra de Ajuriaguerra vai de encontro à opinião do autor, afirmando que é com o Corpo que a criança elabora todas as suas experiências vitais e organiza a sua personalidade única, total e evolutiva (Ajuriaguerra, 1981 cit in., Fonseca, 2005; Ajuriaguerra & Angelergues, 1962 cit in., Fonseca, 2005).

Ainda na linha do desenvolvimento psicomotor, Wallon (1968; Fonseca, 2005) encara a motricidade como a primeira estrutura de relação e correlação com o meio (primeiro com os outros e depois com os objetos), que levará à edificação do psiquismo, constituindo-se na primeira forma de expressão emocional e de comportamento.

A relevância do aparelho biológico para desenvolvimento intelectual também se encontra presente no pensamento de Jean Piaget e Bryant Cratty. Para o primeiro, resultando a inteligência da experiência do indivíduo, é através da mesma sob a forma de ação que o sujeito simultaneamente integra e incorpora o mundo exterior e o vai transformando. Essa transformação dá-se através dos processos de assimilação e acomodação (Piaget, 1986). Por sua vez, Cratty (1968a, 1968c, 1973a cit in., Fonseca, 2005), com base nas múltiplas relações entre motricidade e inteligência, formula os seguintes princípios:

- A precisão da motricidade é essencial à expressão da inteligência;
- A situação motora é o meio ideal para o desenvolvimento dos níveis de vigilância e atenção;
- A participação lúdica auxilia a aquisição das noções simbólicas fundamentais para a aprendizagem escolar;
- A motricidade propicia o autocontrole e aumenta a capacidade de autorrealização;
- A satisfação produzida pela experiência motora contribui de forma positiva para o sentimento de competência;
- A motricidade grossa e fina são uma modalidade multissensorial de aprendizagem;
- A motricidade deve ser reconhecida como experiência de aprendizagem;
- A motricidade fomenta o pensamento criativo.

2.1.3. Corpo e possibilidade de comunicação

Não sendo ainda capaz de verbalizar o desejo e sente, o recém-nascido recorre a uma linguagem expressiva e corporal na relação com os seus cuidadores. A título de exemplo, temos a classificação em três diferentes fases do desenvolvimento da comunicação nos primeiros dois anos de vida efetuada por Straten (1992 cit in., Santos, 2006) – a *comunicação expressiva* (caracterizada por reações espontâneas, que visam

comunicar aos pais um pedido do bebê), a *comunicação indicativa* (em que uma parte do corpo é orientada para o ato, como direcionar o olhar, numa primeira fase, passando a executar movimentos de início de ação, gestos de ação direta sobre o outro, gestos de ação com um objeto, para culminar com a realização de comportamentos de indicação verbal) e por fim, a *comunicação simbólica* (fase associada à anterior mediante sinais gestuais, vocais e verbais, elementos esses estruturantes do processo de simbolização). O Corpo constitui-se acima de tudo como o meio privilegiado da relação e comunicação com o que está para além dele, ou melhor, com o exterior e com os outros corpos (Fonseca, 2005). A comunicação não verbal representa cerca de 65 a 85% de toda a comunicação humana, o que a torna essencial e imprescindível no processo de socialização, visto ser a que melhor exprime estados emotivos (Santos, 2006).

2.2. O Corpo Intrasubjetivo

A vivência pessoal do Corpo próprio oferece alguns dos suportes fundamentais constituintes da identidade pessoal. Toda a construção individual passa, primeiramente, pela criação e elaboração da autoimagem, como modo de reflexão do sujeito sobre si mesmo (Talamoni, 2008).

2.2.1. Imagem do Corpo

Conceito transversal a diversas áreas do saber, tais como a neurologia, a psiquiatria, a medicina psicossomática, a psicofarmacologia e a psicoterapia (Penna, 1990), a imagem corporal não encerra em si mesma uma definição precisa e objetiva, sendo considerado pelos teóricos que se propuseram a trabalhar nele e sobre ele, um fenómeno multidimensional (Cash et al., 2002). Posto isto, a literatura apresenta-nos a formulação de imagem do corpo de Schilder - “A imagem corporal é a representação que um indivíduo faz de seu corpo em sua mente, o modo como sente o Corpo, incluindo as sensações táteis, térmicas e de dor” (Schilder, 1999 cit in., Veras, 2010) como a mais aceite nos nossos dias, principalmente porque esta foi a primeira a considerar que estão presentes no processo de formação da imagem que temos da nossa estrutura física níveis não só anatomofisiológicos, como também psíquicos, personalísticos e sociais, inter-relacionados entre si (Barros, 2005; Penna, 1990). Até então, a investigação realizada nesta área estava a cargo da medicina e neurologia, tendo como principal

alvo, o estudo e entendimento de distúrbios neurológicos cuja sintomatologia passava pela existência de distorções ao nível da imagem corporal (Barros, 2005). Estes aspetos não foram esquecidos, mas assistiu-se à crescente importância atribuída aos fatores de cariz social e psicológico na construção da imagem do corpo. Como fenómeno biopsicosocial, a imagem corporal é parte importante e integrante da identidade, interna e externamente ao sujeito. Não sendo uma estrutura estática e imutável, a imagem corporal reestrutura-se e reinventa-se de acordo com as experiências vitais e sociais de cada um (é na relação com o outro que tomo consciência que a minha pele é a zona fronteira entre mim e o ambiente), encontrando na emoção a principal força motriz para a multiplicidade de imagens que um único indivíduo pode experienciar desde o nascimento até à morte (Barros, 2005; Fernandes, 2007), necessitando assim sempre do contacto com o exterior

“Unindo os aspetos fisiológicos com as forças emocionais, a imagem vai condensando a vivência que o homem tem de si mesmo e do mundo. Resgata o passado, funde-se com o presente e transcende para o futuro, ultrapassando as fronteiras do imaginário humano. Faz-se ser atuante perante as correlações estabelecidas por ele mesmo, constituindo-se presente em imagens corpóreas” (Barros, 2001 cit in., Barros, 2005, p. 550).

Assim sendo, saber como e de que modo percecionamos o Corpo é também uma forma de aceder à essência da pessoa e descodificar quais os eventos que mais contribuíram para que esta seja de determinada maneira. A Psicologia encontra-se ciente e sensível a este facto, salientando-o de diversas formas (de acordo com abordagem em questão). A título ilustrativo do que acabou de ser referido, e dado o carácter de exploração introdutória deste tema no presente trabalho, apresenta-se em seguida uma breve referência às perspetivas psicodinâmica e cognitivo-comportamental relativas à imagem corporal.

Sendo efetivamente o primeiro objeto narcísico de investimento afetivo, é através do Corpo e das experiências sensoriais, vivenciadas em contexto relacional com o cuidador, que se torna possível a edificação do sentimento do Eu (Santos, 2006). A imagem corporal é vista pela corrente psicodinâmica como “a representação mental do Eu Corporal” (Krueger, 1980 cit in., Santos, 2006), nascendo da afetividade criada na

interação (Santos, 2006). Primeiramente, esta não é mais do que “uma composição conceitual de todas as modalidades sensoriais, sendo a sua coesão o resultado das várias representações mentais que se sucedem às vivências iniciais” (Santos, 2006, p.34), sofrendo com o decorrer do processo desenvolvimental “influências que incluem a reação dos outros à nossa própria aparência” (krueger, 1980 cit in., Santos, 2006, p.34), o que faz dela uma instância dotada de fluidez e passível de ser modificada (Santos, 2006).

A abordagem cognitivo-comportamental defende genericamente a avaliação e o estabelecimento de relações funcionais entre meio, comportamento, cognição e emoção como ferramenta base para o entendimento humano (Gonçalves, 2000). Para esta perspectiva, a imagem corporal é encarada como um produto de percepções e atitudes a nível afetivo, comportamental e cognitivo que cada sujeito expressa relativamente ao seu corpo (Freedman, 1990 cit in., Santos, 2006). Para a construção de tais percepções e atitudes contribuem fatores de ordem histórica (relativos a acontecimentos de vida anteriores) e social, que assim exercem profunda e marcada influência sobre a maneira como se pensa, sente e age sobre o Corpo, tais como a *socialização cultural*, as *experiências interpessoais*, as *características físicas* e os *atributos personalísticos* (Cash et. al., 2002).

2.2.2. História Vivencial do Corpo

O Desenvolvimento Humano é um processo de natureza ontogenética e filogenética. Fonseca (1989) afirma-o ao defender que o Desenvolvimento da Criança (ontogénese) recapitula, de forma acelerada e qualitativa, o Desenvolvimento da Espécie Humana (filogénese). Além da dependência significativa relativamente à herança genética, não é possível olhar, enquadrar e entender a complexidade do Desenvolvimento Humano sem o recurso a uma perspectiva interacionista, onde a herança sociocultural atinge o seu nível de significação dialética e complementar. Deste modo, a individualidade encontra-se ligada a uma construção dependente dos valores, ideias e objetivos que são significativos para cada sujeito, e que é condicionada pelo modo como foram interiorizadas as experiências pessoais (Fonseca, 1989). Para Zahavi (Rodrigues, 2005), estas caracterizam-se pela subjetividade sentida da sua qualidade

interna, relacionada com a forma como são percebidas e sentidas, de modo sensorial ou emocional.

Damásio (1999 cit in., Rodrigues, 2005, p. 220), ao debruçar-se sobre a construção do Eu, afirma: “Para cada pessoa que conhecemos, um só corpo. Uma mente, aquilo que defende uma pessoa, exige um corpo, e um corpo gera naturalmente uma só mente.” A consciência tida pelo próprio sobre si mesmo apoia-se em estados orgânicos, na forma como determinados componentes funcionam e interagem de certo modo. Trata-se de uma construção, de um esquema de operações integradas que tem como consequência a criação de uma representação de um ser individual.

A noção de Corpo funciona como uma representação central, mediante a qual se referenciam todas as restantes representações. A base da consciência, expressa na estruturação da autorepresentação, torna-se possível através desta representação do poder sensório-motor do Corpo próprio, desenvolvida pela realização das ações e da vivência das respetivas sensações e afetos por si originados. Deste modo, a Existência Humana é ação e pensamento realizados de forma intencional, tendo por base o livre arbítrio (Rodrigues, 2005).

2.3. O Corpo Intersubjetivo

A constituição do sujeito ocorre no campo da intersubjetividade, que se configura como o local de encontro entre o universo privado e público (Molon, 2011). O Corpo é “objeto” de diversos tipos de reflexões, constituídas pelo carácter mais subjetivo da experiência individual, juntamente com as várias formas de conhecimento, dominação e poder inscritas na sociedade (Talamoni, 2008).

2.3.1. Comunicação não verbal

“A comunicação é uma condição *sine que non* da vida humana e da ordem social” (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967, p. 13). Gregário por natureza, o ser humano encontra nos processos comunicacionais o *modus operandi* para satisfazer a necessidade de se relacionar com o seu semelhante.

Esta (a comunicação) baseia-se num processo de interação no qual são compartilhados, entre dois ou mais intervenientes, mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento dos sujeitos, que assim responderão

consoante as suas crenças, valores, histórias de vida e cultura, sendo processada através de dois níveis: o *verbal* e o *não verbal* (Mesquita, 1997; Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Paes da Silva, 2000). O nível não verbal domina a esmagadora maioria das interações comunicacionais, visto que “35% do significado social de uma conversa corresponde às palavras pronunciadas, os outros 65% seriam correspondentes aos canais de comunicação não verbal” (Davis, 1979 cit in., Mesquita, 1997, p. 159), canais esses que utilizam como veículo comunicacional o Corpo. São classificados em dois grandes grupos: o primeiro referente ao *Corpo e ao movimento do ser humano* (envolvendo as diferentes unidades expressivas como a face, o olhar, o odor, a para-linguagem, os gestos, as ações e por fim a postura), e o segundo relativo ao *produto das ações humanas* (tais como a moda, a arte, a organização dos espaços físico e ambiental, entre outras) (Mesquita, 1997). Foquemo-nos então maioritariamente nos aspetos que dizem respeito ao primeiro grupo, atribuindo maior destaque aos elementos proxémicos *contacto corporal, distância interpessoal, orientação e postura, variáveis* mediante a situação, cultura e ambiente em que decorrem, não esquecendo também a *expressão facial*.

Envolvendo diferentes zonas corporais, e assim manifestando-se sob variadas formas (tais como carícias, abraços, beijos, apertos, pancadas, entre outras), o contacto corporal constitui a metodologia mais arcaica de ação social e expressa, na sua essência, um sentimento de intimidade, cuja utilização e conseqüente reação dos intervenientes (tocante e tocado) é variável de cultura para cultura (nas culturas inglesas e japonesas é escassa a sua ocorrência, contrariamente à realidade observada nas culturas africana e árabe, em que é habitual tocar-se e ser tocado) (Bitti & Zani, 1997). Deste modo, o contacto físico é particularmente utilizado na demonstração de amor e afeto entre pessoas da mesma família como pais, esposos e/ou companheiros, mas também nas relações de amizade e de caráter profissional e ainda em eventos de cariz social, diferindo, de contexto para contexto, que partes do Corpo podem ser tocadas e por quem. Na sequência disso mesmo, Heslin (1974, cit in., Bitti et al., 1997) propôs cinco categorias de contacto corporal nas relações interpessoais: funcional/profissional, social (na saudação), amistoso, íntimo/afetuoso e sexual.

Relativamente aos aspetos inerentes à distância interpessoal, Hall, em 1966 (cit in., Bitti et al., 1997) abordou quadro distâncias distintas no âmbito da interação humana:

íntima, pessoal, social e pública. Esta caracteriza-se por uma função linear decrescente do grau de agradabilidade/gosto experienciado pelos interlocutores (Mehrabian, 1969). O ser humano prefere a proximidade com quem é do seu agrado e partilhe consigo uma relação de cumplicidade e não julgamento, o que pode ser facilmente explicado pelo facto do estabelecimento de uma distância física diminuta poder constituir uma forma de “invasão territorial” do espaço pessoal de cada um, sendo excluídos deste espaço sujeitos tidos como hostis/desagradáveis ou com os quais apenas se tenham relações de carácter estritamente formal (Bonino, Fonzi & Saglione, 1982 cit in., Bitti et al., 1997). A alteração da distância entre indivíduos no decorrer da interação interpessoal pode também fornecer informações relevantes acerca da intencionalidade de iniciar, manter ou interromper um encontro. “O movimento na direção de uma pessoa pode ser sinal indicador do desejo de interagir; o afastar-se do interlocutor, acompanhando esta “jogada” com outros sinais não verbais adequados, pode comunicar a intenção de pôr fim ao encontro” (Bitti et al., 1997, p.142).

É apelidado de orientação o ângulo em que dois ou mais sujeitos se posicionam no espaço relativamente uns aos outros. Este é um elemento de comunicação latitudinal, onde são assumidas duas posições: “cara a cara” e “lado a lado”. Julga-se à partida que este sinal é indicador das relações de colaboração, intimidade ou hierarquia entre os intervenientes. Amigos ou pessoas em situação colaborante ficam preferencialmente lado a lado, ou então formam um ângulo de 90 graus, enquanto que em situações de desigualdade relacional é assumida a posição cara a cara, em que quem está hierarquicamente acima se coloca em frente a quem é dependente/inferior (Bitti et al., 1997).

A postura e a expressão facial são formas de comunicação não verbal que exprimem estados emocionais. Apesar do rosto ser considerado, sob vários prismas, a área do Corpo de maior importância no âmbito da expressão e comunicação, Sarbin e Hardyck (1965 cit in., Bitti et al., 1997) colocaram em evidência, mediante estudos por si realizados, a existência de uma correlação específica entre o tipo de postura e algumas emoções tidas como fundamentais. Já Ekman & Friesen (1969 cit in., Bitti et al., 1997) não concordam totalmente com esta ideia, referindo que a postura torna-se mais importante na comunicação da intensidade da emoção do que no seu tipo. Esta pode comportar ainda a própria imagem de si, deixando transparecer determinadas

características personalísticas, como a autoconfiança (Bitti et al., 1997). Também a expressão facial ultrapassa o limitar da comunicação de emoções e compartilha outras funções com o comportamento postural, tais como o “envio de sinais inerentes à interação em curso e a manifestação de aspetos típicos da personalidade do indivíduo” (Bitti et al., 1997, p. 154).

2.3.2. Presença, escuta e ação

O Corpo confere dimensão física ao sujeito enquanto presença imediata, concreta e limitada. Através deste, obtém-se a consciência factual da existência, pois o limite corporal permite a delimitação do tempo, espaço e lugar. A presença corporal encerra em si mesma um enorme poder de síntese, unificando sensações e percepções do próprio Corpo e do mundo que o rodeia, percepções essas que espelham a constante e simultânea relação entre o indivíduo e o meio (Forghieri, 1993 cit in., Abreu, 2011).

Deste modo, o corpo do outro surge-nos imediatamente investido de diversas significações, que irão necessariamente determinar o modo como agimos sobre ele, nomeadamente a leitura que fazemos acerca das suas ações e constituintes. Os gestos, os movimentos corporais e o silêncio compõem e dão forma à narrativa, transmitindo mensagens inacessíveis mediante a comunicação verbal, que, em última instância, pode até contradizer sentimentos ou ideias antagónicas expressas por via das palavras, ou narrar uma história desconhecida para o próprio narrador (Abreu, 2011). A ação, enquanto possibilidade prática de expressão dos movimentos, reflete padrões de comportamento de carácter pessoal, cultural, histórico e social (Barcellos, 2012). Merleau-Ponty (1971 cit in., Barcellos, 2012) considera o gesto como a incorporação da expressão e da percepção na significação da realidade. Para o autor, o Ser existe no mundo através da afetividade, compreensão e expressão, instâncias fundadoras da sua constituição.

Capítulo III – Corpo e Relação Clínica

Fazendo uma retrospectiva sobre o Corpo enquanto conceito, encontramos associado a si palavras que o adjetivam e tratam como uma simples instância física, limitada a fluidos corporais e divisível em órgãos e estruturas. Funcionando assim como uma máquina, segundo Descartes, o estudo do Corpo ficaria a cargo da medicina, enquanto que a Religião e a Filosofia teriam a Mente como objeto de estudo, estruturas perfeitamente separadas e delimitadas.

Mediante a formulação psicanalítica de Freud e, mais tarde, através da introdução do termo psicossomático por Heinroth e Alexander, tornou-se possível o rompimento de tal visão mecanicista, abrindo caminho a uma visão mais holística do sujeito, onde os aspetos psicológicos e biológicos são inseparáveis. Atendendo a este facto, o Corpo ganha um novo espaço junto das áreas prestadoras de cuidados de saúde (onde se inserem a clínica médica e a clínica psicológica/psicoterapêutica) passando a desempenhar um papel mais ativo e relevante para o estabelecimento de uma boa relação interpessoal entre quem cuida e é cuidado, contribuindo para a humanização do atendimento e eficácia da terapêutica adotada (Ramos & Bortagarai, 2012).

3.1. O Encontro Clínico

A prática profissional clínica, nas diferentes vertentes em que se subdivide, utiliza o método clínico como base de suporte à atividade que lhe é inerente. Por «método clínico» entende-se tanto o conjunto das técnicas utilizadas no quadro da prática dos clínicos, como o «procedimento clínico» centrado na individualidade e na implicação. Este encontra-se integrado numa atividade prática que visa o reconhecimento e a nomeação de certos estados, aptidões e comportamentos, cujo objetivo último passa pela proposta de uma terapêutica (psicoterapia, por exemplo), uma medida de ordem social ou educativa, ou ainda uma forma de conselho que permita uma modificação positiva do sujeito (Pediñelli, 1999). Relativamente ao que à prática clínica psicológica diz respeito, ou psicologia clínica, utilizando o termo mais conhecido, Pediñelli (1999, p. 21), define-a como “subdisciplina da psicologia que tem como objetivo o estudo, a avaliação, o diagnóstico, a ajuda e o tratamento do sofrimento psíquico, seja qual for a sua origem (doença mental, disfunções, traumatismos, acontecimentos da vida, mal-

estar interior...).” As suas ferramentas de trabalho assentam em diversos métodos clínicos, tais como o estudo de casos, a observação dos comportamentos e a análise dos discursos, sem recurso à experimentação (reprodução controlada dos comportamentos) (Brito, 2008). Deste modo, a psicologia clínica encaixa no universo epistemológico da psicologia - área do saber que tem como objeto de estudo o comportamento e os processos mentais das pessoas nos diversos contextos onde estão inseridas e que utiliza a relação interpessoal como instrumento privilegiado de intervenção (Ordem dos psicólogos, 2011), restringindo o seu campo de atuação ao nível da dor mental.

Pressupondo a presença do sujeito e contacto com o técnico, a prática profissional clínica em psicologia baseia-se em todos os aspetos que medeiam a relação entre profissional e cliente, na busca por uma vivência mais saudável e promotora de felicidade e bem-estar. A importância transversal da relação terapêutica como agente de mudança é amplamente reconhecida no seio da investigação em psicoterapia, e apontada por diversos autores como um dos principais fatores comuns (senão mesmo o principal fator comum referido na literatura) inerentes às diversas abordagens terapêuticas no âmbito da intervenção psicológica. Entre os autores que demonstraram interesse acerca do lugar e impacto dos fatores comuns em psicoterapia, destaca-se o contributo de Frank, que na publicação *Persuasion and Healing*, de 1961, defende que todas as psicoterapias assentam na relação terapeuta-cliente, com estrutura baseada num enquadramento conceptual e num cenário ritual específico (Ramos, 2008).

Tratando-se a aliança terapêutica (um dos sinónimos de relação terapêutica presentes na literatura), de uma parte essencial e inseparável de todas as ações ocorridas em setting terapêutico (Costa, 2014), a sua definição conceptual assenta na qualidade da interação desenvolvida entre terapeuta e cliente, no âmbito do processo terapêutico, remetendo para a ideia de colaboração entre ambos (Ribeiro, 2008). Construída a dois, o sucesso da aliança terapêutica vai muito para além da motivação, empenho e capacidade demonstrada pelo cliente em envolver-se de forma ativa na terapia, encontrando também apoio e suporte na figura do próprio terapeuta. Este, para além das competências técnicas, deve ser capaz de estabelecer um canal comunicacional com o cliente guiado pela empatia, aceitação, afeto positivo e congruência de ações (Ramos, 2008; Ribeiro, 2008).

3.2. O Corpo e a Relação Terapêutica

3.2.1. Na clínica médica

Entre os vários processos psicossociais complexos que constituem a relação entre médico e paciente, a empatia – sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas pela outra pessoa, segundo a definição de Carl Rogers (1992 cit in., Costa & Azevedo, 2010) ocupa um lugar de destaque (Costa et al., 2010). Para Halpern (2001 cit in., Costa et al., 2010), a empatia entre médico e paciente é importante porque fornece ao último a segurança e disposição necessárias para transmitir os seus problemas, sintomas e dúvidas. Gadamer (1994 cit in., Costa et al., 2010) complementa tal afirmação ao considerar que a familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis ao resultado da intervenção médica.

A comunicação não verbal não só fornece informações acerca de sentimentos e crenças/valores pessoais e culturais de quem está a ser tratado (Ramos et al., 2012), como também ajuda o técnico de saúde a perceber se está a conseguir experienciar com seu paciente/cliente a tão almejada relação empática que, segundo Carl Rogers (1957, cit in., Machado, 2006) consiste na capacidade “to sense the client’s private world as if it were your own, but without ever losing the “as if” quality”, que juntamente com a aceitação positiva e a congruência, formam as três condições necessárias e suficientes essenciais à mudança (Machado, 2006, p. 1).

Para Ramos et al., (2012), os profissionais de saúde têm em mãos a tarefa de interpretar o significado da CNV (comunicação não verbal) que o sujeito envia, com o objetivo de delinear um plano de cuidados adequado às suas necessidades singulares. A par deste facto, a literatura também chama a atenção para a importância da CNV na percepção dos sentimentos experienciados pelos indivíduos. Esta leitura emocional do paciente/utente realizada mediante a comunicação não verbal desempenha um papel fundamental no cuidado em saúde. Tal acontece porque o conhecimento e experiência dos mais variados sinais não verbais capacitam o técnico de saúde para a percepção e interpretação de estados subjetivos, o que contribui para a melhoria da eficiência e competência profissional (Ramos et al., 2012). Como exemplo desse facto, diversos estudos realizados no seio da comunidade médica apontam para a associação

da comunicação paciente-médico e o estado de saúde direto dos doentes (Chung et al., 2012).

Outro estudo, realizado por Roten, Darwish, Stern, Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery (1999) e baseado no controlo de variáveis de natureza proxémica no decorrer de intervenções psicoterapêuticas com casais, pôde concluir que o comportamento não verbal exerce influência sobre a qualidade da aliança terapêutica. Estes dados também reforçam a ideia de que a CNV deve ser encarada pela comunidade médica como uma ferramenta para chegar ao doente e poder assim auxiliá-lo mais eficazmente no alcance da cura para as suas patologias.

3.2.2. Na clínica psicológica/psicoterapêutica

É frequentemente atribuído o papel ambivalente ao Corpo na relação terapêutica inerente à clínica psicológica/psicoterapêutica. Existem abordagens na área do aconselhamento e psicoterapia que valorizam os aspetos mais direcionados para a comunicação verbal, reflexão e silêncio, enquanto que outras atribuem uma importância primordial ao Corpo, que constitui um veículo para o estabelecimento de uma relação promotora de desenvolvimento e bem-estar psíquicos. A título de exemplo, para a Psicanálise Clássica, o Corpo e os aspetos diretamente ligados ao mesmo eram em certa medida algo distanciados do próprio processo terapêutico, não sendo permitido, por exemplo, contacto físico entre terapeuta e cliente (Feltham, 2008). Tal exclusão, impulsionada em grande parte por Sigmund Freud no seio da corrente psicanalítica, deveu-se a duas situações distintas: a observação da utilização do toque em contexto terapêutico para o estabelecimento de relações românticas e sexuais entre psicanalistas e clientes, consistindo na violação dos pressupostos ético-deontológicos estabelecidos para a relação terapêutica (Geib, 1982 cit in., McRae, 2009; Ventling, 2002 cit in., McRae, 2009) e, a convicção de que a proximidade e contacto físicos poderiam comprometer a posição neutra do terapeuta, condição necessária ao processo de transferência (que consiste na projeção de sentimentos e reações experienciadas no âmbito das relações interpessoais do cliente na relação que este estabelece com o psicanalista) (White, 2002). Por sua vez, a corrente Humanista ressalva o carácter aberto, natural e honestamente expressivo do toque como forma genuína de cuidado relacional, atribuindo-lhe relevância no campo relacional terapêutico (Leijssen, 2006).

Para Smith (1998, p.13 cit in., Leijssen 2006) o ato de tocar no outro em psicoterapia pode revelar-se como uma expressão humana genuína da relação interpessoal, constituindo assim um meio estratégico de fornecimento de carinho e apoio. O toque, como intervenção formal e sistematizada, abre a possibilidade da canalização de afetos e sentimentos mais profundos vivenciados pelo cliente, e também ao restabelecimento da dimensão saudável e significativa das relações experienciadas por este fora do contexto clínico (Leijssen, 2006; White, 2002).

No entanto, o recurso ao toque como ferramenta terapêutica deve ser feito salvaguardando alguns aspetos. Antes da sua ocorrência, é apropriado que seja pedida permissão para o realizar e explicada a sua intencionalidade. O toque em psicoterapia deve ter um propósito fácil de definir e, na eventualidade dos clientes descaracterizarem a intenção que se encontra por detrás do ato, é necessário disponibilizar-lhes uma explicação verbal clara. Formas mais ativas de toque devem ser excluídas até à aliança terapêutica conseguida. O toque deve ainda ser congruente para o terapeuta, de modo a fazê-lo sentir-se confortável, e dirigido às necessidades próprias de cada cliente (tornando-se crucial para o terapeuta a identificação dos valores, tendências, experiências passadas e expectativas ligadas ao toque por parte do mesmo). Por último, nenhum dos intervenientes no processo psicoterapêutico deve experienciar o toque como uma exigência relacional ou expressão de intimidade para além daquela que é sentida emocionalmente (Kentay & Reviere, 1993 cit in., Leijssen, 2006; McRae, 2009; White, 2002).

Além do contacto físico, encontramos na literatura outras variáveis que fazem parte da relação entre terapeuta e cliente e que remetem para o Corpo enquanto entidade presente e integrante na terapia. Greenberg & Rushanski-Rosenberg (2002 cit in., Leijssen, 2006), ao realizarem pesquisas acerca das experiências empáticas de diversos terapeutas, constataram que estes recorriam às suas (próprias) respostas corporais como ferramenta para encontrar a conexão mais precisa com a experiência do cliente, de modo a entender o que se passa com este e poder assim direcionar a intervenção de forma mais correta (Leijssen, 2006). O reconhecimento da existência da linguagem corporal é também facilitador do contacto afetivo (tomada de consciência do humor, sentimento e emoção) por parte do cliente, possibilitando a evocação de memórias importantes (Leijssen, 2006).

A sintonia empática espontânea entre duas pessoas é expressa pela linguagem corporal, sendo a mais básica e primitiva forma de empatia natural (a sincronia mimética é tida como resposta natural e automática à experiência de estar com o outro). Mediante o contributo de diversas áreas de estudo da psicologia, como a psicologia social, a psicologia do desenvolvimento e a própria psicoterapia, sabe-se que o espelhamento de posições corporais, juntamente com a sincronização inconsciente de ações entre os sujeitos, auxilia ao desenvolvimento e manutenção da relação interpessoal (Cooper, 2001 cit in., Leijssen, 2006; Davis & Hadics, 1994 cit in., Leijssen, 2006; Stern, 1995 cit in., Leijssen, 2006). Assim sendo, em psicoterapia é importante que o terapeuta possa conceder algum tempo à ocorrência esta sincronização, sob o risco de perder o sentido de toda a corporeidade do cliente se direcionar o foco atencional exclusivamente para pensamentos ou emoções expressas (Leijssen, 2006).

Relativamente à comunicação não verbal, esta proporciona a terapeuta e cliente uma avaliação confiável do modo como o sujeito está a lidar com a intervenção de que é alvo. “A consciência das reações corporais e sinais não verbais abre espaço para o frescor do momento e compromisso para com o presente” (Leijssen, 2006, p. 5), possibilitando a análise e trabalho sobre o aqui e agora. (Leijssen, 2006).

Parte II - Estudo empírico

Capítulo IV - Metodologia

4.1. Objetivos

A Psicologia tem como objeto de estudo o comportamento e os processos mentais das pessoas nos diversos contextos onde se inserem, contando com a relação interpessoal como principal instrumento de intervenção (Ordem dos Psicólogos, 2011). Esta relação faz-se entre pessoas que expressam o seu mundo interno, os seus pensamentos e sentimentos através de um Corpo: nas palavras que emitem, nas posturas corporais que assumem (a maneira como se sentam, como nos cumprimentam, como se relacionam com o espaço físico...), mas também na forma como investem o espaço da relação e o espaço que está entre si e o outro(s). Tal ocorre com ambos (ou mais) os intervenientes: utente/paciente e psicólogo, revelando muito do momento presente, mas também de vivências anteriores do próprio. A psicologia clínica é um ramo da psicologia aplicada que tem como finalidade a prevenção, diagnóstico e intervenção em indivíduos, grupos ou comunidades que apresentam problemas de carácter psicológico (Monteiro & Ferreira, 2008). Tais características fazem com que esta área de especialização dê particular primazia à interação ativa entre sujeitos, na qual o Corpo se revela de múltiplas formas.

Assim sendo, o presente estudo define como objetivo principal:

- Compreender qual o papel e a relevância que é atribuído ao Corpo e à dimensão corporal na prática clínica do psicólogo.

E como objetivos específicos:

- Conhecer, na perspetiva do psicólogo, que aspetos integram a dimensão corporal;
- Conhecer de que modo esta dimensão corporal está presente na prática clínica;

- Conhecer elementos da história e vivência pessoal do psicólogo que influenciam a dimensão corporal presente na sua prática clínica;
- Conhecer a perspetiva do psicólogo sobre o papel do Corpo no estabelecimento da relação terapêutica.

O estudo é exploratório, recorrendo a uma abordagem qualitativa de investigação – a técnica de análise de conteúdo. A recolha de dados será efetuada mediante o preenchimento de um questionário online a um número aproximado de 30 sujeitos (30 psicólogos com ou sem formação em psicoterapia).

A utilização do questionário como instrumento de investigação permitirá a obtenção de um elevado número de dados. Dada a sua autoaplicabilidade, o questionário pode ser ministrado diretamente pelo investigador em sessões individuais ou grupais, enviado pelo correio convencional, eletrónico, ou ainda disponibilizado numa plataforma online, permitindo assim a recolha em ato simultâneo de informação em larga escala, economizando tempo e recursos financeiros. Garante ainda o anonimado dos respondentes e oferece-lhes liberdade de escolha relativamente à data e local onde irão proceder ao preenchimento (Moysés & Moori, 2007; Omote & Carrara, 2005). Trata-se de um estudo de cariz exploratório, na medida em que procura conhecer, em maior detalhe, uma temática pouco estudada e trabalhada na literatura, mediante um processo de familiarização com o fenómeno alvo de estudo (Cervo & Bervian, 1983). Posto isto, considera-se que o número estipulado de participantes será necessário para conferir representatividade e validade científica à investigação. Por último, a utilização da técnica de análise de conteúdo visa, segundo Bardin (1977, p. 42) “a obtenção, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, de indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens”, revelando-se assim a técnica mais apropriada para proceder ao tratamento dos dados recolhidos, de acordo com os pressupostos das investigações de carácter qualitativo, cujo principal objetivo assenta no estudo dos fenómenos a partir da perspetiva do outro, respeitando para tal os seus marcos referenciais (Almeida & Freire, 2003).

4.2. Participantes

Os participantes deste estudo foram escolhidos, de entre o universo de profissionais que exercem psicologia e psicoterapia em Portugal, mediante o seguinte conjunto de critérios:

- Psicólogos e Psicólogos Psicoterapeutas (ou a terminar a sua formação em psicoterapia) membros das Sociedades e Associações de Psicoterapia protocoladas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses;
- Psicólogos que exercem prática clínica junto de instituições de saúde públicas e privadas, assim como IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social);
- Psicólogos que exercem prática docente junto de instituições de Ensino Superior.

Foram recolhidos no total 33 questionários, pelo que desse universo resultaram 28 questionários válidos.

4.3. Procedimentos

Numa primeira fase, foram efetuados vários pedidos de colaboração à realização do presente estudo junto das associações/sociedades de psicoterapia protocoladas pela OPP, instituições de saúde públicas e privadas situadas na região Norte, Centro e Sul, e secretariados dos departamentos de psicologia de todas as Universidades públicas portuguesas e do ISPA (Instituto Português de Psicologia Aplicada) através de correio eletrónico, para divulgação da investigação e consequente acesso ao instrumento de avaliação junto dos seus associados, profissionais e docentes. Também ocorreram contactos diretos aos docentes mediante e-mail institucional (ver Anexo II). Em todos os contactos realizados, foi disponibilizado o acesso eletrónico à plataforma online onde se encontrava o questionário, assim como o formulário de consentimento informado de conhecimento e aceitação obrigatória por parte do participante. Este formulário pretendia elucidar o participante sobre os objetivos e procedimentos do estudo, garantindo o anonimado e confidencialidade dos dados recolhidos e consequentes resultados. Ficou também clara a disponibilidade do investigador para responder a eventuais dúvidas no decorrer do processo e facultar o acesso aos resultados do estudo (ver Anexo I).

Posteriormente os sujeitos que se mostraram disponíveis para participar da investigação preencheram de forma autónoma o questionário. O investigador recebeu cada um destes através do endereço de e-mail associado à plataforma online, sem qualquer referência aos dados eletrónicos dos participantes, exceção feita àqueles que pretendiam ser contactados para tomar conhecimento sobre os resultados da investigação.

4.4. Instrumentos de avaliação

O presente estudo utiliza e recolhe a informação pertinente para análise através de um instrumento. Este consiste num questionário online devidamente criado para o efeito, após a verificação da inexistência de instrumentos validados que possibilitassem o cumprimento dos objetivos da investigação. Atendendo a este facto, foi realizada uma aplicação piloto para detetar eventuais erros de estrutura e conteúdo que pudessem comprometer a qualidade das respostas.

O questionário foi construído com base na literatura sobre o Corpo enquanto conceito e constructo para a Psicologia e diversas áreas/domínios que lhe estão subjacentes, com particular enfoque para a prática clínica, de modo a permitir o acesso a informação que tornasse penitente a utilização do método de análise previamente estabelecido (análise de conteúdo), salvaguardando o anonimado dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos. Encontra-se dividido em duas fases: a primeira, constituída por questões de carácter sociodemográfico, e a segunda, constituída pelas seguintes questões de resposta aberta (ver questionário integral em Anexo III):

1 - Para si, que elementos integram a Dimensão Corporal?

2 – Na sua perspetiva, de que modo a Dimensão Corporal está presente na sua prática clínica? E o que é que ela envolve?

3 – Parece-lhe que a sua História Pessoal e a vivência do seu próprio Corpo influenciam a sua resposta à questão anterior? Se sim, de que modo?

4 – Qual é, na sua perspetiva, o papel do Corpo (dos diferentes sujeitos intervenientes) no estabelecimento da relação terapêutica? Pode dar exemplos?

4.5. Análise e tratamento dos dados

Findo o processo de recolha dos questionários online, procedeu-se à análise e tratamento dos dados mediante a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (1977).

Primeiramente, cada questionário recebeu um código de identificação, de modo a facilitar a sua referência ao longo da análise: "Suj.", seguido do número de questionário correspondente. Os questionários 2,9,14, 23 e 25 foram alvo de exclusão por ausência de resposta às questões de resposta aberta (3) e não adequação aos critérios de participação previamente estabelecidos (2), especificamente: não formação em psicologia (1) e ausência de prática clínica e experiência profissional (1). Posteriormente procedeu-se ao agrupamento das questões de resposta aberta por nichos temáticos, passando de imediato ao processo de categorização e sintetização do discurso presente em cada resposta. Para tal, foi definido como critério passível de quantificação a referência do sujeito a uma ideia como unidade mínima de significação, sendo esta unidade cotada o número de vezes que havia sido referida. Todas as tarefas envolvidas no processo acima descrito requereram um elevado grau de minúcia e detalhe, dada a necessidade de extração de todas as unidades mínimas de significação presentes nas respostas abertas, para que de seguida ocorresse a definição das categorias, cujo o significado atribuído fora considerado o mais adequado (Bardin, 1977). Por fim, recorreu-se a uma segunda análise independente do conteúdo das respostas e realizada a triangulação com os resultados já obtidos. É importante ainda fazer ressalva à conduta tida pelo investigador ao longo de todo o processo de análise, originando interpretações dos dados recolhidos que não envolveram crenças e/ou valores pessoais. Deste modo, todo o material recolhido foi organizado em categorias e subcategorias, tendo sido contabilizado o número de vezes que a categoria/subcategoria é referenciada (N), o número de referências pelos participantes a cada categoria/subcategoria (n) e a respetiva percentagem correspondente (%). A grelha de análise temática e categorial respeitante ao estudo encontra-se disponível para consulta em anexo (Anexo IV).

Capítulo V - Apresentação de resultados

5.1. Análise Sociodemográfica

Os participantes do presente estudo são profissionais que, após contacto prévio, aceitaram colaborar de forma voluntária mediante o preenchimento do questionário disponibilizado online, selecionados de acordo com o seguinte conjunto de critérios: (i) Psicólogos e Psicólogos Psicoterapeutas (ou a terminar a sua formação em psicoterapia) membros das Sociedades e Associações de Psicoterapia protocoladas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses; (ii) Psicólogos que exercem prática clínica junto de instituições de saúde públicas e privadas, assim como IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social); (iii) Psicólogos que exercem prática docente junto de instituições de Ensino Superior.

Apresentam-se em seguida os dados extraídos das questões referentes à informação sociodemográfica que constam no Questionário online (instrumento de avaliação).

Tabela 1 - Características Gerais da Amostra

<i>n</i>	28
Género: Mulher, homem	19, 9
Idade: anos, M (DP)	46.9 (10.1)
Idade: anos, Mínimo, Máximo	36.8, 57

Legenda: *n*=Número de respondentes; M=Média; DP=Desvio-Padrão.

Como se observa na tabela 1, a amostra é constituída por 19 pessoas do sexo feminino e 9 do sexo masculino, cuja média de idades se situa nos 46.9 anos, e o desvio padrão em 10.1. A idade mínima e máxima é, respetivamente, 36.8 e 57 anos.

Tabela 2 - Grau Académico da Amostra

<i>n</i>	28
Licenciatura	5 (18)
Pós-graduação ou Mestrado	8 (29)

Doutoramento	15 (53)
--------------	---------

Legenda: *n*=Número de respondentes.

A tabela 2 faz referência ao grau acadêmico da amostra. A maioria dos sujeitos – 15 (53%) é detentora de Doutoramento, sendo que, dos restantes participantes, 8 (29%) possui Pós-graduação ou Mestrado e 5 (18%) Licenciatura.

Tabela 3 - Área de Especialização da Amostra

<i>n</i>	
	28
Avaliação Psicológica	1 (3.6)
Grupálise e Psicanálise Relacional	1 (3.6)
Neuropsicologia	1 (3.6)
Psicodrama	1 (3.6)
Psicodrama e Psicanálise	1 (3.6)
Psicologia	1 (3.6)
Psicologia Clínica	12 (42.9)
Psicologia Clínica e da Saúde	3 (10.7)
Psicologia Clínica e Desenvolvidamental	1 (3.6)
Psicologia da Educação	1 (3.6)
Psicologia do Desenvolvimento	1 (3.6)
Psicologia Educacional e Clínica	2 (7.1)
Terapia Familiar	1 (3.6)
Sexologia	1 (3.6)

Legenda: *n*=Número de respondentes.

A tabela 3 indica a área de especialização da amostra, considerando para tal a diversidade de referida nas respostas. Segundo os dados apresentados, 1 indivíduo (3.6%) é especialista em Avaliação Psicológica; 1 (3.6%) em Grupálise e Psicanálise Relacional; 1 (3.6%) em Neuropsicologia; 1 (3.6%) em Psicodrama; 1 (3.6%) em Psicodrama e Psicanálise; 1 (3.6%) em Psicologia; 12 (42.9%) em Psicologia Clínica; 3 (10.7%) em Psicologia Clínica e da Saúde; 1 (3.6%) em Psicologia Clínica e Desenvolvidamental; 1 (3.6%) em Psicologia da Educação; 1 (3.6%) em Psicologia do

Desenvolvimento; 2 (7.1%) em Psicologia Educacional e Clínica; 1 (3.6%) em Terapia Familiar, e por último 1 (3.6%) em Sexologia.

Tabela 4 - Tempo de Serviço

<i>n</i>	27
Tempo: anos, M (DP)	20.7 (9.5)
Tempo: anos, Mínimo, Máximo	11.2, 30.2

Legenda: *n*=Número de respondentes; M=Média; DP=Desvio Padrão.

Nota: do total de 28 respondentes ao questionário aplicado neste estudo, 1 afirmou não saber qual o seu tempo de serviço.

A tabela 4 exhibe o tempo médio de serviço dos participantes, situado nos 20.70 anos. O desvio padrão é de 9.5 e o tempo mínimo e máximo corresponde, respetivamente, a 11.2 e 30.2 anos.

Tabela 5 - Anos de Experiência Profissional enquanto Psicólogo(a) Clínico(a)

<i>n</i>	28
Tempo: anos, M (DP)	20.4 (10.1)
Tempo: anos, Mínimo, Máximo	10.3, 30.4

Legenda: *n*=Número de respondentes; M=Média; DP=Desvio Padrão.

Na tabela 5 encontramos o valor médio respeitante aos anos de experiência profissional enquanto psicólogo clínico, que é de 20.4. O desvio padrão corresponde a 10.07 e o número mínimo e máximo de anos a 10.3 e 30.4, respetivamente.

Tabela 6 - Formação Psicoterapêutica

<i>n</i>	28
Sim	25 (89)
Não	3 (11)

Legenda: *n*=Número de respondentes.

Nota: do total de 25 participantes detentores de formação psicoterapêutica, 2 (8%) encontravam-se a realizar formação aquando da resposta ao questionário.

No que concerne à formação psicoterapêutica, informação contida na tabela 6, 25 sujeitos (89%) afirmam ter e/ou estar a realizar formação na área, sendo que, os restantes 3 sujeitos (11%) afirmam não deter formação em psicoterapia.

Tabela 7 - Sociedades/Associações/Formação

<i>N</i>	25
Associação EMDR (<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>)	1 (3.3)
Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica	5 (16.6)
Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica	1 (3.3)
Associação Portuguesa de Terapias Cognitivo-Comportamentais	1 (3.3)
Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento	2 (6.7)
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto	1 (3.3)
International Society for Schema Therapy	1 (3.3)
Psicoterapia Gestalt	1 (3.3)
Sociedade Espanhola de Psicodrama	1 (3.3)
Sociedade Espanhola de Psicodrama Psicanalítico	1 (3.3)
Sociedade Luso-Espanhola Gestalt	1 (3.3)
Sociedade Portuguesa de Grupálise	1 (3.3)
Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo	1 (3.3)
Sociedade Portuguesa de Psicodrama	2 (6.7)
Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico de Grupo	1 (3.3)

Sociedade Portuguesa de Psicanálise	2 (6.7)
Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa	2 (6.7)
Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar	4 (13.3)
Sociedade Portuguesa Sexologia Clínica	1 (3.3)

Legenda: n=Número de respondentes.

A tabela 7 evidencia as sociedades/associações/formação. Das 25 pessoas detentoras de formação psicoterapêutica, 1 (3.3%) recebeu formação por parte da Associação EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*); 5 (16.6%) da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica; 1 (3.3%) da Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica; 1 (3.3%) da Associação Portuguesa de Terapias Cognitivo-Comportamentais; 2 (6.7%) da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento; 1 (3.3%) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; 1 (3.3%) da International Society for Schema Therapy; 1 (3.3%) em Psicoterapia Gestalt (desconhece-se a entidade formadora); 1 (3.3%) da Sociedade Espanhola de Psicodrama; 1 (3.3%) da Sociedade Espanhola de Psicodrama Psicanalítico; 1 (3.3%) da Sociedade Luso-Espanhola Gestalt; 1 (3.3%) da Sociedade Portuguesa de Grupálise (3.3%); 1 da Sociedade Portuguesa de Grupanalise de Psicoterapia Analítica de Grupo (3.3%); 1 da Sociedade Portuguesa de Psicodrama (6.7%); 1 da Sociedade Portuguesa de Psicodrama Psicanalítico de Grupo (3.3%); 2 da Sociedade Portuguesa de Psicanálise (6.7%); 2 da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa (6.7%); 4 da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (13.3%); e por último 1 da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (3.3%).

Tabela 8 - Número de Formações Psicoterapêuticas em Sociedades/Associações/Outras por Participante

<i>n</i>	25
1	20 (80)
2	4 (16)
3	1 (4)

Legenda: *n*=Número de respondentes.

A tabela 8 apresenta o número de formações psicoterapêuticas em sociedades/associações/outras por participante. 20 sujeitos (80%) afirmam possuir uma formação, 4 (16%) 2 formações e 1 (4%) 3 formações.

5.2. Análise de Conteúdo

Em seguida serão apresentados os resultados obtidos mediante a análise temática e categorial (técnica de análise de conteúdo) das questões de resposta aberta presentes no instrumento de avaliação escolhido e elaborado para este estudo.

5.2.1. Tema I – Dimensão Corporal – Elementos

O tema I foi abordado mediante a colocação da questão *“Para si, que elementos integram a Dimensão Corporal?”*, que procurou perceber quais são os elementos considerados pelos participantes como integrantes da Dimensão Corporal.

Tabela 9 - Dimensão Corporal - Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens

Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1.Comunicação	1.1.Geral	4	4	8.5	<i>“Corpo como lugar (...) da comunicação da emoção.” (Suj. 7); “(...) linguagem verbal e não verbal” (Suj. 27).</i>
	1.2.Não verbal	37	13	27.7	<i>“Todo o corpo expressa uma linguagem através da expressão facial, postura, movimentos dos braços e mãos.” (Suj. 15); “Proximidade/distância, postura corporal, expressão facial, toque, tom de voz, tempos de latência das intervenções” (Suj. 21).</i>
2.Motricidade		4	3	6.4	<i>“(...) movimentação” (Suj.1); “(...) o tônus muscular, o movimento” (Suj. 13).</i>
3.Imagem Corporal		3	3	6.4	<i>“(...) cuidado com a aparência” (Suj.1); “Aspetto físico” (Suj.6).</i>
4.Processos emocionais		5	4	8.5	<i>“Corpo como lugar da emoção e da vivência” (Suj.7); “(...) sentimentos, emoções” (Suj. 32).</i>
5.Formação da Psique		4	3	6.4	<i>“narcisismo corporal positivo ou negativo” (Suj.6); “dimensão sensorial e somática vivida e construída através do vínculo; corpo como lugar originário do self;” (Suj.7).</i>
6.Relação	6.1.Intrapessoal	1	1	2.1	<i>“A forma como me sinto e me relaciono com o meu próprio corpo.” (Suj.10).</i>

6.2. Interpessoal	4	4	8.5	“(…) capacidade de sintonia…” (Suj.4); “O que o corpo do outro evoca ou convoca em mim.” (Suj.10).
6.3. Unicidade	7	7	14.9	“(…) constitui-se como o resultado do que é observável no corpo de cada sujeito, tendo como causa sentimentos, comportamentos ou pensamentos.” (Suj. 29); “aspectos físicos (verbais e não verbais), psicológicos, sociais e espirituais” (Suj. 24).
7. Organismo Sensorial	3	2	4.3	“Sintomas” (Suj. 16); “Sensações” (Suj. 32).
8. Desenvolvimento pessoal	4	3	6.4	“Sensibilidade emocional e cognitiva face à evolução corporal individual” (Suj. 18); “(…) como forma de experiência de novos comportamentos que podem conduzir à mudança” (Suj. 22).
Total	76	47	100	

Legenda: N^o=Número de ocorrências; n=Número de participantes a referir a categoria/subcategoria; %=Respeitante ao número de participantes a referir a categoria/subcategoria. **Nota:** dos 28 questionários que constituem o universo da amostra, 2 forneceram respostas impossibilitantes de análise.

De acordo com a informação contida na tabela 9, 27.7% dos participantes faz referência aos aspetos do “Não verbal” (categoria “Comunicação”). Posteriormente são evidenciados os aspetos da “Unicidade” (Categoria “Relação”) (14.9%), seguindo-se “Geral” (categoria “Comunicação”) (8.5%), “Processos emocionais” (8.5%), “Interpessoal” (categoria “Relação”) (8.5%), “Motricidade” (6.4%), “Imagem corporal” (6.4%), Formação da psique (6.4%), “Desenvolvimento pessoal (6.4%), “Organismo Sensorial” (4.3%) e “Intrapessoal” (categoria “Relação”) (2.1%).

5.2.2. Tema II – Dimensão Corporal – Presença na Prática Clínica

O tema II foi apresentado através das questões *“Na sua perspetiva, de que modo a Dimensão Corporal está presente na sua prática clínica? E o que é que ela envolve?”*, que visaram a compreensão da presença da Dimensão Corporal na prática clínica do psicólogo.

Tabela 10 - Dimensão Corporal - Presença na Prática Clínica: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens

Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1.Relação entre o psicológico e o espiritual		1	1	2.7	<i>“Está interligada com a psique e a espiritualidade” (Suj. 10).</i>
2.Relação terapêutica	2.1.Formação e vivência da relação terapêutica em si	4	4	10.8	<i>“Dá-nos sinais para os quais devemos estar atentos e que se relacionam com o aqui e agora do momento que se está a viver na relação com o outro.” (Suj. 10); “O corpo é onde as emoções acontecem e é através das emoções na relação terapêutica que o paciente se pode reestruturar.” (Suj. 12).</i>
	2.2.Processo comunicacional	17	14	37.8	<i>“Envolve a comunicação estabelecida na relação terapêutica.” (Suj. 5); “Está sempre presente na forma como me comporto, nos gestos, na expressão facial, na aproximação ou distanciamento do outro, e na exploração com o outro da sua própria postura corporal e expressão facial” (Suj. 19).</i>

	2.3.Unidade	2	2	5.4	<p><i>“Está sempre presente, explícita ou implicitamente: a separação corpo espírito é, como sabemos, artificial” (Suj. 17);</i></p> <p><i>“(…) menos na emocional e vivencial/relacional/identitária, nos significados que esses sintomas representam, no significado do corpo para a pessoa (corpo numa perspectiva mais holística e una)” (Suj. 24).</i></p>
3.Processo terapêutico	3.1.Objeto do processo terapêutico	4	4	10.8	<p><i>“(…) por vezes, como objeto do processo terapêutico.” (Suj. 1);</i></p> <p><i>“O self corporal está permanentemente presente” (Suj. 6).</i></p>
	3.2.Avaliação e intervenção clínica	6	4	10.8	<p><i>“(…) significa as relações (p.e., através da escultura familiar ou de casal, do presente, passado e/ou futuro), como suporta novas experiências (p.e., troca de lugares/papéis, exercícios de PNL).” (Suj. 22);</i></p> <p><i>“Dimensão diagnóstico (observação do participante), dimensão interventiva (técnicas expressivas),</i></p>

					<i>dimensão estratégica (utilização da minha linguagem corporal estrategicamente)” (Suj. 32).</i>
4.Fisiologia	4.1.Reprodução	1	1	2.7	<i>“Tudo o que ocorre no contexto dos meus interesses clínicos resulta de transformações específicas do corpo durante o ciclo reprodutivo” (Suj. 18).</i>
	4.2.Incapacidade e/ou limitação física	4	2	5.4	<i>“A dimensão corporal é fundamental na minha prática, mais ainda porque trabalho com uma população com deficiência motora, em que as questões da vivência alterada do corpo e do narcisismo ligado à imagem do corpo são fundamentais.” (Suj. 7); Doença Crónica, Amputados, Cancro de Mama” (Suj. 8).</i>
5.Psicossomática		5	5	13.5	<i>“(…) Psicossomática” (Suj. 8); “ao que o corpo pode (...) somatizar” (Suj. 29).</i>
	Total	44	37	100	

Legenda: N^o=Número de ocorrências; n=Número de participantes a referir a categoria/subcategoria; %=Respeitante ao número de participantes a referir a categoria/subcategoria. **Nota:** dos 28 questionários que constituem o universo da amostra, 3 forneceram respostas impossibilitantes de análise.

Verifica-se, mediante a observação da tabela 10, que 37.8% dos participantes faz referência aos aspectos do “Processo comunicacional” (categoria “Relação terapêutica”). Posteriormente são evidenciados os aspectos da “Psicossomática” (13.5%), seguindo-se “Formação e vivência da relação terapêutica em si” (categoria “Relação terapêutica”) (10.8%), “Objeto do processo terapêutico” (categoria “Processo terapêutico”) (10.8%), “Avaliação e intervenção clínica” (categoria “Processo terapêutico”) (10.8%), “Unidade” (categoria “Relação terapêutica”) (5.4%), “Incapacidade e/ou limitação física” (categoria “Fisiologia”) (5.4%), “Relação entre o psicólogo e o espiritual” (2.7%) e “Reprodução” (categoria “Fisiologia”) (2.7%).

5.2.3. Tema III – História Pessoal e Vivência Corporal

O tema III foi introduzido mediante a realização das questões *“Parece-lhe que a sua História Pessoal e a vivência do seu próprio Corpo influenciam a sua resposta à questão anterior? Se sim, de que modo?”*, que buscam o entendimento do papel da História Pessoal e Vivência Corporal de cada sujeito na concepção da presença da Dimensão Corporal na sua prática clínica.

Tabela 11 - História Pessoal e Vivência Corporal: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens

Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1.Unicidade do sujeito		5	5	17.9	<p><i>“Tudo o que eu sou influencia o processo terapêutico, positiva ou negativamente. O que não significa servir de modelo, nem querer que o outro se torne igual a mim, nem querer retirar benefícios pessoais.” (Suj. 1);</i></p> <p><i>“Sim. Porque é a partir do que somos/fomos que comunicamos, interiorizamos e aplicamos as diferentes técnicas” (Suj. 4).</i></p>
2.Experiência	2.1.Experiência de vida	5	5	17.9	<p><i>“(…) Os meus “pontos cegos” serão óbices ao processo. Quanto mais alargada, refletida e compreendida for toda a minha experiência de vida, mais probabilidades tenho de poder compreender o outro.” (Suj. 1);</i></p> <p><i>“Totalmente. O que eu sou agora é um conjunto de vivências que se foram construindo por vezes simultaneamente e outras vezes em fases diferentes ao longo da minha vida.” (Suj. 10).</i></p>
	2.2.Experiência do corpo próprio	6	6	21.4	<p><i>“Sem dúvida. A experiência do próprio corpo, de prazer ou de dor para referirmos situações extremas, influenciam a forma</i></p>

					<p><i>como tomamos em consideração a dimensão corporal” (Suj. 17);</i></p> <p><i>“Neste caso em particular, uma vivência positiva, comigo mesma e com o meu corpo ajuda-me a estar mais disponível a atenta aos outros e àquilo que o corpo representa para cada pessoa em particular” (Suj. 24).</i></p>
3.Desenvolvimento pessoal	3.1.Construção da identidade	2	2	7.1	<p><i>“Sim, pois apesar de não viver com uma deficiência, atravessei todas as vicissitudes relacionadas com o gostar do meu corpo ao longo do crescimento e com a construção da minha identidade corporal.” (Suj. 7);</i></p> <p><i>“Sim, ajudou-me a estar mais à vontade com o corpo” (Suj. 11).</i></p>
	3.2.Autoconhecimento ao longo da vida	3	3	10.7	<p><i>“Sim. Se eu estivesse muito preocupada com questões do meu corpo, teria mais dificuldade em me sentir confortável e livre para observar e interagir de forma espontânea.” (Suj. 13);</i></p> <p><i>“Sim. Pelo conhecimento do próprio corpo e seus desígnios” (Suj. 29).</i></p>
	3.3.Descoberta pessoal no decorrer do processo terapêutico	3	3	10.7	<p><i>“(…) Para mim, o processo terapêutico é uma descoberta conjunta da pessoa do analisando, no sentido do seu</i></p>

				desenvolvimento como pessoa, segundo o seu próprio desejo.” (Suj. 1); “Sim, pois a relação terapêutica só existe na autenticidade, sendo que cada um dos intervenientes daquela relação, se apresenta como produto da sua história de vida. (...) e a qualidade da relação prende-se também, ou essencialmente, com as características do próprio terapeuta.” (Suj. 8).
4.Psicossomática	1	1	3.6	Para as doenças, sintomas, manifestações corporais, questiono-me sobre o aliado mente, de forma holística.” (Suj. 12).
5.Competência comunicacional	5	3	10.7	“Como também as nossas competências comunicacionais, capacidade de lidarmos com a expressão das emoções que acontece através do corpo e o uso da distância (maior ou menor), do toque...” (Suj. 21); “(...) é importante na medida em que é o corpo que me permite expressar-me” (Suj. 27).
Total	30	28	100	

Legenda: N^o=Número de ocorrências; n=Número de participantes a referir a categoria/subcategoria; %=Respeitante ao número de participantes a referir a categoria/subcategoria. **Nota:** dos 28 questionários que constituem o universo da amostra, 5 forneceram respostas impossibilitantes de análise, sendo que 3 desses participantes responderam de forma negativa à pergunta colocada (10.71% do total da amostra).

Mediante a observação da tabela 11, constata-se que 21.4% dos participantes faz referência aos aspetos da “Experiência do próprio corpo” (categoria “Experiência”). Posteriormente são evidenciados os aspetos da “Unicidade do sujeito” (17.9%), seguindo-se “Experiência de vida” (categoria “Experiência”) (17.9%), “Autoconhecimento ao longo da vida” (categoria “Desenvolvimento pessoal”) (10.7%), “Descoberta pessoal no decorrer do processo terapêutico” (categoria “Desenvolvimento pessoal”) (10.7%), “Competência comunicacional” (10.7%), “Construção da identidade” (categoria “Desenvolvimento pessoal”) (7.1%) e “Psicossomática” (3.6%).

5.2.4. Tema IV - Papel do Corpo na Relação Terapêutica

O tema IV foi exposto por intermédio da colocação das questões “*Qual é, na sua perspectiva, o papel do Corpo (dos diferentes sujeitos intervenientes) no estabelecimento da relação terapêutica? Pode dar exemplos?*”, que procuram perceber, através de exemplos, qual o papel desempenhado pelo Corpo, dos vários intervenientes no processo terapêutico, no estabelecimento da relação terapêutica.

Tabela 12 - Papel do Corpo na Relação Terapêutica: Categorias, Subcategorias, Frequências e Percentagens

Categoria	Subcategoria	Nº	n	%	Exemplo
1.Elemento fundador	1.1.Imprescindível à relação	3	3	7.3	“Nós não somos nada, nem é possível a relação humana, sem o corpo.” (Suj. 1); “(…) o corpo desempenha um papel fundamental pois permite e mantém a abertura e possibilidade de uma relação de ajuda entre os intervenientes do processo terapêutico.” (Suj. 29).
	1.2.Unidade	1	1	2.4	“(…) Nós somos uma unidade e é com essa unidade que vivemos e nos relacionamos com os outros.” (Suj. 1).
2.Auxílio à compreensão do funcionamento do cliente		7	5	12.2	“dá elementos para a compreensão do funcionamento do paciente.” (Suj. 4); “Tem um papel revelador (…) até “intuitivo” (Suj. 5).
3.Veículo Comunicativo		23	16	39	“Tem um papel (…) expressivo (…) A forma como recebemos o paciente (nossa postura, o olhar, o aperto de mão, como o acompanhamos ao gabinete…) e a forma como o paciente nos recebe e se apresenta e como vai usando o corpo ao longo do processo (postura, apreensão do aperto de mão, por exemplo, postura, olhar…).” (Suj. 5);

				<i>“(...) o cumprimento à entrada e saída, corpo retraído, tenso, escondido ou, pelo contrário, corpo em relaxamento, à vontade.” (Suj. 6).</i>
4. Indicador de mudança decorrente do processo terapêutico	4	3	7.3	<i>“(...) Interessante observar que, por vezes, ao longo da terapia e em momentos de transformação, os pacientes passam a ter outros cuidados estéticos com o corpo e apresentam uma postura, uma comunicação não verbal distinta - "o corpo ganha tonus".” (Suj. 5); “Essencial para orientar a intervenção” (Suj 15).</i>
5. Psicossomática	1	1	2.4	<i>“(...) o corpo aparece quase sempre como o sintoma, quer por falta de mentalização - somatizações - quer por ser a fonte de sofrimento e mal-estar - doença crônica ou alterações do esquema corporal. Por isso, nuns casos é preciso interpretar a linguagem simbólica do sintoma somático, noutros casos, aceitar as alterações do esquema corporal e suas especificidades, como acontece no trabalho com os doentes amputados ou no cancro da mama.” (Suj. 8).</i>
6. Elemento constituinte da identidade	2	1	2.4	<i>“O corpo faz parte da nossa identidade. Esta identidade só estará totalmente unificada quando as dimensões corpo, psique e</i>

				<i>espiritualidade conviverem de forma saudável e entre si (...) A aceitação do nosso corpo passa também pela aceitação de nós próprios com as suas qualidades e com os seus defeitos. Amarmos-nos é também amar este nosso corpo tão nosso com tudo o que ele comporta e com tudo o que transporta ao longo da nossa vida.” (Suj. 10).</i>
7.Ligação entre terapeuta e cliente	15	11	26.8	<i>“Acho que a segurança com que experienciamos o nosso corpo é muito importante na manutenção de uma atmosfera focada no cliente. O corpo dá-nos ainda dimensões importantes na proximidade existente entre a pessoa e o técnico.” (Suj. 27); “Desenvolve a conexão, a empatia, dá uma noção de presença” (Suj. 28).</i>
Total	56	41	100	

Legenda: N^o=Número de ocorrências; n=Número de participantes a referir a categoria/subcategoria; %=Respeitante ao número de participantes a referir a categoria/subcategoria.

Através da análise da informação apresentada na tabela 16, observa-se que 39% dos participantes faz referência aos aspetos do “Veículo comunicativo”. Posteriormente são evidenciados os aspetos da “Ligação entre terapeuta e cliente” (26.8%), seguindo-se “Auxílio à compreensão do funcionamento do cliente” (12.2%), “Imprescindível à relação” (categoria “Elemento fundador”) (7.3%), “Indicador de mudança decorrente do processo terapêutico” (7.3%), “Unidade” (categoria “Elemento fundador”) (2.4%), “Psicossomática” (2.4%) e “Elemento constituinte da identidade” (3.6%).

Capítulo VI - Discussão de resultados

Sabemos que a comunicação não verbal, enquanto um dos elementos primordiais da comunicação humana, cujo o veículo comunicacional é o Corpo, assume um papel absolutamente necessário ao processo relacional, tratando-se do tipo de comunicação que melhor exprime estados emotivos (Santos, 2006).

É ao encontro desta constatação geral que fazemos uma primeira leitura dos dados. Analisando as restantes temáticas existentes e atendendo ao conteúdo articulado das respostas dadas pelos psicólogos participantes às questões de resposta aberta colocadas, constata-se a relação inter-categorias/subcategorias. Para os sujeitos, os principais elementos evidenciados da dimensão corporal são a comunicação (essencialmente a não verbal) e as características de unicidade envolventes. Estes elementos estão presentes na prática clínica não só através das dimensões comunicacionais (vivenciadas através do percurso de vida), mas também através da formação e da vivência da própria relação terapêutica, podendo ser mesmo objeto do processo terapêutico. No estabelecimento desta relação terapêutica consideram que o corpo de ambos os intervenientes tem um papel não só de comunicação, mas de ligação e de auxílio à compreensão do cliente.

No que concerne ao carácter único de cada indivíduo, a subjetividade, enquanto fenómeno que remonta a tudo o faz referência ao sujeito, organiza-se mediante vários processos e configurações de origem multifatorial, que exercem influência constante entre sobre si e encontram-se ao mesmo tempo vinculados ao macro sistema social (Molon, 2011). A natureza unicitária do Corpo apresenta-se na prática clínica mediante a relação estabelecida entre os aspetos psicológicos e espirituais (relativamente à constituição da plenitude do sujeito), e como estrutura constituinte de unidade, conceção derivada da vivência pessoal dos psicólogos (segundo a crença de que aquilo que o terapeuta é, enquanto ser unitário e individual, exerce influência sobre a terapia). Na relação terapêutica, o Corpo surge como elemento imprescindível à condição e relação humana e enquanto elemento contribuinte para a construção da identidade do sujeito.

Salientado a concepção de Corpo enquanto estrutura unitária em constante processo de relação, este é assim capaz de emitir um olhar sobre si mesmo (o Corpo da experiência subjetiva), como também partilha o simbolismo, a cultura e o sistema de crenças da sociedade onde está inserido (Dentz, 2008; Merleau-Ponty, 1994, cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008; Merleau-Ponty, 1999; Molon, 2003 cit in., Molon, 2011; Pais et al., 2012). A conexão entre Corpo e mundo dá-se através dos órgãos dos sentidos, permitindo a vivência experiencial, sendo a unidade do Eu apreendida na produção e interação com o objeto (Merleau-Ponty, 1999; Rodrigues, 2005). Os aspetos relacionais (intrapessoais e interpessoais) da dimensão corporal encontram-se na prática clínica através da edificação da relação terapêutica e no processo de avaliação e intervenção clínica, concepções cujo contributo da história pessoal dos psicólogos participantes se situa ao nível da experiência, desenvolvimento pessoal e natureza relacional assente no carácter comunicativo do Corpo, presentes de forma inequívoca em todas as vertentes que estabelecem a relação terapêutica.

Relativamente ao papel desempenhado pelos processos emocionais na esfera dimensional do Corpo, Koch et al. (2011) definem como campos investigativos as influências recíprocas do Corpo como um organismo vivo, animado e em movimento, por um lado, e a cognição, emoção, percepção e ação, do outro, respeitantes às funções expressivas e impressivas dos níveis individual, inter-relacional e extensivo. Os estados emocionais são expressos mediante a postura e expressão facial, que constituem formas de comunicação não verbal (Bitti et al., 1997). Enquanto elementos da dimensão corporal, os processos emocionais estão presentes na prática clínica psicológica mediante a relação terapêutica, mais concretamente através sua formação, vivência e componente comunicacional, que abarcam o próprio conceito de unicidade tido pelos psicólogos, a sua natureza experiencial, desenvolvimental e comunicativa. Enquanto presença na relação terapêutica, auxiliam a compreensão do cliente e expressam emoções, através da linguagem corporal modeladoras da relação.

O movimento humano é concebido como um dos eixos fundamentais para a compreensão do desenvolvimento, pois é dotado de significado psicológico, ocorrendo e permitindo o próprio processo de construção humana, através da integração orgânicosocial (Dantas, 1992 cit in., Filho et.al., 2009; Wallon, 1970). Para Jean Piaget, a motricidade é de suma importância no acesso ao conhecimento (Fernandes et al.,

2007; Fonseca, 1989), visto que quando as percepções e os movimentos estabelecem relação com o meio exterior, compõem a função simbólica geradora da linguagem, que irá originar a representação e o pensamento (Fonseca, 1989).

No que concerne à Imagem corporal, esta é tida na literatura como um fenómeno biopsicosocial, parte importante e integrante da identidade, seja interna ou externa ao sujeito. Não se tratando de uma estrutura estática e imutável, a imagem corporal é recriada de forma constante, de acordo com as experiências vitais e sociais de cada indivíduo. Esta encontra na emoção a principal força motriz para a multiplicidade de imagens que um único sujeito pode experienciar desde o nascimento até à morte (Barros, 2005; Fernandes, 2007). Como elemento da dimensão corporal, a imagem corporal apresenta-se na prática clínica atendendo às suas características fisiológicas (enquanto vivência de um Corpo anatomicamente diferente), baseada na construção identitária resultante da história pessoal dos respondentes, que também está explícita na relação terapêutica.

Analisando os pressupostos psicodinâmicos acerca do Corpo, Cash et al. (2002), afirmam que este, juntamente com as suas representações mentais, encontra-se na base da fundação do sentido de self. Psicanalistas como Anzieu ou Winnicott referem o papel central do Corpo na construção, organização e unicidade do Eu, na medida em consideram que a atividade psíquica surge na base onde se encontra a atividade biológica. O contacto físico e supressão das necessidades biológicas por parte da figura cuidadora (mãe) apresenta-se como o veículo facilitador de todo o processo de construção psíquica (Anzieu, 1995; Golse, 2002; Leo et al., 2010; Winnicott, 1975; Winnicott, 1967 cit in., Leo et al., 2010; Winnicott, 1999 cit in., Leo et al., 2010). Por sua vez Wallon (1968; Fonseca, 2005), debruçando-se sobre o desenvolvimento psicomotor, considera que a motricidade, enquanto primeira estrutura de relação e correlação com o meio, desencadeará a edificação do psiquismo, constituindo-se na primeira forma de expressão emocional e de comportamento, enquanto que Jean Piaget e Bryant Cratty sublinham a relevância do aparelho biológico para desenvolvimento intelectual (Cratty, 1968a, 1968c, 1973a cit in., Fonseca, 2005; Fonseca, 2005). A vertente dimensional que abarca o Corpo enquanto estrutura fundadora da psique encontra-se na prática clínica como objeto do processo terapêutico, contribuindo de

modo indispensável para a fundação da pessoa e conseqüente possibilidade de estabelecimento da relação terapêutica.

Rodrigues (2005) afirma que a noção de Corpo funciona como uma representação central, mediante a qual se referenciam todas as restantes representações, encontrando-se presente no desenvolvimento individual. A base da consciência, expressa na estruturação da autorrepresentação, é possibilitada através da representação do poder sensório-motor do Corpo próprio, desenvolvida mediante a realização das ações, assim como da vivência das suas respetivas sensações e afetos. O carácter desenvolvimental intrínseco à dimensão corporal é expresso mediante a vivência pessoal dos psicólogos através da experiência (relativa ao Corpo de forma mais particular) e desenvolvimento pessoal, como contributo à construção identitária e descoberta pessoal durante o processo terapêutico, revelando mudanças alcançadas na esfera relacional terapêutica.

Ao que ao carácter fisiológico e sensorial diz respeito, Damásio (1999 cit in., Rodrigues, 2005) considera que a consciência individual sobre o próprio se apoia em estados orgânicos, atendendo à forma como determinados componentes funcionam e interagem de certo modo. Enquanto elemento da dimensão corporal, o carácter sensorial está na prática clínica através da vertente somática expressa no âmbito do paradigma psicossomático, contribuindo para tal assunção a exploração corporal dos terapeutas e explicitando o seu papel na relação terapêutica através da sua vertente comunicativa e estabelecimento da ligação entre terapeuta e cliente.

Ao analisar com maior detalhe os aspetos inerentes ao contexto e prática clínica em si, e, de acordo com Ramos et al. (2012), a Comunicação não verbal auxilia o técnico de saúde à perceção do tipo de relação que experiencia com o seu paciente/cliente e conseqüentemente análise, delineamento e avaliação do melhor plano de cuidados a prestar ao sujeito, atendendo às suas necessidades particulares. O conhecimento e experientiação de sinais não verbais capacitam o técnico para a deteção e interpretação de diversos estados subjetivos, melhorando a eficiência e competência profissional. Em concordância com tais afirmações, os participantes desta investigação referem de forma mais frequente a presença da dimensão corporal na prática clínica como o processo comunicacional da relação terapêutica, enquanto estrutura constituinte de unicidade e

desenvolvimento pessoal (no que concerne ao conhecimento próprio) e dotada de competência comunicacional (conceção derivada da vivência pessoal dos psicólogos participantes), cujo papel na relação terapêutica se encontra na linguagem do sintoma somático e restante informação transmitida através da comunicação não verbal que indica sinais de mudança originados pelo processo terapêutico.

Atendendo à impossibilidade de separação dos aspetos psicológicos e biológicos, a medicina psicossomática constitui como campo epistemológico “o estudo das relações mente corpo com ênfase na explicação da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais.” (Ekstermam, 1992, p.77 cit in., Cerchiari, 2000). O sistema somático está presente na prática clínica enquanto entendimento do ser, originado pela história pessoal e vivência do corpo próprio, encontrando-se na relação terapêutica como elemento expressivo da dimensão psicológica.

A empatia (sentimento de sensibilização para com as mudanças sentidas e refletidas pelo outro) assume um lugar de destaque na relação entre médico/terapeuta e paciente. Para Gadamer (1994 cit in., Costa et al., 2010) a vivência do sentimento de familiaridade, confiança e colaboração por parte do paciente constituem fatores de suma importância para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos. Por sua vez, Leijssen (2006) considera que a consciência das reações corporais e sinais não verbais localiza os intervenientes do ponto de vista espaço-temporal, possibilitando uma intervenção e avaliação atendendo ao momento presente. A dimensão corporal apresenta-se na prática clínica através da vivência da relação terapêutica segundo a experiência e desenvolvimento pessoal (relativo ao conhecimento corporal) adquirido pelos psicólogos ao longo das suas histórias. Desempenha ainda um papel fundador no âmbito da relação terapêutica ao manter a abertura e possibilidade de uma relação de ajuda, que graças ao seu carácter expressivo e comunicativo conecta e aproxima os diferentes intervenientes no processo.

Segundo o resultado das investigações realizadas por Greenberg et al. (2002 cit in., Leijssen, 2006) acerca das experiências empáticas vividas por diversos terapeutas, constatou-se o recurso às respostas corporais próprias como ferramenta para encontrar a conexão mais precisa, de modo a direcionar a intervenção de acordo com o

entendimento alcançado acerca da problemática do cliente. Para Leijssen (2006), o reconhecimento da existência da linguagem corporal por parte do cliente promove e permite o contacto afetivo, tornando exequível a evocação de memórias importantes. A dimensão corporal está na prática clínica enquanto objeto em si do processo terapêutico mediante a experiência vital e corporal respeitante à história pessoal dos respondentes, surgindo na relação terapêutica como estrutura que fornece elementos que permitem a compreensão do funcionamento do cliente e como elemento integrativo do Psicossoma. Quanto aos aspetos dimensionais do Corpo presentes na avaliação e intervenção em contexto clínico, emerge da vivência dos psicólogos a unicidade do ser, ao exercer influência sobre o planeamento e estruturação da intervenção. Na relação terapêutica, o Corpo configura-se como instância norteadora, como elemento essencial na orientação da intervenção a realizar com o cliente.

O carácter único e irrepitível de cada sujeito, detentor de um Corpo promotor de sentido e significado, que se encontra em constante relação/interação com o mundo exterior e, conseqüentemente, em processo contínuo de redefinições (Molon, 2003 cit in., Molon, 2011; Polak, 1997 cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008) assume um papel de destaque e relevância junto da prestação de cuidados de saúde. O Corpo oferece o seu contributo para o estabelecimento de um nível de relação interpessoal entre os vários intervenientes que torne possível a humanização do atendimento e eficácia da terapêutica adotada (Ramos et al., 2012). A dimensão corporal apresenta-se na prática clínica mediante a unidade que constitui o sujeito, e que para a qual a história pessoal e vivência corporal dos psicólogos exerceu o seu contributo, espelhando na relação terapêutica a impossibilidade de ser e estar na ausência do Corpo.

Para Damásio (1999 cit in., Rodrigues, 2005), a importância dos estados orgânicos reside no papel que desempenham na consciência tida pelo sujeito sobre si mesmo, na medida em que a representação de um ser individual se apoia em tais estados. Enquanto parte integrante da autoconsciência, a imagem corporal constitui-se na representação que o indivíduo tem do seu corpo na sua mente, da forma como sente o Corpo - sensações tácteis, térmicas e de dor (Schilder, 1999 cit in., Veras, 2010). A formação da imagem corporal abarca níveis anatomofisiológicos, psíquicos, personalísticos e sociais, inter-relacionados entre si (Barros, 2005; Penna, 1990). Relativamente aos aspetos dimensionais relacionados com a incapacidade e limitação

físicas do Corpo na prática clínica, encontram importância na história pessoal dos terapeutas através do seu próprio desenvolvimento e construção da identidade, cujo papel na relação terapêutica assenta no paradigma integrativo do psicossoma e na ligação de natureza mais projetiva referente às alterações corporais experienciadas conseguida entre terapeuta e cliente.

Ao longo do desenvolvimento humano, verifica-se uma mutabilidade de papéis, significados e vivências atribuídos ao Corpo, que varia de acordo com a maturação biológica e transformações sofridas ao longo da existência. A título exemplificativo, no decorrer da adolescência, caracterizada por um conjunto vasto de mudanças corporais que visam a maturação orgânica, através do desenvolvimento dos órgãos sexuais, o Corpo torna-se no centro da vida do jovem adolescente. Este é investido de um valor de experimentação e exploração pessoal, assim como de expressão e reconhecimento social (Pais et al., 2012). A dimensão reprodutiva do Corpo presente na prática clínica transita da história pessoal e vivência corporal do terapeuta mediante a sua experiência de vida, que o alerta e elucida para as alterações sofridas pelo Corpo ao longo da existência.

Atendendo aos principais pressupostos da psicologia transpessoal, cujo enfoque se centra na exploração de diferentes estados de consciência, aspetos ontológicos, dimensão do self, valores e potenciais evolutivos e bem-estar psicossocioespiritual, o bem-estar corporal funciona como ponto de partida para o desenvolvimento humano (Silva, 2008). O Corpo, enquanto dimensão que estabelece a relação entre os aspetos psicológicos e espirituais na prática clínica, surge aliado à experiência do próprio, de acordo com a história pessoal do psicólogo respondente, apresentado-se na relação terapêutica como estrutura integrante da identidade e indispensável para a aceitação própria.

No que concerne à vivência pessoal, o Corpo e a experiência de vida encontram-se diretamente relacionados, na medida em que a própria experiência de vida está ligada ao tipo de Corpo possuído (estrutura, forma, deficiências, limitações) (Overton, 1997 cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008). Como ferramenta de apoio à concretização do potencial humano, a psicologia transpessoal recorre a determinadas técnicas de libertação psicocorporais e de controlo respiratório, como o mindfulness (técnica de

atenção plena). O principal resultado desta técnica reside na percepção alcançada do próprio ato de respirar. Este é encarado como um elo de ligação entre o consciente e o subconsciente, tratando-se do fenómeno físico que simboliza o Corpo de forma abrangente e possibilita a inclusão de elementos psicoespirituais (Kossak, 2009; Rowan, 2000). A experiência de vida dos terapeutas expressa-se na relação terapêutica mediante a concepção de que o Corpo contribui para a construção da identidade do sujeito, enquanto que o contributo da experiência do próprio corpo situa-se no auxílio da compreensão do cliente e conseqüente sucesso da ligação entre si e o terapeuta.

De acordo com a existência de respostas que apontam para a unicidade do sujeito e o seu processo desenvolvimental, são novamente resgatadas as abordagens que consideram o Corpo como elemento ativo e coparticipante na construção da subjetividade (Dentz, 2008; Merleau-Ponty, 1994, cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008; Merleau-Ponty, 1999; Molon, 2003 cit in., Molon, 2011; Pais et al., 2012; Polak, 1997 cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008), cujo papel se constitui determinante em todas as esferas desenvolvimentais (Anzieu, 1995; Cash et al., 2002; Cratty, 1968a, 1968c, 1973a cit in., Fonseca, 2005; Damásio, 1999 cit in., Rodrigues, 2005; Favilli, 2005 cit in., Barbosa et al., 2008; Fonseca, 1989; Fonseca, 2005; Goldfarb, 1998; Golse, 2002; Leo et al., 2010; Pais et al., 2012; Rodrigues, 2005; Wallon, 1968; Winnicott, 1975; Winnicott, 1967 cit in., Leo et.al., 2010; Winnicott, 1999 cit in., Leo et.al., 2010). O Sentido de unicidade vivido pelo sujeito encontra-se na relação terapêutica através do olhar do Corpo como unidade que possibilita o encontro terapêutico. Já o desenvolvimento pessoal alcançado ao longo da vida permite que o Corpo seja encarado como estrutura que contribui para a identidade própria.

Torna-se mais uma vez explícito o papel da comunicação não verbal no auxílio à leitura emocional do cliente e sua contribuição para o sucesso da intervenção, assim como o carácter relacional e comunicacional do Corpo, que se compõe como meio privilegiado de relação e comunicação (Fonseca, 2005; Ramos et al., 2012). De acordo com a literatura, o toque, enquanto intervenção formal e sistematizada, abre a possibilidade à canalização de afetos e sentimentos mais profundos vivenciados pelo cliente, assim como ao restabelecimento da dimensão saudável e significativa das relações fora do contexto clínico (Leijssen, 2006; White, 2002). A vivência dos aspetos comunicacionais no decorrer da existência dos psicólogos encontra-se na relação

terapêutica não só pela comunicação estabelecida entre os intervenientes, como também pela indicação que fornece ao terapeuta sobre a eficácia ou não do processo terapêutico.

Para Sami-Ali a questão psicossomática deve ser considerada na relação onde não exista cisão entre o psíquico e o orgânico. O autor considera que nos encontramos em relação desde a concepção, na medida em que o que existe é algo que nos remete a uma relação original, existente pré e pós-nascimento (1987 cit in., Cerchiari, 2000). Atendendo à concepção da impossibilidade de separação do Corpo e da Mente derivada da história pessoal e vivência corporal do psicólogo, o Corpo assume um papel expressivo, no interior da relação terapêutica, do que se passa no universo mental do cliente, quer seja através do sintoma somático ou da não aceitação de uma nova realidade corporal que seja fonte de mal-estar e sofrimento.

O papel do Corpo na relação terapêutica é explícito mediante diversas formas, abordadas em seguida de um modo fundamentalmente teórico e por ordem de referência. A sintonia empática espontânea entre duas pessoas é expressa pela linguagem corporal. Trata-se da forma mais básica e primitiva de empatia natural, sendo que a sincronia mimética funciona como resposta natural e automática à experiência de estar com o outro (Cooper, 2001 cit in., Leijssen, 2006; Davis et al., 1994 cit in., Leijssen, 2006; Stern, 1995 cit in., Leijssen, 2006). A empatia assume particular importância no âmbito do setting terapêutico, visto ser uma das condições necessárias e suficientes essenciais à mudança (Rogers, 1957 cit in., Machado, 2006). Relativamente aos dados que remontam à ligação entre terapeuta e cliente, e à semelhança do que foi evidenciado na prática clínica, as respostas corporais dos próprios terapeutas são uma ferramenta de alcance ao estabelecimento da conexão com a experiência do cliente (Greenberg et al., 2002 cit in., Leijssen, 2006). No que concerne ao cliente, o reconhecimento da existência da linguagem corporal facilita o contacto afetivo (Leijssen, 2006).

Abreu (2011) afirma que o Corpo do outro surge investido de forma imediata por diversas significações, que determinarão o modo como agimos sobre ele (leitura realizada acerca das suas ações e constituintes). A ação, enquanto possibilidade prática de expressão dos movimentos, reflete padrões de comportamento a diferentes níveis -

peçoal, cultural, histórico e social (Barcellos, 2012). A utilização da informação contida na significação e ação do Corpo auxiliam o conhecimento e compreensão do cliente.

Dado o seu aspeto fundador da relação terapêutica, regressamos ao conceito de Corpo como estrutura unitária, dotada de um enorme poder de síntese e imprescindível à relação, sem a qual não é possível entender o funcionamento humano (Dentz, 2008; Forghieri, 1993 cit in., Abreu, 2011; Merleau-Ponty, 1994, cit in., Scorsolini-Comin et al., 2008; Merleau-Ponty, 1999; Molon, 2003 cit in., Molon, 2011; Pais et al., 2012; Polak, 1997 cit in., Scorsolini-Comin et.al., 2008).

O Corpo, enquanto fonte de informação (através da comunicação não verbal), oferece a ambos os intervenientes no processo terapêutico uma avaliação confiável do mesmo (Leijssen, 2006), devendo o terapeuta interpretar corretamente a linguagem corporal, com o objetivo de delinear o plano de cuidados adequado (Ramos et al., 2012) e perceber, no continuar do processo, os progressos conseguidos. O espelhamento de posições corporais, juntamente com a sincronização inconsciente de ações entre os sujeitos, auxilia ao desenvolvimento e manutenção da relação interpessoal (Cooper, 2001 cit in., Leijssen, 2006; Davis et al., 1994 cit in., Leijseen, 2006; Stern, 1995 cit in., Leijssen, 2006), mobilizando os intervenientes para a procura da relação terapêutica.

Atualmente, as clínicas médica e psicológica/psicoterapêutica apresentam uma visão holística do sujeito, onde os aspetos psicológicos e biológicos são inseparáveis, contribuindo para tal conceção a introdução do termo psicossomático realizada por Heinroth & Alexander (Ramos et al., 2012).

Como elemento constituinte da identidade pessoal, a vivência do Corpo próprio surge como um dos seus suportes fundamentais. Segundo Talamoni (2008), a construção individual passa, em primeiro lugar, pela criação e elaboração da autoimagem, como um exercício reflexivo do sujeito sobre si mesmo.

De acordo com os resultados obtidos, o Corpo exerce um papel múltiplo e integrativo na prática clínica do psicólogo, fortemente aliado à unicidade e subjetividade do sujeito ao exprimir características necessárias ao processo de construção interna e externa interrelacionadas e coparticipantes na formação pessoal.

A dimensão corporal integra os aspetos comunicativos, os aspetos emocionais, os aspetos sensoriais, percetivos e de ação, os aspetos relacionais (na sua vertente interna, externa e holística relativamente ao sujeito) e os aspetos desenvolvimentais (que possibilitam a formação do psiquismo e contribuem para o desenvolvimento pessoal).

A dimensão corporal na prática clínica apresenta-se na relação estabelecida entre a dimensão psicológica e espiritual (na construção unitária do sujeito), na relação terapêutica (nos aspetos inerentes à sua formação e vivência, comunicação estabelecida e expressão da unicidade dos seus intervenientes), no processo terapêutico (como objeto do mesmo ou como dimensão de suporte ao processo de avaliação e intervenção), como expressão da dimensão fisiológica (decorrentes do seu carácter reprodutivo e da vivência de um Corpo limitado fisicamente) e como elemento integrante do sistema psicossomático.

A história e vivência pessoal do psicólogo exerce influência sobre a dimensão corporal presente na sua prática clínica através da própria unicidade sentida, do cúmulo de experiências vividas (onde se insere a experiência adquirida através do Corpo próprio), do seu processo de desenvolvimento pessoal (inerente à construção da identidade, ao autoconhecimento e à descoberta pessoal envolvida e decorrente do processo terapêutico), da visão holística atribuída ao sistema psicossomático e das competências comunicacionais alcançadas.

Segundo a perspetiva do psicólogo, o papel do Corpo no estabelecimento da relação terapêutica é intrínseco à sua fundação (enquanto elemento imprescindível à relação e que comporta a unicidade do sujeito), facilita a compreensão do funcionamento do cliente, constitui-se como um veículo comunicativo e de expressão própria indicadora de mudança decorrente do processo terapêutico, apresenta-se na ligação entre psique e soma enquanto entendimento do ser e como elemento integrante da identidade e aceitação próprias do sujeito.

Conclusões

Mediante a análise de conteúdo realizada na presente investigação, é possível concluir que na perspetiva destes psicólogos portugueses o Corpo é concebido e valorizado na sua dimensão comunicativa e de vivência da unicidade do sujeito, encontrando-se presente na prática clínica essencialmente pelo processo comunicacional que é desenvolvido na relação terapêutica, quer enquanto objeto do próprio processo terapêutico quer ainda enquanto elemento de avaliação e intervenção clínica. Relativamente ao contributo da história e vivência pessoal para a influência da conceção da dimensão corporal na sua prática clínica, é atribuída maior relevância à experiência adquirida e à vivência do corpo próprio enquanto fonte de conhecimento e desenvolvimento pessoal, respeitante ao carácter úno do sujeito. No âmbito do estabelecimento da relação terapêutica, o Corpo é visto de forma mais notória por parte dos profissionais como um veículo comunicativo de comportamentos, emoções e cognições e que torna possível a ligação entre terapeuta e cliente, no que diz respeito à partilha de experiências, sentimentos e relativamente ao desenvolvimento empático. Apesar da multiplicidade de elementos emergentes da investigação, estes resultados revelam uniformidade em torno da leitura e abordagem conceptual do Corpo nos seus diversos papéis, ao salientar de forma constante a vertente comunicacional e relacional que lhe é inerente.

No decorrer do presente estudo verificou-se a existência de diversas limitações, que poderão ter influenciado os resultados obtidos.

As primeiras encontram-se relacionadas com a própria natureza do mesmo. Tratando-se de uma investigação exploratória, houve a necessidade de criar um instrumento de investigação passível de cumprir os pressupostos investigativos estipulados, dada a ausência de instrumentos previamente validados que pudessem desempenhar tal função. A par deste facto, a ausência de estudos com as mesmas características e objetivos limitou não só a própria revisão bibliográfica como a comparação e corroboração dos resultados obtidos. No que concerne aos participantes que integraram a investigação, o seu número revelou-se reduzido e pouco

representativo do universo profissional, pois mais de metade dos sujeitos são detentores de Doutoramento, conferindo menor validade externa ao estudo.

Enquanto sugestões de interesse para estudos futuros, apontam-se a realização de entrevistas presenciais, como instrumento de investigação que poderá aumentar a qualidade e riqueza da informação obtida, e o enfoque atribuído à formação psicoterapêutica dos participantes, através do cruzamento profissional referente ao tipo de formação psicoterapêutica, por exemplo, de modo a verificar e, conseqüentemente, compreender, de que forma os diferentes tipos de formações em diferentes tipos de associações podem transmitir visões diferentes sobre o lugar do corpo na prática profissional clínica dos psicólogos.

Esta investigação não só contribui de forma relevante para a confirmação e compreensão da existência de um lugar de destaque dado ao Corpo no âmbito da prática profissional clínica dos psicólogos portugueses, como também confere à literatura da corporeidade um olhar versátil e ao mesmo tempo aglutinador sobre as diversas facetas e áreas de estudo envolvidas no seu próprio constructo. A importância encontrada do Corpo na intervenção clínica psicológica, sobretudo no que concerne aos aspetos relacionais inerentes ao processo terapêutico, mas também aos aspetos técnicos e avaliativos, aponta para a pertinência da formação e sensibilização dos futuros profissionais.

Referências bibliográficas

- Abreu, E. (2011). Por uma escuta que possa “Corporar”. *Revista Modus*, 6, 57-69.
- Aldridge, D. (1996). The body, its politics, posture and poetics. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 105-112.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Aristóteles. (2001). *Da Alma*. Lisboa: Edições 70.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. *Psicoutp*, 1, 1-11.
- Balsamo, A. (1995). Forms of Technological Embodiment: Reading the Body in Contemporary Culture. *Body & Society*, 1, 215-237.
- Barbosa, R., Matos, P., & Costa, M. (2008). O corpo falado pelos jovens adultos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 12, 379-402.
- Barcellos, J. (2012). *Danças Circulares Sagradas: Pedagogia da Presença, do Ritmo, da Escuta e Olhar Sensíveis* (Dissertação de Mestrado em Educação não editada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2, 547-554.
- Berg, M., & Harterink, P. (2004). Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice. *Body & Society*, 10, 13-41.
- Bernard, M. (1995). *Les corps*. Paris: Éditions du Seuil.
- Bitti, P., & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social*. Lisboa: Editora Estampa.

- Borsa, J., & Nunes, M. (2008). O sujeito/pesquisador na pesquisa em psicologia clínica. *Psicol. Argum.*, 26, 47-54.
- Brito, S. (2008). Psicologia clínica: procura de uma identidade. *Psilogos*, 4/5, 63-68.
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *A Body Image*. New York: The Guilford Press.
- Cerchiari, E. (2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20, 64-79. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>.
- Cervo, A., & Bervian, P. (1983). *Metodologia Científica*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Chung, H., Lee, H., Chang, D., Kim, H., Lee, H., Park, H., & Chae, Y. (2012). Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Educacional and Counseling*, 89, 387-391.
- Compas, B., & Gotlib, I. (2002). *Introduction to Clinical Psychology*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Costa, A. (2014). *Vinculação, Aliança Terapêutica e Mudança em Psicoterapia* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não editada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Costa, F., & Azevedo, R. (2010). Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 261-269.
- Dentz, R. (2008). Corporeidade e subjetividade em Merleau-Ponty. *Porto Alegre*, 1, 296-307.
- Descartes, R. (1991). *Discurso do Método*. Lisboa: Guimarães.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9, 381-387.
- Escoval, H. (1999). Psicoterapias humanistas e existenciais – estudo comparativo. *A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos*, 3, 42-51.
- Feltham, C. (2008). Here comes everybody: Multicultural perspectives on the body in counselling, psychotherapy and mysticism. *Counselling Psychology Quarterly*, 21, 133-142.

Fernandes, A. (2007). *Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte* (Dissertação de Mestrado em Medicina não editada). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Fernandes, E., & Pinho, C. (2007). *Neuropsicomotricidade, desenvolvimento humano e aprendizagens sadias*. Porto: Edipanpa Editora.

Filho, I., Ponce, R., & Almeida, S. (2009). As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygostski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola. *Psic. da Ed*, 29, 27-55.

Fonseca, V (1989). *Desenvolvimento humano. Da filogénese à ontogénese da motricidade*. Lisboa: Editorial Notícias.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

Freud, S. (1923-1925). *O Ego e o Id e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Fuentes, D., Malloy-Diniz, L., Camargo, C., & Consenza, R. (Coord.). (2008). *Neuropsicologia – teoria e prática*. Porto Alegre: Arned.

Goldfarb, D. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Editora do Psicólogo.

Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.

Greening, T.C. (1975). *Psicologia Existencial-humanista*. Rio de Janeiro: Zahar.

Greiner, C., & Katz, H. (2001). Corpo e Processos de Comunicação. *Revista Fronteiras – estudos midiáticos*, 3, 65-74.

Hazin, I., Leitão, S., Garcia, D., Lemos, C., & Gomes, E. (2010). Contribuições da Neuropsicologia de Aleksandr Romanovich Luria para o debate contemporâneo sobre relações mente-cérebro. *Mnemosine*, 6, 88-101.

- Koch, S., & Fuchs, T. (2011). Embodied arts therapies. *The Arts in Psychotherapy, 38*, 276-280.
- Kossak, M. (2009). Therapeutic attunement: A transpersonal view of expressive arts therapy. *The Arts in Psychotherapy, 36*, 13-18.
- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology, 46*, 126-146.
- Leo, A., & Vilhena, J. (2010). A dimensão corporal da experiência psíquica. *Tempo psicanalítico, 42*, 153-161.
- Machado, C. (2006). *Em torno do conceito de empatia*. Universidade de Évora: Departamento de Psicologia (documento policopiado).
- Manning, L. (2012). *A neuropsicologia clínica – Uma abordagem cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Mauss, M. (1974). *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU.
- May, R. (1961). *Existential Psychology*. New York: Random House.
- McRay, D. (2009). The Continuing Evolution of Touch in Psychotherapy. *USABPJ, 8*, 40-47.
- Mehrabian, A. (1969). Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin, 71*, 359-372.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mesquita, R. (1997). Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Rev. Paul. Educ. Fís., 11*, 155-163.
- Milles, A. (1998). Women's Bodies, Women's Selves: Illness Narratives and the "Andean" Body. *Body & Society, 4*, 1-19.
- Molon, I. (2011). Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. *Psicologia em Estudo, 16*, 613-622.
- Monteiro, M. & Ferreira, P. (2008). *Ser Humano*. Porto: Porto Editora.

Moysés, G., & Morri, R. (2007, outubro). *Coleta de dados para a pesquisa acadêmica: um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário*. Comunicação apresentada no 27º Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Foz do Iguaçu.

Nery, M., & Costa, L. (2008). A pesquisa em psicologia clínica: do indivíduo ao grupo. *Estudos de Psicologia, 2*, 241-250.

Oliveira, A. (2012). A psicologia de Platão: sobre a teoria da psyché (alma) humana no diálogo Fedro, a partir das categorias do apolíneo e do dionisiaco. *Plêthos, 2*, 176-197.

Omote, S., & Carrara, K. (2005). Versão eletrônica de questionário e o controle de erros de resposta. *Estudos de Psicologia, 10*, 397-405.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Pallaro, P. (1996). Self and body-self: dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy, 23*, 113-119.

Pais, J., Bendit, R., & Ferreira, S. (2012). *Jovens e Rumos*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Penna, L. (1990). Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. *Psicologia-UPS, 1*, 167-174.

Piaget, J. (1986). *O Nascimento da Inteligência na Criança*. Lisboa: Dom Quixote.

Pinheiro, M. (2005). Aspetos históricos da neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores. *Educar, 1*, 175-196.

Platão. (1989). *Fedro/Platão*. Lisboa: Edições 70.

Ramires, V., & Schneider, M. (2010). Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 25-33.

Ramos, A., & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC, 14*, 164-170.

- Ramos, M. (2008). *Análise das Características Psicométricas do Working Alliance Inventory – Short Revised* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica não editada). Universidade do Minho, Braga.
- Ribeiro, E. (2005). *Existência e corporeidade: A Questão da Psicossomática na Abordagem Fenomenológico-Existencial* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica não editada). Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial, Rio de Janeiro.
- Ribeiro, E. (Coord.). (2008). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Rodrigues, D. (2005). *O corpo que des(conhecemos)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Roten, Y., Darwish, J., Stern, D., Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). Nonverbal Communication and Alliance in Therapy: The Body Formation Coding System. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 425-438.
- Rowan, J. (2000). The three bodies in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counseling, 3*, 193-207.
- Santos, M. (2006). *Dançoterapia Integrativa: Uma metodologia de intervenção nos Comportamentos Agressivos* (Tese de Doutoramento em Psicologia não editada), Universidade de Évora, Évora.
- Scorsolini-Comin, F. & Amorim, K. (2008). Corporeidade: uma revisão crítica da literatura. *Psicologia em Revista, 14*, 189-214.
- Serlin, I. (1996). Body as text: a psychological and cultural reading. *The Arts in Psychotherapy, 23*, 141-148.
- Silva, A. (2008). *Valores humanos e transformação num contexto transpessoal* (Monografia de Pós-Graduação em Psicologia Transpessoal). Centro Educacional de Blumenau & Alubrat, Campinas, São Paulo.
- Silva, F. (2009). Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psic. da Ed., 28*, 169-195.

- Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B., & Silva, M. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. Latino-am. enfermagem*, 8, 52-58.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescente - Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Talamoni, A. (2008). Corpo, educação e saúde: percepções de jovens adolescentes. *Cadernos de História da Ciência*, 6, 69-84.
- Veras, A. (2010). Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6, 94-117.
- Wallon, H. (1968). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.
- Wallon, H. (1970). *Do ato ao pensamento*. Lisboa: Moraes Editores.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmática da comunicação humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- White, K. (2002). A Study of Ethical and Clinical Implications for the Appropriate Use of Touch in Psychotherapy *USA Body Psychotherapy Journal*, 1, 1-10.
- Winnicott, D. (1975). *Through peadiatrics to psycho-analysis*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Anexos

Anexo I - Declaração de consentimento informado

Chamo-me Sandra Pereira e sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Évora. Encontro-me a elaborar uma investigação sobre o Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo e, nesse sentido, gostaria de o(a) convidar a responder a algumas questões abertas à sua reflexão.

Este questionário é anónimo e confidencial, servindo as informações recolhidas meramente para fins de investigação. Caso deseje poderá, a qualquer momento, colocar todas as dúvidas e/ou questões que considerar importantes acerca deste estudo, sendo estas respondidas de forma célere e esclarecedora.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Sandra Isabel Costa Pereira - (scpereira.7@gmail.com;
sandra.i.c.pereira_90@hotmail.com)

Professora Doutora Maria da Graça Duarte Santos - (mgss@uevora.pt)

Declaro que li e compreendi o texto acima e aceito participar neste estudo*

Desejo ter acesso aos resultados desta investigação

E-mail para envio de resultados:

Anexo II - Pedidos de colaboração

Diferentes Instituições

Bom dia,

Chamo-me Sandra Pereira e sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de Évora. No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, encontro-me neste momento a elaborar uma investigação intitulada o 'Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo', orientada pela Professora Doutora Maria da Graça Duarte Santos. Neste sentido, gostaria de pedir a colaboração da vossa Instituição para que possa fazer chegar, junto dos psicólogos que integram a vossa equipa de trabalho, o seguinte questionário, de carácter anónimo e confidencial cujos dados serão utilizados apenas para fins investigativos respeitantes ao próprio estudo.

Desde já, agradeço a Vossa disponibilidade e conto com a Vossa colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Pereira.

Associações e Sociedades de Psicoterapia protocoladas pela OPP

Bom dia,

Chamo-me Sandra Pereira e sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de Évora. No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, encontro-me neste momento a elaborar uma investigação intitulada o 'Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo', orientada pela Professora Doutora Maria da Graça Duarte Santos. Neste sentido, gostaria de pedir a colaboração da vossa Associação/Sociedade para que possa fazer chegar, junto dos vossos membros efetivos e/ou formandos, o seguinte questionário, de carácter anónimo e confidencial cujos dados serão utilizados apenas para fins investigativos respeitantes ao próprio estudo.

Desde já, agradeço a Vossa disponibilidade e conto com a Vossa colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Pereira.

Psicólogos

Bom dia,

Chamo-me Sandra Pereira e sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de Évora. No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, encontro-me neste momento a elaborar uma investigação intitulada o 'Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo', orientada pela Professora Doutora Maria da Graça Duarte Santos. Neste sentido, gostaria de pedir a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, de carácter anónimo e confidencial cujos dados serão utilizados apenas para fins investigativos respeitantes ao próprio estudo.

Desde já, agradeço a Sua disponibilidade e conto com a Sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Pereira.

Anexo III - Questionário "O Lugar do Corpo na Prática Clínica do Psicólogo"

Informação Sociodemográfica

Gênero:

Idade:

Grau acadêmico:

Licenciatura

Pós-graduação ou Mestrado

Doutorado

Área de especialização:

Tempo de serviço:

Anos de experiência profissional clínica enquanto psicólogo(a):

Realizou formação psicoterapêutica? Se sim, em que Sociedade/Associação/Outro:

Questionário de resposta aberta

1 – Para si, que elementos integram a dimensão corporal?

2 - Na sua perspectiva, de que modo a Dimensão Corporal está presente na sua prática clínica? E o que é que ela envolve?

3 – Parece-lhe que a sua História Pessoal e a vivência do seu próprio Corpo influenciam a sua resposta à questão anterior? Se sim, de que modo?

4 – Qual é, na sua perspectiva, o papel do Corpo (dos diferentes sujeitos intervenientes) no estabelecimento da relação terapêutica? Pode dar exemplos?

Anexo IV - Grelha de análise temática e categorial

Tema I – Dimensão Corporal – Elementos

O tema I foi abordado mediante a colocação da questão “*Para si, que elementos integram a Dimensão Corporal?*”, que procurou perceber quais são os elementos considerados pelos participantes como integrantes da Dimensão Corporal.

Em seguida, é realizada a análise de cada categoria emergente das respostas obtidas pelos participantes:

1.Comunicação

1.1.Geral

“(…) comunicação” (Suj. 4);

“(…) comunicação” (Suj. 5);

“Corpo como lugar (...) da comunicação da emoção.” (Suj. 7);

“(…) linguagem verbal e não verbal” (Suj. 27).

1.2.Comunicação não verbal

“Olhar” (Suj. 1);

“(…) voz” (Suj. 1);

“(…) postura/expressão corporal” (Suj. 1);

(…) expressão facial” (Suj. 1);

“(…) contacto corporal” (Suj. 3);

expressão através do corpo” (Suj. 3);

“Expressão” (Suj. 5);

“Postura” (Suj. 6);

“(…) mímica” (Suj. 6);

“(...) gestualidade” (Suj. 6);
“Comunicação (simbólica e não verbal)” (Suj. 8);
“Espaço pessoal” (Suj. 11);
“(...) postura” (Suj. 11);
“(...) orientação do corpo” (Suj. 11);
“(...) toque” (Suj. 11);
“A postura” (Suj. 13);
“(...) o toque” (Suj. 13);
“(...) a direção do olhar” (Suj. 13);
“(...) a expressão facial.” (Suj.13);
“Todo o corpo expressa uma linguagem através da expressão facial” (Suj.

15);

“(...) postura” (Suj. 15);
“(...) movimentos dos braços e mãos.” (Suj. 15);
“A expressão não verbal (Suj. 19);
“(...) a gestão do espaço físico na interação” (Suj. 19);
“Proximidade/distância” (Suj. 21);
“(...) postura corporal” (Suj. 21);
“(...) expressão facial” (Suj. 21);
“(...) toque” (Suj. 21);
“(...) tom de voz” (Suj. 21);
“(...) tempos de latência das intervenções” (Suj. 21);

“A utilização do corpo como forma de expressão de emoções e pensamentos” (Suj. 22);

“Posição corporal” (Suj. 27);
“(...) expressão corporal” (Suj. 27);
“(...) expressão corporal” (Suj. 32);
“(...) postura” (Suj. 32);
“(...) relaxamento” (Suj. 32);
“(...) respiração” (Suj. 32).

2.Motricidade

“(...) movimento” (Suj. 1);
“(...) o tónus muscular” (Suj. 13)
“(...) o movimento” (Suj. 13);
“(...) ritmo” (Suj. 32).

3.Imagem Corporal

“(...) cuidado com a aparência” (Suj. 1);
“(...) imagem corporal” (Suj. 3);
“Aspeto físico” (Suj. 6).

4.Processos emocionais

“Emoção” (Suj. 4);
“Corpo como lugar da emoção e da vivência” (Suj. 7);
“Sentimentos” (Suj. 16);
“(...) sentimentos” (Suj. 32);
“(...) emoções” (Suj. 32).

5.Formação da Psique

“Narcisismo corporal positivo ou negativo” (Suj. 6);

“Dimensão sensorial e somática vivida e construída através do vínculo” (Suj. 7);

“(…) corpo como lugar originário do self” (Suj. 7);

“(…) Identidade” (Suj.8).

6.Relação

6.1.Intrapessoal

“A forma como me sinto e me relaciono com o meu próprio corpo.” (Suj. 10).

6.2.Interpessoal

“Contacto corporal.” (Suj. 3);

“(…) capacidade de sintonia…” (Suj. 4);

“(…) contenção” (Suj. 5);

“O que o corpo do outro evoca ou convoca em mim.” (Suj. 10).

6.3.Unicidade

“Visão anti-cartesiana” (Suj.12);

“O corpo e tudo o que lhe diz respeito” (Suj. 17);

“Corpo físico, corpo vivido, corpo relacional” (Suj. 20);

“Aspetos físicos (verbais e não verbais), psicológicos, sociais e espirituais” (Suj. 24);

“Biológica e Psicológica” (Suj. 26);

“(…) constitui-se como o resultado do que é observável no corpo de cada sujeito, tendo como causa sentimentos, comportamentos ou pensamentos.” (Suj. 29);

“Todo o Corpo” (Suj. 33).

7.Organismo sensorial

“Sensações” (Suj. 16);

“Sintomas” (Suj. 16);

“Sensações” (Suj. 32).

8.Desenvolvimento pessoal

“Sensibilidade emocional e cognitiva face à evolução corporal individual” (Suj. 18);

“(…) como forma de experiencição de novos comportamentos que podem conduzir à mudança” (Suj. 22);

“Consciência corporal” (Suj. 28);

“(…) regulação emocional” (Suj. 28).

Notas importantes:

Respostas não categorizadas: Suj. 30 – “6”; Suj. 31 - “Não compreendo a pergunta”.

Tema II – Dimensão Corporal – Presença na Prática Clínica

O tema II foi apresentado através das questões *“Na sua perspectiva, de que modo a Dimensão Corporal está presente na sua prática clínica? E o que é que ela envolve?”*, que visaram a compreensão da presença da Dimensão Corporal na prática clínica do psicólogo.

Em seguida, é realizada a análise de cada categoria emergente das respostas obtidas pelos participantes:

1.Relação entre o psicológico e o espiritual

“Está interligada com a psique e a espiritualidade” (Suj. 10).

2.Relação terapêutica

2.1.Formação e vivência da relação terapêutica em si

“Envolve uma necessidade de conforto suficiente” (Suj. 4);

“Dá-nos sinais para os quais devemos estar atentos e que se relacionam com o aqui e agora do momento que se está a viver na relação com o outro.” (Suj. 10);

“O corpo é onde as emoções acontecem e é através das emoções na relação terapêutica que o paciente se pode reestruturar.” (Suj. 12);

“Papel importante no estabelecimento de relação terapêutica.” (Suj. 27).

2.2.Processo comunicacional

“(…) como forma de comunicação não verbal” (Suj. 1);

“No psicodrama é um instrumento de excelência é o corpo que nos fala e apenas num segundo tempo lhe emprestamos palavra.” (Suj. 3);

“Consciência/atenção ao que o corpo comunica…” (Suj. 4);

“Está presente de um modo transversal a toda a intervenção, configurando-se no não verbal e num espaço de conteúdos do verbal.” (Suj. 5);

“Envolve a comunicação estabelecida na relação terapêutica.” (Suj. 5);

“O não verbal define a relação e dá-nos feedback sobre a intervenção e caminhos a seguir.” (Suj. 11);

“(…) na forma como observo a dimensão corporal nos clientes e na forma como interajo corporalmente com eles, ou seja, na minha postura, olhar etc. No trabalho com crianças esta dimensão toma particular relevância, pois pode haver brincadeiras mais físicas.” (Suj. 13);

“(…) Determinante na relação porque mostra as emoções presentes e a proximidade - afastamento” (Suj. 15);

“Está sempre presente na forma como me comporto, nos gestos, na expressão facial, na aproximação ou distanciamento do outro, e na exploração com o outro da sua própria postura corporal e expressão facial” (Suj. 19);

“Linguagem corporal” (Suj. 20);

“(…) expressão da dor emocional no corpo físico” (Suj. 20);

“Enquanto principal veículo de comunicação de informação acerca da reverberação emocional” (Suj.21);

“Na forma como o corpo ocupa o espaço” (Suj. 22);

“A dimensão corporal é uma forma de comunicação, pelo que a postura, distância/aproximação, movimento, entre outros são elementos importantes na relação terapêutica.” (Suj. 26);

“Importante na comunicação verbal e não verbal.” (Suj. 27);

“Está presente na atenção ao que o corpo mostra e ao que o corpo pode esconder” (Suj. 29);

“(…) no processo comunicacional (não verbal e verbal)” (Suj. 29).

2.3.Unidade

“Está sempre presente, explícita ou implicitamente: a separação corpo espírito é, como sabemos, artificial” (Suj. 17);

“(…) menos na emocional e vivencial/relacional/identitária, nos significados que esses sintomas representam, no significado do corpo para a pessoa (corpo numa perspectiva mais holística e una)” (Suj. 24).

3.Processo terapêutico

3.1.Objeto do processo terapêutico

“(…) por vezes, como objeto do processo terapêutico.” (Suj. 1);

“Na psicanálise há um corpo abstrato do qual se fala mas que não existe na sessão” (Suj. 3);

“Sempre, umas vezes mais conscientemente e outras vezes menos... Mais, sem dúvida, na prática com crianças.” (Suj. 4);

“O self corporal está permanentemente presente” (Suj. 6).

3.2.Avaliação e intervenção clínica

“(…) é pelo corpo que acontece uma parte importante da intervenção em psicoterapia.” (Suj. 21);

“(…) significa as relações (p.e., através da escultura familiar ou de casal, do presente, passado e/ou futuro)” (Suj. 22);

“(…) como suporta novas experiências (p.e., troca de lugares/papéis, exercícios de PNL).” (Suj. 22);

“Na avaliação clínica, na intervenção, questiono como sente no corpo, seja o que for” (Suj. 31);

“Dimensão diagnóstico (observação do participante)” (Suj. 32);

“(…) dimensão interventiva (técnicas expressivas)” (Suj. 32);

“(…) dimensão estratégica (utilização da minha linguagem corporal estrategicamente)” (Suj. 32).

4.Fisiologia

4.1.Reprodução

“Tudo o que ocorre no contexto dos meus interesses clínicos resulta de transformações específicas do corpo durante o ciclo reprodutivo” (Suj. 18).

4.2.Incapacidade e/ou limitação física

“A dimensão corporal é fundamental na minha prática, mais ainda porque trabalho com uma população com deficiência motora, em que as questões da vivência alterada do corpo e do narcisismo ligado à imagem do corpo são fundamentais.” (Suj. 7);

“Doença Crónica” (Suj. 8);

“Amputados” (Suj. 8);

“Cancro de Mama” (Suj. 8).

5. Psicossomática

“(…) Psicossomática” (Suj. 8);

“Queixas” (Suj. 16);

“Penso que está muito focalizada nas dimensões físicas (sintomas e aparência)” (Suj. 24);

“No sintoma” (Suj. 29).

“ao que o corpo pode (...) somatizar” (Suj. 29).

Notas importantes:

Respostas não categorizadas: Suj. 28 – “Diariamente”; Suj. 30 - “Está muito presente”; Suj. 33 - “Sempre quando uso Psicodrama e/ ou EMDR”.

Tema III – História Pessoal e Vivência Corporal

O tema III foi introduzido mediante a realização das questões *“Parece-lhe que a sua História Pessoal e a vivência do seu próprio Corpo influenciam a sua resposta à questão anterior? Se sim, de que modo?”*, que buscam o entendimento do papel da História Pessoal e Vivência Corporal de cada sujeito na concepção da presença da Dimensão Corporal na sua prática clínica.

Em seguida, é realizada a análise de cada categoria emergente das respostas obtidas pelos participantes:

1. Unicidade do sujeito

“Tudo o que eu sou influencia o processo terapêutico, positiva ou negativamente. O que não significa servir de modelo, nem querer que o outro se torne igual a mim, nem querer retirar benefícios pessoais.” (Suj. 1);

“Sim. Porque é a partir do que somos/fomos que comunicamos, interiorizamos e aplicamos as diferentes técnicas” (Suj. 4);

“Sim, eu (pessoa com história/ eu pessoa com formação) sou o meu instrumento de trabalho.” (Suj. 5);

“A linguagem corporal é reflexo da interioridade” (Suj. 15);

“Sim; não se pode "tirar" a pessoa do psicólogo; tendo mais consciência da minha própria postura e expressão emocional, por exemplo.” (Suj. 19).

2.Experiência

2.1.Experiência de vida

“(…) Os meus "pontos cegos" serão óbices ao processo. Quanto mais alargada, reflectida e compreendida for toda a minha experiência de vida, mais probabilidades tenho de poder compreender o outro.” (Suj. 1);

“Fui paciente quer em psicodrama quer em psicanálise, é inevitável que isso faça parte da minha leitura do mundo” (Suj. 3);

“(…) O terapeuta não se dissocia das suas vivências pessoais” (Suj. 8);

“Totalmente. O que eu sou agora é um conjunto de vivências que se foram construindo por vezes simultaneamente e outras vezes em fases diferentes ao longo da minha vida.” (Suj. 10);

“A minha história pessoal torna-me mais sensível e mais lúcido face às alterações que o nosso corpo experiencia” (Suj. 18).

2.2.Experiência do próprio corpo

“Sem dúvida. A experiência do próprio corpo, de prazer ou de dor para referirmos situações extremas, influenciam a forma como tomamos em consideração a dimensão corporal” (Suj. 17);

“Compreensão de como o corpo físico expressa o corpo emocional” (Suj. 20);

“Totalmente. Não apenas a forma como lidamos com o nosso próprio corpo” (Suj. 21);

“Neste caso em particular, uma vivência positiva, comigo mesma e com o meu corpo ajuda-me a estar mais disponível a atenta aos outros e àquilo que o corpo representa para cada pessoa em particular” (Suj. 24);

“Pela prática diária de mindfulness” (Suj. 28);

“Sim, sempre tive que evoluir na relação com o meu corpo” (Suj. 33).

3.Desenvolvimento pessoal

3.1.Construção da identidade

“Sim, pois apesar de não viver com uma deficiência, atravessei todas as vicissitudes relacionadas com o gostar do meu corpo ao longo do crescimento e com a construção da minha identidade corporal.” (Suj. 7);

“Sim, ajudou-me a estar mais à vontade com o corpo” (Suj. 11).

3.2.Autoconhecimento ao longo da vida

“Sim. Se eu estivesse muito preocupada com questões do meu corpo, teria mais dificuldade em me sentir confortável e livre para observar e interagir de forma espontânea.” (Suj. 13);

“Sim. Pelo conhecimento do próprio corpo e seus desígnios” (Suj. 29);

“Claro. Só a exploração do meu próprio corpo, sua expressividade, sua patologia expressiva, me permitiu utilizá-lo como emissor e receptor.” (Suj 32).

3.3.Descoberta pessoal no decorrer do processo terapêutico

“(…) Para mim, o processo terapêutico é uma descoberta conjunta da pessoa do analisando, no sentido do seu desenvolvimento como pessoa, segundo o seu próprio desejo.” (Suj. 1);

“Sim na medida em que tento sentir em mim o que o sujeito sente nele próprio.” (Suj. 6);

“Sim, pois a relação terapêutica só existe na autenticidade, sendo que cada um dos intervenientes daquela relação, se apresenta como produto da sua história de

vida. (...) e a qualidade da relação prende-se também, ou essencialmente, com as características do próprio terapeuta.” (Suj. 8).

4. Psicossomática

“Para as doenças, sintomas, manifestações corporais, questiono-me sobre o aliado mente, de forma holística.” (Suj. 12).

5. Competência comunicacional

“Como também as nossas competências comunicacionais” (Suj. 21);

“(…) capacidade de lidarmos com a expressão das emoções que acontece através do corpo” (Suj. 21);

“(…) o uso da distância (maior ou menor), do toque...” (Suj. 21);

“(…) é importante na medida em que é o corpo que me permite expressar-me” (Suj. 27);

“(…) pela formação na área da comunicação (por exemplo).” (Suj. 29).

Notas importantes

Respostas não categorizadas: Tema III – Suj. 16 – “Não”; Suj. 22 – “Não”; Suj. 26 - “Sim, a minha experiência profissional.”; Suj. 30 – “Sim”; Suj. 31 – “Não”.

Tema IV - Papel do Corpo na Relação Terapêutica

O tema IV foi exposto mediante a colocação das questões “Qual é, na sua perspectiva, o papel do Corpo (dos diferentes sujeitos intervenientes) no estabelecimento da relação terapêutica? Pode dar exemplos?”, que procuram perceber, através de exemplos, qual o papel desempenhado pelo Corpo, dos vários intervenientes no processo terapêutico, no estabelecimento da relação terapêutica.

Em seguida, é realizada a análise de cada categoria emergente das respostas obtidas pelos participantes:

1.Elemento fundador

1.1.Imprescindível à relação

“Nós não somos nada, nem é possível a relação humana, sem o corpo.”
(Suj. 1);

“(…) Este movimento dinâmico e a consciência do mesmo permitem me ter uma atitude de abertura e tolerância com o outro.” (Suj. 10);

“(…) o corpo desempenha um papel fundamental pois permite e mantém a abertura e possibilidade de uma relação de ajuda entre os intervenientes do processo terapêutico.” (Suj. 29).

1.2.Unidade

“(…) Nós somos uma unidade e é com essa unidade que vivemos e nos relacionamos com os outros.” (Suj. 1).

2.Auxílio à compreensão do funcionamento do cliente

“No psicodrama a pertença ao grupo, a adesão à terapia, a possibilidade de crescimento e entendimento do próprio e dos outros passa pela forma como o indivíduo está nas dramatizações, entregue na sua espontaneidade ao que se passa em palco - agindo portanto com o seu corpo. O corpo do terapeuta também entra muitas vezes na dramatização através do segundo elemento da equipe terapêutica - o Ego Auxiliar - que interage com os pacientes na dramatização.” (Suj. 3);

“Dá elementos para a compreensão do funcionamento do paciente.” (Suj. 4);

“Tem um papel revelador” (Suj. 5);

“(…) até “intuitivo” (Suj. 5);

“Estar atento aos sinais do corpo do terapeuta e do corpo do outro é essencial para ter acesso a informação. (Suj.11);

“(…) se a pessoa se coloca de lado para o psicólogo, ou começa a olhar para todo o lado evitando o contacto visual, isso pode expressar indisponibilidade para trabalhar algum aspeto ou desconforto relativamente a um dado tema.” (Suj. 19).

“Todos os processos emocionais e mentais acontecem no corpo” (Suj. 31).

3. Veículo comunicativo

“Tem um papel (...) expressivo (...) A forma como recebemos o paciente (nossa postura, o olhar, o aperto de mão, como o acompanhamos ao gabinete...) e a forma como o paciente nos recebe e se apresenta e como vai usando o corpo ao longo do processo (postura, apreensão do aperto de mão, por exemplo, postura, olhar...)” (Suj. 5);

“(...) o cumprimento à entrada e saída” (Suj. 6);

“(...) corpo retraído, tenso, escondido ou, pelo contrário, corpo em relaxamento, à vontade.” (Suj. 6);

“(...) de comunicação ou de modulação da emoção e da comunicação. Tal é visível desde logo na primeira sessão, em que a linguagem corporal (de predisposição para receber a comunicação do paciente) é determinante para o sucesso do início do processo terapêutico.” (Suj. 7);

“Saber observar o corpo (do outro e nosso); alguns experimentos envolvem a postura do corpo, a leitura do corpo, a localização de emoções/sentimentos no corpo.” (Suj. 12);

“O olhar, a expressão facial, a postura corporal (por exemplo braços abertos ou fechados) podem transmitir abertura ou fechamento, aceitação ou desconfiança” (Suj. 13);

“Não é só a palavra que conta, comunicamos com muito mais.” (Suj. 13);

“O aperto de mão (firme mas não agressivo) é outro aspecto importante, nomeadamente com adultos, pois frequentemente é o único momento em que existe toque.” (Suj. 13);

“Essencial para (...) receber feedback por parte do cliente.” (Suj. 15);

“Compreender e aprofundar melhor o que o cliente diz e mostrar melhor o que queremos veicular” (Suj. 15);

“postura” (Suj. 16);

“(...) comunicação” (Suj. 16);

“Na minha experiência terapêutica (...) sublinharia a linguagem corporal como forma primária e fundamental de expressão das emoções.” (Suj. 17);

“É fundamental porque a postura corporal ao longo da sessão é uma forma de comunicação (Suj.19);

“Num doente com fobia social, se gesticularmos muito e parecermos muito à vontade, pode tornar-se inibidor nas primeiras sessões porque assumimos (na perspectiva do doente) uma posição de dominância... a necessidade de controlarmos a manifestação de sinais de aborrecimento” (Suj. 21);

“Por sistema, não uso o toque ou a proximidade física com o(s) cliente(s) mas já o fiz quando considerei que era um elemento importante na comunicação que estava a estabelecer com o(s) cliente(s)” (Suj. 22);

“É central! É através do corpo que comunicamos e nos relacionamos com o outro.” (Suj. 24);

“E a comunicação não verbal é bastante mais poderosa do que o próprio discurso” (Suj. 24);

“(...) um psicólogo falar muito afastado do paciente pode dar-lhe a ideia de despreocupação; contudo se falar muito próximo pode dar ideia de invasão.” (Suj. 26);

“Como em qualquer relação, o corpo é um meio de comunicação e por isso pode ser facilitador ou "dificultador" da terapia” (Suj. 26);

“(...) É um facilitador de comunicação, importante na genuinidade e espontaneidade” (Suj. 27);

“O Psicólogo analisa a função corporal do outro assim como o outro está a analisar o nosso corpo, como agimos e se a linguagem verbal corresponde ou faz ressonância com o que dizemos.” (Suj. 30);

“Comportamento não verbal, proxémica e estado de menor ou maior relaxamento corporal fazem a diferença.” (Suj. 33).

4. Indicador de mudança decorrente do processo terapêutico

“(…) Interessante observar que, por vezes, ao longo da terapia e em momentos de transformação, os pacientes passam a ter outros cuidados estéticos com o corpo e apresentam uma postura, uma comunicação não verbal distinta - "o corpo ganha tonus".” (Suj. 5).

“Essencial para orientar a intervenção” (Suj 15);

“O papel do corpo na relação terapêutica é duplo (...) coloca o sujeito em movimento (à procura da relação terapêutica)” (Suj. 18);

“(…) e por outro lado exprime a forma como o sujeito está a receber e a reagir à relação terapêutica.” (Suj. 18).

5. Psicossoma

“(…) o corpo aparece quase sempre como o sintoma, quer por falta de mentalização - somatizações - quer por ser a fonte de sofrimento e mal-estar - doença crónica ou alterações do esquema corporal. Por isso, nuns casos é preciso interpretar a linguagem simbólica do sintoma somático, noutros casos, aceitar as alterações do esquema corporal e suas especificidades, como acontece no trabalho com os doentes amputados ou no cancro da mama.” (Suj. 8).

6. Elemento constituinte da identidade

“O corpo faz parte da nossa identidade. Esta identidade só estará totalmente unificada quando as dimensões corpo, psique e espiritualidade conviverem de forma saudável e entre si.” (Suj. 10);

“A aceitação do nosso corpo passa também pela aceitação de nós próprios com as suas qualidades e com os seus defeitos. Amarmos-nos é também amar este nosso corpo tão nosso com tudo o que ele comporta e com tudo o que transporta ao longo da nossa vida.” (Suj. 10).

7. Ligação entre terapeuta e cliente

“Transmitir sintonia afetiva (Suj. 4);

“(…) sensação de "acolhimento" da parte do terapeuta...” (Suj. 4);

“Na medida em que a relação terapêutica é uma "relação corpo a corpo", o papel do corpo é fundamental como lugar de identificação, de projeção (...). Outro exemplo poderoso, é o da projeção sobre o terapeuta de afetos primitivos do paciente, vividos de forma muito concreta no corpo de ambos os intervenientes (ex., agressividade vs defensividade/ ansiedade).” (Suj. 7);

“Os afetos primitivos são experienciados de forma muito intensa no corpo do terapeuta, nas terapias com pacientes com alterações corporais como a deficiência motora.” (Suj. 7);

“É importante "escutar" o próprio corpo e o corpo do outro para criar sintonia, perceber a receptividade do outro e criar uma relação de confiança essencial para a promoção da mudança” (Suj. 11);

“(...) proximidade” (Suj. 16);

“Pode influenciar positivamente a acoplagem ou dificultá-la.” (Suj. 20);

“(...) num doente com patologia depressiva ou de luto, estarmos à vontade com a expressão das emoções, não recear mostrar ou evidenciar comoção, tristeza, compaixão... pode ser fundamental no estabelecimento de um vínculo de confiança. Nestes mesmos doentes, o toque pode ter um papel apaziguador e oferece claramente conforto (toque nas mãos, por exemplo) (Suj.21);

“A postura corporal, do terapeuta e do cliente, também comunicam e, nesse sentido, podem potenciar a relação terapêutica (p.e., se traduz interesse, confiança, tranquilidade) ou não (p.e., se traduz rigidez, afastamento, retração) (Suj.22);

“Acho que a segurança com que experienciamos o nosso corpo é muito importante na manutenção de uma atmosfera focada no cliente.” (Suj. 27);

“O corpo dá-nos ainda dimensões importantes na proximidade existente entre a pessoa e o técnico.” (Suj. 27);

“Desenvolve a conexão, a empatia” (Suj. 28);

“(...) dá uma noção de presença” (Suj. 28);

“Uma apresentação de uma pessoa com uma vivência corporal pouco aberta ao outro, que comunique distância ou dificuldade de acesso dificulta a partilha, a possibilidade de empatia e a confiança no processo.” (Suj. 29);

“(…) é através dele que os intervenientes comunicam de forma directa, mas muitas vezes não conscientes, a sua intencionalidade, o seu à vontade, a sua confiança. Por exemplo, dizer ao cliente que achamos que podemos ajudar, mas desviando o olhar e com uma voz que fraqueja, certamente não garantirá um bom estabelecimento de confiança.” (Suj. 32).