

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL EM PSICOTERAPIA:
Um estudo de caso de uma paciente silenciosa na perspetiva
do observador**

Cláudia de Assunção Marrucho

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL EM PSICOTERAPIA:
Um estudo de caso de uma paciente silenciosa na perspetiva
do observador**

Cláudia de Assunção Marrucho

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Nuno Miguel da Silva Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2017

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Nuno Conceição pela ajuda constante, grande disponibilidade, incentivo e saber partilhado.

À paciente deste estudo, que permitiu que o mesmo fosse possível.

Ao Professor Dr. Sérgio Moreira e ao Estêvão Domingues pela disponibilidade amável, simpatia e preciosa ajuda na parte estatística.

À minha querida mãe, por tudo. No léxico português (e, porventura, no de qualquer outra língua) não existem vocábulos que consigam expressar o quanto te agradeço por tudo o que sempre fizeste e fazes por mim. És maravilhosa e espero que te recordes sempre disso. Obrigada por me teres ensinado os valores da generosidade e solidariedade, a saudar os outros sempre com um sorriso e por me teres apoiado neste caminho que me faz feliz. Se um dia eu for metade para os meus filhos do que tu foste e és para mim e conseguir igualar o teu profissionalismo e dedicação a tudo sentir-me-ei imensamente feliz.

À minha avó Aldina pelo apoio, carinho e por ser a minha 2^a mãe.

Ao meu irmão André, por existir e eu gostar tanto dele.

Ao meu pai por me ter transmitido a filosofia, o amor pelo conhecimento e curiosidade insaciável pelo que me rodeia. Obrigada também por me teres ensinado a olhar para os “invisíveis”.

A todos os meus queridos amigos, especialmente ao Filipe, ao Pedro, à Daniela, à Inês e à Rita, por tornarem a minha vida tão memorável e especial.

Um agradecimento especial à Sofia Nunes pela ajuda na tese e pelos bons momentos partilhados.

Ao Ricardo, por há 5 anos atrás me ter incentivado a seguir o meu sonho e este caminho.

A todas as outras pessoas que não referi mas que tornaram e tornam a minha vida mais feliz.

Obrigada a todos os Professores da faculdade que permitem que a formação de novos psicólogos seja possível através da sua grande dedicação.

Obrigada a quem valoriza a Psicologia no nosso país e tenta melhorar a vida das pessoas, para que estas se tornem mais equilibradas e felizes. O caminho ainda é longo, mas havemos de conseguir. Obrigada a todos aqueles que tornam a nossa Terra um lugar mais harmonioso.

O Constante Diálogo

“Há tantos diálogos

Diálogo com o ser amado

o semelhante

o diferente

o indiferente

o oposto

o adversário

o surdo-mudo

o possesso

o irracional

o vegetal

o mineral

o inominado

Diálogo consigo mesmo

com a noite

os astros

os mortos

as ideias

o sonho

o passado

o mais que futuro

Escolhe teu diálogo

e

tua melhor palavra

ou

teu melhor silêncio.

Mesmo no silêncio e com o silêncio

dialogamos.”

Carlos Drummond de Andrade, in 'Discurso da Primavera'

Resumo

A presente investigação consiste num estudo de caso exploratório da comunicação não verbal de uma paciente do sexo feminino de 31 anos, em psicoterapia há três anos. Pretendeu-se examinar e compreender o significado da comunicação não verbal desta paciente em particular pelo facto de esta evitar falar sobre si. Procedeu-se à análise da variação intraindividual da sua comunicação não verbal ao longo das diferentes fases do processo psicoterapêutico.

O registo vídeo de 15 sessões, correspondentes a diferentes fases da psicoterapia, foi transformado em fotografias, tendo estas constituído o foco da análise. Analisaram-se as seguintes variáveis da paciente: emoções nas expressões faciais, acessibilidade (abertura *versus* fechamento emocional), contacto ocular e ativação emocional.

Os resultados revelaram que as emoções predominantes da paciente são a tristeza e a vergonha, estando o seu olhar direcionado para baixo ou para o lado na maioria do tempo, a sua ativação emocional foi maioritariamente baixa e, no tocante à acessibilidade, constatou-se que a paciente esteve maioritariamente fechada na maior parte das fotografias. Quanto a diferenças temporais, verificou-se que a emoção de alegria diminuiu com o tempo, a tristeza diminuiu das sessões iniciais para as intermédias e aumentou das intermédias para as finais, enquanto o olhar para baixo não foi significativamente diferente. O olhar para o terapeuta e a acessibilidade diminuíram das sessões iniciais para as intermédias e destas para as finais.

São apresentadas limitações do estudo, implicações dos resultados para a compreensão de pacientes semelhantes e sugeridas possíveis futuras linhas de investigação.

Palavras-chave: Comunicação não verbal, emoções, expressões faciais, contacto ocular, ativação emocional, acessibilidade emocional, estudo de caso, psicoterapia;

Abstract

The present investigation consists of an exploratory case study of the nonverbal communication of a female patient of 31 years, in psychotherapy for three years.

It was intended to examine and understand the meaning of the non-verbal communication of this particular patient because she avoids talking about herself. The intraindividual variation of her non-verbal communication was analysed throughout the different phases of the psychotherapeutic process.

The video recording of 15 sessions, corresponding to different phases of psychotherapy, was transformed into photographs, which were the focus of the analysis. The following patient variables were analysed: emotions in facial expressions, accessibility (emotional openness *versus* emotional closure), eye contact and arousal.

The results revealed that the patient's predominant emotions are sadness and shame, her gaze is directed downward or sideways most of the time, her emotional activation was mostly low and in relation to accessibility. It was found that the patient was mostly closed in most of the photographs. As far as temporal differences are concerned, it was found that the emotion of joy decreased over time, the emotion of sadness decreased from initial sessions to the middle sessions and increased from middle to final, the look down was not significantly different in the different phases of therapy, the look at the therapist and the accessibility decreased with time.

This study presents its limitations as well as the implications of the results for the understanding of similar patients; it also includes suggestions for future research.

Keywords: nonverbal communication, emotions, facial expressions, eye contact, arousal, emotional accessibility, case study, psychotherapy;

Índice Geral

Enquadramento Teórico.....	1
Expressões faciais.....	1
Contacto ocular.....	3
Acessibilidade.....	4
Ativação emocional.....	4
Comunicação não verbal em psicoterapia.....	6
Ativação emocional em psicoterapia.....	8
O presente estudo.....	8
Método.....	11
Participante.....	11
Procedimento.....	11
Procedimento com a participante.....	11
Procedimento do estudo.....	11
Comunicação não verbal analisada.....	12
Expressões faciais.....	12
Direção do olhar.....	15
Ativação emocional.....	15
Acessibilidade (abertura <i>versus</i> fechamento emocional).....	15
Resultados.....	17
Estatística Descritiva.....	17
Associações.....	19
Diferenças temporais nas variáveis.....	23
Discussão.....	26
Conclusão.....	36
Referências Bibliográficas.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Frequências e % totais das emoções nas 15 sessões</i>	17
--------------------------------------------------------------------------	----

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> % totais dos vários níveis da escala de acessibilidade (abertura vs fechamento emocional) nas 15 sessões	18
<i>Figura 2.</i> Percentagens totais das emoções e direção do olhar da paciente em 2 sessões contrastantes.....	20
<i>Figura 3.</i> Percentagens das emoções e direção do olhar da paciente nas 5 sessões intermédias.....	21
<i>Figura 4.</i> Percentagens totais das emoções e direção do olhar: variações temporais ($N = 1609$).....	23
<i>Figura 5.</i> Variabilidade temporal da acessibilidade (abertura vs fechamento emocional) durante as diferentes fases da psicoterapia ($N = 1609$).....	25

ANEXOS

Anexo A - Consentimento informado

Anexo B - Escala de Acessibilidade adaptada

Enquadramento teórico

A comunicação não verbal inclui gestos, expressões faciais, uso da voz, toque, distância, movimentos do corpo, olhar e até o vestuário e objetos físicos, estando omnipresente nas comunicações interpessoais (Burgoon, Guerrero, & Manusov, 2011). Apesar de podermos estar conscientes deste tipo de comunicação, esta está frequentemente para além do nosso controlo consciente, sendo involuntária ou espontânea, mostrando-nos os sinais não verbais frequentemente mais acerca do estado mental de uma pessoa do que as palavras que os acompanham. Pistas faciais, físicas ou verbais podem fornecer uma imagem mais precisa do que o indivíduo está realmente a dizer comparativamente apenas às palavras que está a proferir (Luedke, Peluso, Diaz, Freund, & Baker, 2017).

Expressões faciais: “espelho” de emoções e de outros sinais

Um dos elementos da comunicação não verbal que foi mais investigado foi a expressão facial. Segundo Matsumoto, Ekman, e Fridlund (1991) diferentes tipos de informação podem ser recolhidos a partir das expressões faciais, incluindo emoções e sinais não emocionais.

Existem ações faciais como as ações faciais instrumentais que ajudam a satisfazer necessidades corporais ou a gerir a emoção (e.g., molhar os lábios ou morder o lábio), ações faciais emblemáticas, gestos simbólicos faciais aprendidos cujos significados são semelhantes aos da linguagem e vastamente partilhados numa cultura (e.g., piscar de olhos, encolher de ombros) e sinais faciais conversacionais que realçam e pontuam a linguagem e que regulam a interação social (Ekman & Friesen, 2003).

Contudo, as expressões faciais têm sido mais estudadas no que toca à expressão de emoções. Uma ideia largamente partilhada no estudo das emoções é a existência de emoções

primárias ou básicas que foram encontradas por diversos investigadores em estudos de julgamento (Ekman, 2003) como possuindo uma expressão facial universalmente reconhecida e distintiva: tristeza, raiva, medo, nojo, surpresa e alegria (Ekman, 1977). A tristeza surge em resposta a uma perda: por exemplo, a rejeição de um amigo ou apaixonado ou perda de saúde; a raiva emerge quando outra pessoa interfere com o que alguém pretende fazer ou intenta magoar outra pessoa física ou psicologicamente; o medo surge perante a ameaça de dano ou dor, quer físico quer psicológico; o nojo emerge quando a pessoa prova algo que quer rejeitar, um cheiro que não quer cheirar, vê algo ofensivo para o palato ou olfato ou toca algo ofensivo, viscoso; a surpresa surge quando acontece um evento inesperado (Ekman, 2012) e a alegria ocorre em circunstâncias percebidas como agradáveis (Weiner, 1985).

Ekman e Friesen publicaram pela primeira vez a FACS (*Facial Action Coding Scheme/System*) em 1978, ferramenta para medir as expressões faciais mediante a medição de todos os movimentos dos músculos faciais visualmente discerníveis (Rosenberg, 2005). No caso das emoções, cada uma delas é caracterizada por uma morfologia específica, uma configuração momentânea da face produzida pela contração de um conjunto particular de músculos faciais (Ekman, 1993).

As expressões faciais podem ser voluntárias ou involuntárias (Russell, 1994), verdadeiras ou falsas, podendo as pessoas modular as expressões faciais, intensificando-as ou reduzindo-as (ver Snyder, 1974). Além disso, expressões faciais de emoções diferentes podem combinar-se numa única expressão facial, revelando, por exemplo, uma expressão triste-zangada ou surpreendida-temerosa.

Além dos afetos primários descritos, existem outras emoções de elevada importância no mundo intrapsíquico dos indivíduos e nas relações interpessoais, como a vergonha e o embaraço, que pertencem ao grupo das emoções autoconscientes, tendo como características centrais a autorreflexão e a autoavaliação (Tangney, 1999).

Investigadores conduziram estudos de julgamento sobre as emoções autoconscientes e demonstraram que as emoções de embaraço e vergonha apresentam igualmente expressões não verbais reconhecíveis em diferentes culturas (Izard, 1971). Também se realizaram estudos de observação nos quais os comportamentos não verbais dos participantes foram codificados durante experiências de embaraço ou vergonha e identificaram-se expressões emitidas; importa destacar que as expressões da emoção autoconsciente parecem envolver mais do que a face, não podendo ser identificadas de modo preciso sem a percepção dos movimentos da cabeça, posições posturais ou dos braços (Robins, Nofhle, & Tracy, 2007).

A vergonha surge como aviso de que “vivemos na mente dos outros” como uma pessoa com características negativas e, portanto, corremos o risco da sua rejeição, exclusão ou até perseguição (Gilbert, 2007). A emoção de embaraço ocorre quando alguém viola uma norma de comportamento, civilidade, autocontrole ou graça (Miller, 2007).

Contacto ocular

Outro elemento da comunicação não verbal muito importante nas interações é o contacto ocular. Este fornece informação, regula a interação entre dois interlocutores, expressa intimidade e exerce controlo social (Kleinke, 1986). Argyle e Dean (1965) defenderam que há mais contacto ocular se um indivíduo gosta de outro, se estão a cooperar em vez de competir, quando tópicos menos pessoais estão a ser discutidos e, ao invés, existe menos contacto quando há tensão na relação.

Com o contacto ocular direto o indivíduo permite ao interlocutor testemunhar as suas emoções tal como testemunhar as dele e ainda o reconhecer o envolvimento afetivo mútuo; quando evita o olhar, o indivíduo indica o desejo de manter distância psicológica e de evitar receber ou enviar mensagens de ativação afetiva (Grumet, 1983). O evitamento do contacto ocular pode efetivar-se, igualmente, como uma forma de reduzir as exigências cognitivas associadas ao processamento da informação visual do ambiente ou ocorrer como resposta a

uma questão pessoalmente relevante (Doherty-Sneddon & Phelps, 2005). Além do mais, as pessoas quando estão a pensar tendem a evitar o contacto ocular (McCarthy, Lee, Itakura, & Muir, 2006). Quando os olhos de uma pessoa estão direcionados para longe do interlocutor para o quadrante superior esquerdo ou direito e quando não existe objeto aparente para o qual o olhar está direcionado, infere-se que a pessoa está a pensar sobre algo (Baron-Cohen, Wheelwright, & Jolliffe, 1997).

Acessibilidade – abertura vs fechamento emocional

Um dos componentes da comunicação não verbal que revela a abertura ou fechamento emocional dos indivíduos é a postura, isto é, a posição do corpo ou de partes do corpo. A pessoa que está sentada com uma postura rígida sente-se ameaçada por algo ou alguém, enquanto uma pessoa sentada numa posição relaxada parece estar confortável com o seu meio envolvente (Phutela, 2015).

A orientação do corpo – o grau em que os ombros e as pernas do indivíduo estão direcionados para o indivíduo com o qual se está a interagir - associa-se com a atitude relativamente ao mesmo: uma orientação menos direta ocorre em relação a indivíduos de quem se gosta menos, enquanto uma orientação mais direta ocorre na interação com indivíduos de quem se gosta (Matsumoto, Hwang, & Frank, 2016). Uma menor distância entre os interactores e a inclinação do corpo para a frente foram consistentemente relacionados com uma atitude mais positiva (Mehrabian, 1968). Braços abertos indiciam maior relaxamento enquanto braços cruzados indicam alguma tensão emocional (Mehrabian, 1969).

Ativação emocional

A ativação emocional ocorre quando um evento produz um aumento mensurável dos índices fisiológicos e/ou comportamentais do indivíduo, acima do seu nível basal (Pribram & McGuinness, 1975).

Um dos indicadores não verbais do nível de ativação emocional é o diâmetro pupilar. Por exemplo, no estudo de Bradley, Miccoli, Escrig, e Lang (2008) constatou-se que o diâmetro da pupila aumentou quando os indivíduos processam estímulos emocionalmente estimulantes em fotografias, sendo que as mudanças pupilares foram superiores para imagens emocionais comparativamente a neutras.

Verificam-se, contudo, diferenças individuais quanto à expressão da ativação emocional. Diferenças no temperamento, experiências sociais e influência familiar podem contribuir para o desenvolvimento do que os investigadores rotularam de estilo internalizante e externalizante de expressividade emocional (Berry & Pennebaker, 1993). Quando confrontados com um estímulo indutor de emoção, os internalizantes demonstram uma resposta fraca (se alguma), enquanto os externalizantes expressam abertamente as suas reações. Ekman e Friesen (1967), por seu turno, afirmaram que, independentemente dos esforços inibitórios baseados em restrições situacionais ou de personalidade na expressão, quando uma pessoa está emocionalmente ativada o seu corpo tenderá a mover-se em vez de ficar calmo. Os mesmos autores declararam ainda que posições corporais que traduzem um descanso sem esforço traduzem baixa intensidade de ativação, enquanto posturas que parecem tensas revelam elevada intensidade de ativação emocional. A comunicação não verbal de ativação emocional proporciona um meio não obstrutivo, prático e direto de avaliar a presença de ativação (Burgoon, Le Poire, Beutler, Bergan, & Engle, 1992).

Os níveis de ativação emocional são diferentes em emoções distintas. No modelo circumplexo do afeto, cada emoção pode ser compreendida como uma combinação linear da valência e ativação emocional, sendo que as emoções de tristeza, aborrecimento e depressão são emoções de baixa ativação e desagradáveis, enquanto as emoções de raiva, nervosismo e tensão são desagradáveis e de alta ativação; já as emoções de calma e contentamento são

agradáveis e de baixa ativação e as de felicidade e entusiasmo são agradáveis e de elevada ativação (Posner, Russell, & Peterson, 2005).

No que diz respeito ao contexto psicoterapêutico, elevados níveis de ativação emocional dos pacientes revelam-se através da sua distração, irritabilidade ou ansiedade; quando a ativação emocional é baixa, os pacientes podem parecer apáticos ou desinteressados (Beutler, Consoli, & Lane, 2005).

Comunicação não verbal em psicoterapia

A comunicação psicoterapeuta-paciente é muitas vezes assumida como a essência da psicoterapia (Hall, Harrigan, & Rosenthal, 1995). O psicoterapeuta não pode basear-se somente nas palavras do paciente, visto que às vezes os pacientes não conseguem descrever os seus sentimentos; a face do paciente pode mostrar a emoção experienciada mesmo quando esta é demasiado perturbadora para colocar em palavras, quando este não tem palavras para a descrever ou quando não sabe como se sente (Ekman & Friesen, 2003). Identificar qual das emoções básicas é evidente nas expressões faciais, a sua força relativa e quaisquer sequências repetitivas destas expressões emocionais pode ajudar a refinar o diagnóstico, a monitorizar a resposta ao tratamento e a prever a probabilidade de uma melhoria ou recaída subsequente (Ekman, Matsumoto, & Friesen, 2005).

Os estudos realizados no âmbito da expressão emocional em indivíduos com psicopatologia indicaram que pessoas com diferentes perturbações psicológicas possuem diferentes padrões de processos comunicativos não verbais, no que concerne à frequência, reportório e distribuição das expressões faciais afetivas (Benecke, Peham, & Bänninger-Huber, 2005). Fairbanks, McGuire, e Harris (1982) estudaram a comunicação não verbal de psiquiatras, pacientes psiquiátricos internados e sujeitos controlo quanto à postura corporal, simetria de braços e pernas, orientação da cabeça, movimentos das mãos e dos pés e expressões

faciais, tendo os resultados indicado que os pacientes psiquiátricos mudavam de postura e franziam a sobancelha mais frequentemente e sorriam e olhavam menos para o terapeuta do que os sujeitos controlo. No estudo de Heller e Haynal (1997), verificou-se que a população de pacientes depressivos suicidas exibia expressões faciais diversas da população de pacientes depressivos não suicidas mas que os suicidas não sofriam de depressão mais severa; Trémeau et al. (2005) concluíram que pacientes que sofriam de esquizofrenia assim como pacientes que se encontravam deprimidos eram menos expressivos emocionalmente de forma espontânea do que os indivíduos sem patologia. Relativamente ao contacto ocular, pode afirmar-se que o evitar de contacto ocular direto se relaciona com certos tipos de psicopatologias e emoções. No estudo de Schneier, Rodebaugh, Blanco, Lewin, e Liebowitz (2011), verificou-se que indivíduos com o subtipo generalizado de ansiedade social, que envolve medo da maioria das situações sociais, reportam comumente evitamento do contacto ocular. A emoção de embaraço também leva a um contacto ocular diminuído com os outros presentes (Modigliani, 1971), tal como a emoção de vergonha, sendo que quando o indivíduo experiencia estas emoções direciona o olhar para baixo. Tal ocorre igualmente com frequência na emoção de tristeza. Hinchliffe, Lancashire, e Roberts (1971) compararam pacientes deprimidos com pacientes recuperados de depressão e concluíram que os pacientes recuperados apresentavam um padrão e nível normal de contacto ocular, enquanto os pacientes deprimidos apresentavam uma redução na frequência e duração do contacto.

Finset e Piccolo (2011) sugeriram que o registo vídeo das sessões psicoterapêuticas seja visto e comentado por terapeutas e seus pacientes, sendo que tal ajuda os últimos a tornarem-se mais conscientes das suas atitudes problemáticas, dos comportamentos não verbais que adotam em momentos difíceis e específicos da interação; assim, podem comparar o que pensam de si próprios nesses momentos com o que observam de fora, sendo importante executá-lo nomeadamente quando estão presentes comportamentos não verbais dos pacientes como

movimentos de afastamento corporal ou de evitamento do olhar ou, ainda, no caso da presença de expressões de desconforto ou inquietação.

Ativação emocional em psicoterapia

Ativar emocionalmente os pacientes e fazer com que estes processem emoções primárias vulneráveis é um mecanismo de mudança central em diversos tipos de psicoterapia e populações clínicas (Diamond, Rochman, & Amir, 2010). Todavia, os pacientes por vezes evitam experienciar emoções dolorosas, o que impede que a ativação emocional suceda (Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

Com base em dados obtidos sobre níveis ótimos de ativação emocional na terapia experiencial para a depressão, Carryer e Greenberg (2010) propuseram uma frequência ótima de expressão emocional altamente ativada de 25% por sessão para a mudança terapêutica, sendo que demasiada ativação emocional pode ter um efeito contraproducente quando é mantida durante um excessivo período de tempo.

O presente estudo

A presente investigação consiste num estudo de caso exploratório, pretendendo-se examinar e compreender a comunicação não verbal de uma paciente “mistério”, em contexto psicoterapêutico.

Um estudo de caso é uma investigação em profundidade de uma pessoa, fenómeno ou situação complexa, de modo que o conhecimento adquirido permita compreender a dinâmica central da mesma e tem sido o principal meio de ampliação do conhecimento em ciências tão diversas como, por exemplo, a física, a astronomia ou a história (Zittoun, 2016). Os estudos de caso permitem ao investigador examinar um indivíduo particular mais profundamente do que os métodos experimentais de investigação (Rolls, 2015). O propósito dos estudos de caso é,

pelo menos em parte, iluminar uma classe mais alargada de casos; além disso, os estudos de caso apresentam uma vantagem na pesquisa de natureza exploratória (Gerring, 2007).

Quando a psicoterapia se estabeleceu, a pesquisa no domínio da psicologia consistia quase somente nos estudos de laboratório dos processos de memória, de atenção e de aprendizagem e ainda não se realizava investigação aplicada; a única opção disponível para Freud e para outros pioneiros da psicoterapia que queriam analisar a sua prática clínica foi descrever o seu trabalho sob a forma de estudos de caso clínicos detalhados (McLeod, 2010).

Nas últimas duas décadas, a pesquisa em psicoterapia tem sido dominada por duas perspectivas contrastantes e, frequentemente, conflituais: a do investigador experimental, que conduz pesquisas de carácter nomotético, ensaios clínicos randomizados que enfatizam dados quantitativos grupais; e a do investigador ideográfico, interpretativo, que enfatiza dados qualitativos e individuais e realiza estudos de caso clínicos (Fishman & Edwards, 2017). Os estudos de caso chamam a atenção para o hiato frequentemente existente entre a prática clínica e a pesquisa (Kazdin, 1981) e podem socorrer-se de múltiplas teorias para a compreensão dos casos; as teorias podem apontar para fenómenos que não seriam perceptíveis de outra maneira e sugerir significados que não emergiriam de outra forma, produzindo uma perspectiva mais rica e diversa (Stiles, 2009).

A impossibilidade de generalização dos resultados dos estudos de caso foi uma crítica frequentemente efetuada a este tipo de pesquisa (ver George & Bennett, 2004). Em resposta, Flyvbjerg (2006) afirmou que “teorias preditivas e universais não podem ser encontradas no estudo dos assuntos humanos. Conhecimento concreto, dependente do contexto, é, portanto, mais valioso do que a pesquisa vã de teorias preditivas e universais” (p.224). Este autor afirmou mesmo que os estudos de caso podem ser centrais ao desenvolvimento científico através da generalização como método suplementar ou em alternativa a outros métodos e que a generalização formal é sobrestimada como fonte de desenvolvimento científico, enquanto a

importância do exemplo é subestimada. Lincoln e Guba (2000) argumentaram que os estudos de caso oferecem *hipóteses de trabalho* cuja adequação para a compreensão de outros casos apenas pode ser avaliada comparando as similitudes entre a fonte e os casos-alvo.

Este estudo foi realizado para tentar preencher lacunas existentes na literatura sobre a comunicação não verbal de pacientes em psicoterapia, sendo que a maioria dos estudos se focaram mais na comunicação verbal neste contexto do que na não verbal. A comunicação não verbal tem sido estudada maioritariamente em contextos naturalísticos e não no contexto psicoterapêutico. A comunicação não verbal em psicoterapia foi pouco estudada devido à dificuldade de obtenção do registo vídeo das sessões psicoterapêuticas. Além disso, os comportamentos comunicacionais não verbais em psicoterapia foram maioritariamente estudados de forma separada por diferentes autores, pretendendo este estudo efetuar uma análise compreensiva e global da comunicação não verbal de uma paciente.

De acordo com o conhecimento da autora, este é o primeiro estudo que analisa as seguintes variáveis de um(a) paciente de psicoterapia: emoções básicas enunciadas por Ekman (1970), duas emoções auto-conscientes, conjuntamente com a acessibilidade e a ativação emocional. Os objetivos desta investigação são, por um lado, melhorar o conhecimento objetivo e rigoroso sobre esta paciente uma vez que, sendo a sua comunicação verbal e autorrevelação escassas, a análise sistemática da sua comunicação não verbal no decurso das sessões examinadas tem o intuito de melhorar o conhecimento das emoções e sinais por si transmitidos; por outro, avaliar a variação intraindividual da sua comunicação não verbal ao longo do processo psicoterapêutico. Um último objetivo consiste em alargar o conhecimento no domínio da comunicação não verbal e na compreensão de pacientes com comunicação não verbal semelhante, com possíveis implicações para a psicoterapia.

Método

Participante

A participante deste estudo é uma paciente do sexo feminino com 31 anos, portuguesa, de etnia caucasiana. Encontra-se em psicoterapia há três anos, sendo o seu psicoterapeuta membro de uma rede de terapeutas que disponibiliza pacientes interessados em participar em investigações. Assim, a paciente autorizou, no início da terapia, a gravação em vídeo das suas sessões psicoterapêuticas para fins de investigação.

A escolha desta paciente em particular resultou não só do facto de estar interessada em participar neste estudo, mas também por apresentar uma comunicação não verbal rica que se reveste de grande importância devido aos seus prolongados silêncios, ao seu fechamento interpessoal e ao facto de evitar falar sobre si.

Procedimento

Procedimento com a participante

Na primeira fase desta investigação foi fornecida uma explicação sumária da temática e objetivos do estudo à participante, apresentando-se o consentimento informado para que esta o lesse e concordasse com a sua participação (anexo A). O carácter voluntário do estudo foi enfatizado, assim como a possibilidade de desistir a qualquer momento do mesmo caso essa fosse a sua vontade. A segurança e a confidencialidade dos dados foram garantidas, tendo sido mencionado que apenas os membros da equipa de 3 investigadores cotadores do estudo iriam observar os dados das sessões. Também se destacou que a identificação da paciente não constaria do estudo para proteger o seu anonimato e que os dados das sessões seriam destruídos após o término do mesmo.

Procedimento do estudo

O terapeuta forneceu fotografias de 15 sessões psicoterapêuticas da paciente, de diferentes fases da psicoterapia, obtidas a partir de transformação do registo vídeo. O

espaçamento entre as sessões é variável, permitindo observar-se a fase inicial, intermédia e avançada da mesma, correspondendo o número total de fotografias analisadas a 1609.

Cada fotografia das sessões selecionadas foi observada cuidadosamente duas vezes e analisada de forma sistemática pela investigadora quanto às seguintes variáveis da paciente: emoções transmitidas pelas expressões faciais, acessibilidade (abertura *versus* fechamento emocional), direção do olhar e ativação emocional.

Parte dos dados, mais especificamente as variáveis *emoções transmitidas pela face e acessibilidade* foram analisadas também por cotadores auxiliares do estudo, estudantes de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, para aumentar a precisão e objetividade e reduzir o enviesamento dos resultados. Começou-se pela apresentação de definições claras de cada um dos comportamentos não verbais e respetivas categorias, tendo os codificadores sido treinados para reconhecer os comportamentos e codificar a sua ocorrência, tendo os resultados sido discutidos entre a investigadora principal e os cotadores até ter sido obtido um consenso relativamente aos mesmos. O ICC (concordância inter-observadores) foi de .97 com um dos cotadores e .84 com outro.

Comunicação não verbal analisada

Expressões faciais

As expressões faciais foram analisadas quanto às emoções por si transmitidas. As emoções contempladas no presente estudo são as 6 emoções básicas universais propostas por Ekman: surpresa, medo, nojo, raiva, alegria e tristeza e ainda duas emoções autoconscientes, a vergonha e o embaraço. Criou-se uma categoria de emoção ambígua/não observável, para classificar as fotografias em que não era possível observar claramente a expressão facial da paciente, em que a emoção veiculada pela expressão era ambígua ou quando não havia emoção expressa, mas sim uma ação facial emblemática, instrumental ou um sinal facial conversacional.

Por uma questão de disponibilidade temporal e também de recursos não foi possível codificar os movimentos musculares faciais recorrendo à FACS, nem as expressões emocionais utilizando a EMFACS (Friesen & Ekman, 1984) e o dicionário de emoções FACS/EMFACS. É necessário bastante tempo para treinar e pontuar manualmente o que aparece no registo vídeo (Bartlett, Hager, Ekman, & Sejnowski, 1999). São necessárias mais de 100 horas de treino para atingir a competência mínima na FACS e cada minuto de vídeo demora aproximadamente 1h a classificar (Bartlett et al., 1999). Não obstante existirem alguns *softwares* de análise das expressões faciais no mercado, estes são bastante dispendiosos e, por esse motivo, optou-se por codificar as expressões manualmente.

Os sinais não verbais identificativos das emoções básicas analisados neste estudo foram os descritos por Ekman e Friesen (2003) e Ekman (2012) como sendo reconhecidos em diferentes culturas como a Nova Guiné, Estados Unidos, Japão, Chile, Argentina e Brasil.

Surpresa: a aparência distintiva da emoção de surpresa é constituída por a) sobrancelhas curvadas e elevadas, b) pele debaixo da sobrancelha esticada, c) rugas horizontais que atravessam a testa, d) pálpebras abertas, e) pálpebra superior levantada e pálpebra inferior relaxada, f) branco do olho (esclera) visível sobre a íris e frequentemente também em baixo, g) mandíbula caída, dentes e lábios separados, mas não existe tensão ou esticar da boca;

Medo: a) sobrancelhas elevadas e juntas, b) rugas na testa estão no centro, não em toda a testa, c) pálpebra superior levantada, expondo a esclera, e pálpebra inferior tensa e esticada, d) boca aberta e os lábios ou estão ligeiramente tensos e puxados para trás ou esticados e puxados para trás;

Nojo: a) lábio superior elevado, b) lábio inferior também elevado, empurrado para cima para o lábio superior ou, em alternativa, para baixo e ligeiramente em protrusão, c) nariz enrugado, d) bochechas elevadas, e) linhas surgem debaixo da pálpebra inferior, f) pálpebra

inferior empurrada para cima mas não tensa, g) sobrancelhas para baixo, baixando a pálpebra superior;

Raiva: a) sobrancelhas para baixo e juntas; b) linhas verticais aparecem entre as sobrancelhas, c) pálpebras inferiores tensas e podem ou não estar elevadas, d) pálpebra superior tensa e pode ou não estar baixada pela ação das sobrancelhas, e) olhos têm um olhar fixo e podem ter uma aparência esbugalhada, f) lábios estão numa de duas posições básicas: firmemente pressionados juntos, com os cantos direitos ou para baixo ou abertos, tensos, numa forma quadrada, como se gritando;

Alegria: a) cantos dos lábios estão para cima e puxados para trás, b) lábios podem ou não estar separados, com os dentes expostos ou não, c) uma ruga (a dobra naso-labial) desce do nariz para os cantos dos lábios, d) bochechas elevadas, e) rugas surgem debaixo das pálpebras inferiores e estas podem estar elevadas mas não tensas;

Tristeza: a) cantos interiores das sobrancelhas para cima; b) pele debaixo da sobrancelha triangular, com o canto interior para cima; c) canto interior das pálpebras superiores elevado; d) cantos dos lábios para baixo ou os lábios estão trémulos, e) diminuição do tónus muscular da face, f) pálpebras caídas.

Emoções autoconscientes: vergonha e embaraço

Quanto às emoções de vergonha e embaraço, as ações faciais e não faciais que permitiram a sua identificação neste estudo foram as descritas por Robins, Nofle, e Tracy (2007).

Embaraço: sorriso não Duchenne, pressionar dos lábios, olhar para baixo, movimento da cabeça para a esquerda e para baixo e tocar na face;

Vergonha: cabeça e olhar direcionados para baixo.

Direção do olhar

A variável *direção do olhar* foi classificada em quatro categorias: a) olhar direcionado para a face do interlocutor, b) olhar direcionado para cima, isto é, para a frente e para cima do interlocutor, c) olhar direcionado para baixo, i.e., para a frente e para baixo do interlocutor, d) olhar para os lados, ou seja, olhar direcionado para longe do interlocutor para a esquerda ou direita, independentemente da direção vertical (para cima ou baixo).

Ativação emocional

A ativação emocional da paciente em cada fotografia foi classificada de acordo com as seguintes categorias: baixa, intermédia e elevada. Considerou-se *ativação emocional baixa* quando a paciente apresentava pouca dilatação da pupila, pouco movimento dos braços e corpo, face inexpressiva ou expressão de emoção na face de baixa intensidade, emoções de tristeza, aborrecimento, depressão, calma ou contentamento, apatia, postura quieta, relaxada e sem esforço, a que se atribuiu valor 0; *ativação emocional intermédia* (valor 1) quando a dilatação pupilar era média, quando havia movimento do corpo intermédio, quando havia alguma tensão na postura, um grau intermédio de distração, irritabilidade ou ansiedade, a intensidade da emoção transmitida pela face era intermédia; *ativação emocional elevada* (valor 2) quando a paciente apresentava uma postura tensa, elevada dilatação da pupila, emoção de raiva, nervosismo, tensão, felicidade ou entusiasmo e elevado movimento gestual e do corpo.

Acessibilidade (abertura vs fechamento emocional)

Utilizou-se, por fim, uma adaptação ao presente estudo da Escala de Acessibilidade (anexo B) criada por Donovan et al. (2017) para analisar a comunicação não verbal de pacientes e seus terapeutas. Estes autores criaram uma escala multidimensional de Likert de 7 pontos para capturar, segundo as suas palavras, uma vasta gama de comportamentos não-verbais na

sessão terapêutica, incluindo a) expressões faciais, isto é, sorrisos, franzir das sobrancelhas, caretas, b) tom de voz: gentil, elevado, zangado, c) ritmo do discurso: rápido, lento, d) contacto ocular direto *vs* olhar para outro lado, e) outra linguagem corporal: toque no próprio, movimentos das mãos e das pernas, postura física. Nesta escala, uma pontuação baixa, de 1 ou 2, representa uma postura fechada, rígida, inacessível, ausência de expressão facial, ausência de sorriso, tom do discurso baixo e lento, postura corporal protetora, aconchegada; ao ponto intermédio do instrumento foi atribuída a pontuação 4, que representa um contacto social normal e acessível, caracterizando-se por um movimento facial apropriado, abertura dos braços, sorriso ocasional ou riso leve, alguma variedade de afeto no discurso e na comunicação verbal; os pontos 5, 6 e 7 da escala correspondem a um estilo relacional inusualmente aberto, correspondendo o ponto 5 da escala a bastante abertura emocional, culminando no ponto 7 da escala, onde o paciente está extremamente aberto e ativo e onde se encontra sorriso e comunicação de afeto inequívoca: tristeza, raiva, cordialidade, riso, lágrimas, ternura, variações no ritmo e entoação do discurso, postura corporal aberta, inclinação em direção ao ouvinte, contacto ocular direto, sendo que esta escala mede, no fundo, também a presença dos pacientes na sessão.

A escala foi adaptada para o presente estudo retirando-se os componentes da linguagem verbal presentes na escala original, bem como referências ao terapeuta, uma vez que o presente estudo consistiu na análise de fotografias e o foco foi somente a paciente, enquanto o estudo referido se focou na comunicação não verbal quer dos pacientes quer dos terapeutas, tendo sido analisados vídeos, ao invés de fotografias, de sessões psicoterapêuticas.

Resultados

Análise Estatística

A análise dos dados foi conduzida com recurso ao software *IBM SPSS Statistics 24*.

Estatística Descritiva

Expressões faciais

Tabela 1

Frequências e % Totais das Emoções nas 15 sessões

Emoções	Frequência ^a	Percentagem
Surpresa	2	0,12%
Medo	10	0,62%
Nojo	3	0,19%
Raiva	2	0,12%
Alegria	284	17,65%
Tristeza	1345	83,59%
Vergonha	1270	78,93%
Embaraço	1	0,06%
Ambígua/Não Observável	65	4,04%

Nota. ^aN = 1609

Como demonstrado na tabela 1, as emoções mais frequentes durante as 15 sessões foram, por ordem decrescente, tristeza (83,59%), vergonha (78,93%) e alegria (17,65%).

Direção do olhar

No total das 15 sessões psicoterapêuticas analisadas – 1609 fotografias - verificou-se que a paciente olhou para o interlocutor/terapeuta 82 vezes, o que corresponde a uma

percentagem de 5,1%; olhou para cima 1 vez, o que se traduz numa percentagem de 0,1%; a frequência do olhar para baixo foi de 1364 vezes, o que corresponde a 84,8% do total; olhou para o lado 231 vezes, o que corresponde a 14,4%.

Ativação Emocional

A média da ativação emocional da paciente foi de .24 ($DP = .45$), 95% IC [.22, .27], sendo o mínimo 0 e o máximo 2.

Acessibilidade (Abertura vs Fechamento Emocional)

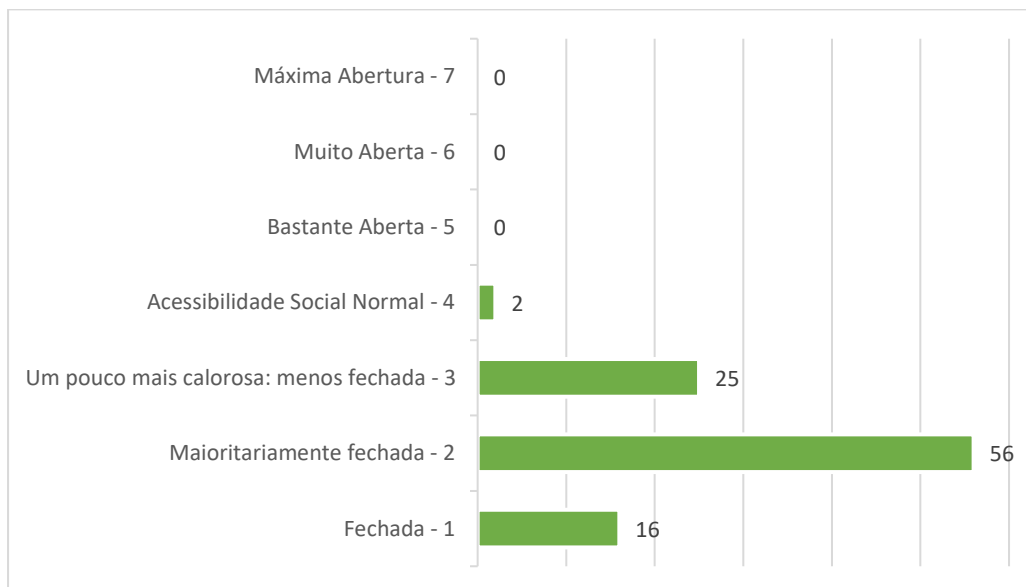


Figura 1. % totais dos vários níveis da escala de acessibilidade (abertura vs fechamento emocional) nas 15 sessões ($N = 1609$).

A média da acessibilidade da paciente nas 15 sessões foi de 2,15 ($DP = .72$), 95% IC [2.11, 2.18], tendo o mínimo sido 1 e o máximo 6 (ver figura 1).

Associações

Tristeza-Alegria

Um teste qui-quadrado para a independência foi realizado para investigar a relação entre a emoção de tristeza e a emoção de alegria. O teste qui-quadrado para a independência (com a correção de continuidade de Yates) indicou uma associação significativa negativa entre a emoção de tristeza e a emoção de alegria, $\chi^2 (1, N = 1609) = 251.97, p < .001, f_i = -.40$. A associação entre as variáveis é média e negativa.

Tristeza-Vergonha

O teste qui-quadrado para a independência (com a correção de continuidade de Yates) indicou uma associação significativa entre a emoção de tristeza e a emoção de vergonha, $\chi^2 (1, N = 1609) = 52.46, p < .001, f_i = .18$. O tamanho do efeito é pequeno.

Alegria-Vergonha

Constatou-se uma associação significativa entre a emoção de tristeza e a emoção de vergonha, $\chi^2 (1, N = 1609) = 19,68, p < .001, f_i = -.11$. O tamanho do efeito é pequeno e as variáveis associam-se negativamente.

Vergonha-Alegria-Tristeza

Estas 3 emoções co-ocorreram 87 vezes ao longo das 15 sessões.

Alegria-Olhar para o interlocutor

Verificou-se uma associação significativa entre a emoção de alegria e o olhar para o interlocutor, $\chi^2 (1, N = 1609) = 17,39, p < .001, f_i = .11$. O tamanho do efeito é pequeno, associando-se as variáveis positivamente.

Alegria-Olhar para baixo

O teste qui-quadrado para a independência (com a correção de continuidade de Yates) indicou uma associação significativa entre a emoção de alegria e o olhar para baixo, $\chi^2(1, N = 1609) = 24,61$, $p = .00$, $fi = -.13$. O tamanho do efeito é pequeno e as variáveis associam-se negativamente.

Tristeza-Olhar para baixo

Concluiu-se a existência de uma associação significativa entre a emoção de tristeza e o olhar para baixo, $\chi^2(1, N = 1609) = 20,73$, $p < .001$, $fi = .12$. O tamanho do efeito é pequeno e as variáveis estão positivamente associadas.

Comparação das emoções e direção do olhar em sessões contrastantes

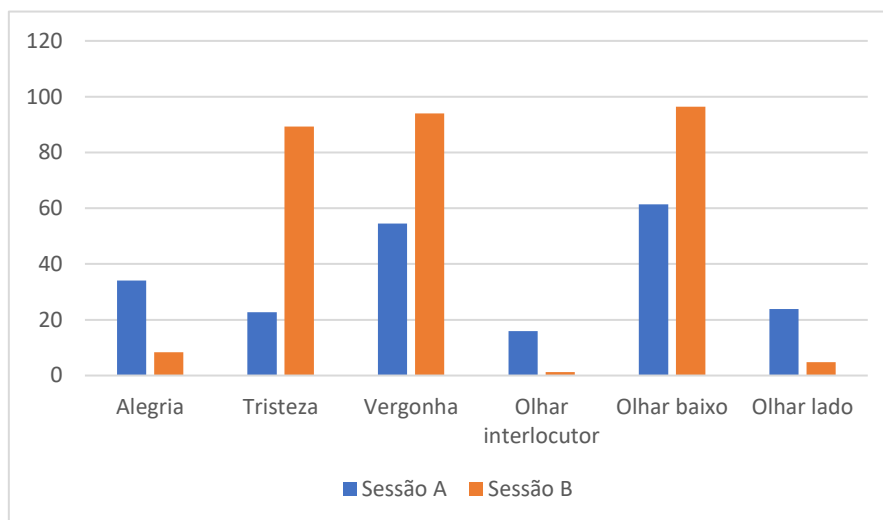


Figura 2. Percentagens totais das emoções e direção do olhar da paciente em 2 sessões contrastantes.

Variações emocionais e da direção do olhar no grupo das sessões intermédias

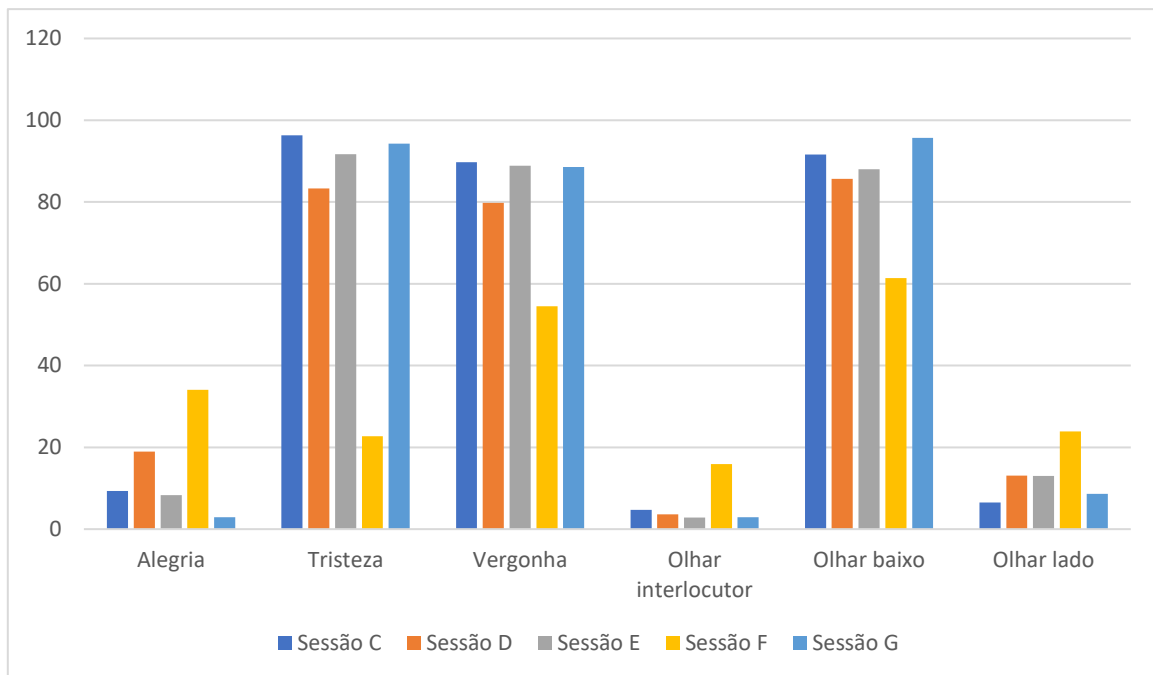


Figura 3. Percentagens das emoções e direção do olhar da paciente nas 5 sessões intermédias.

O teste de Mann-Whitney revelou uma diferença significativa nos níveis de acessibilidade na presença de tristeza ($Mdn = 2, n = 1345$) e na ausência de tristeza ($Mdn = 3, n = 264$), $U = 75242, z = -16,57, p = .00, r = -0,41$, tendo o grupo da ausência de tristeza o posto médio mais elevado.

O teste de Mann-Whitney revelou uma diferença significativa nos níveis de ativação emocional na presença de tristeza ($Mdn = .00, n = 1345$) e na ausência de tristeza ($Mdn = .00, n = 264$), $U = 166954,5, z = -2,08, p = .04, r = -0,05$, sendo que o grupo que tem o posto médio mais elevado é a ausência de tristeza.

Existe uma diferença significativa nos níveis de ativação emocional na presença de alegria ($Mdn = .00, n = 284$) e na ausência de alegria ($Mdn = .00, n = 1325$), $U = 168405, z = -3,77, p = .00, r = -.09$, sendo que o grupo que tem o posto médio mais elevado é a ausência de alegria.

De relatar ainda uma diferença significativa nos níveis de ativação emocional na presença de vergonha ($Mdn = 0$, $n = 1270$) e na ausência de vergonha ($Mdn = 1$, $n = 339$), $U = 142109,5$, $z = -13,06$, $p = .00$, $r = -0,33$, sendo que o grupo que tem o posto médio mais elevado é a ausência de vergonha.

Constatou-se igualmente uma diferença significativa nos níveis de ativação emocional na presença de olhar para baixo ($Mdn = 0$, $n = 1364$) e na ausência de olhar para baixo ($Mdn = 1$, $n = 245$), $U = 94595$, $z = -14,69$, $p = .00$, $r = -0,37$, sendo que o grupo que tem o posto médio mais elevado é a ausência de olhar para baixo; revelou ainda uma diferença significativa nos níveis de ativação emocional na presença de olhar para o interlocutor ($Mdn = 1$, $n = 82$) e na ausência de olhar para o interlocutor ($Mdn = 0$, $n = 1527$), $U = 42691$, $z = -6,59$, $p = .00$, $r = -0,16$, sendo que o grupo que tem o posto médio mais elevado é a presença de olhar para o interlocutor.

O teste de Mann-Whitney revelou ainda uma diferença significativa nos níveis de ativação emocional na presença de olhar para o lado ($Mdn = 1$, $n = 231$) e na ausência de olhar para o lado ($Mdn = 0$, $n = 1378$), $U = 82780$, $z = -15,86$, $p = .00$, $r = -0,40$, sendo que o grupo que tem o posto médio mais elevado é a presença de olhar para o lado.

Diferenças temporais nas variáveis

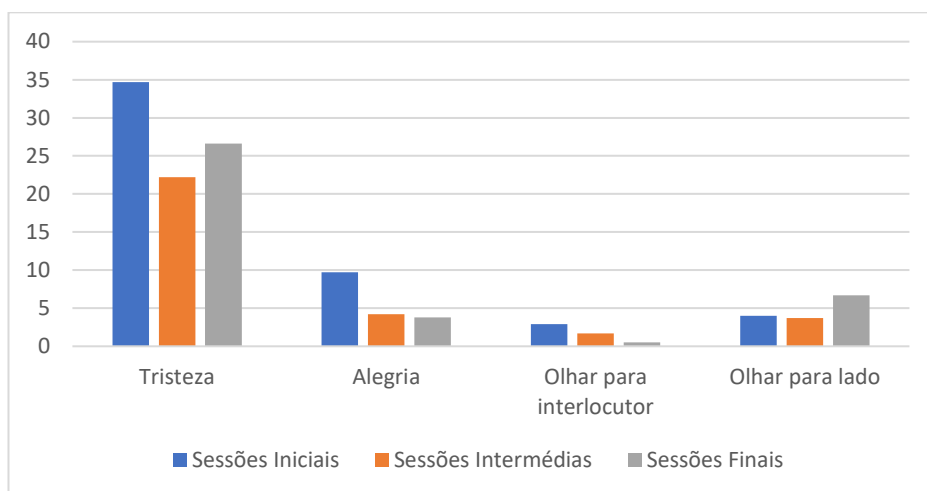


Figura 4. Percentagens totais das emoções e direção do olhar: variações temporais ($N = 1609$).

Tristeza: O teste qui-quadrado para a independência indicou uma associação significativa entre a emoção de tristeza e o momento, $\chi^2(2, N = 1609) = 12,966$, $p = .00$, $V de Cramer = .09$. A proporção de tristeza em cada momento é significativamente diferente, diminuindo das sessões iniciais para as sessões intermédias e aumentando das sessões intermédias para as sessões finais (ver tabela 2).

Vergonha: O teste qui-quadrado para a independência indicou que não existe uma associação significativa entre a emoção de vergonha e o momento, $\chi^2(2, N = 1609) = 5,20$, $p = .07$, $V de Cramer = .06$. A proporção de vergonha em cada momento não é significativamente diferente.

Alegria: Existe uma associação significativa entre a emoção de alegria e o momento, $\chi^2(2, N = 1609) = 31,28$, $p < .001$, $V de Cramer = .14$. A proporção de alegria em cada momento é significativamente diferente, sendo mais baixo nas sessões finais do que nas sessões iniciais e do que nas intermédias.

Olhar para baixo: Conclui-se a existência de uma associação não significativa entre o olhar para baixo e o momento, $\chi^2(2, N = 1609) = 3,25$, $p = .20$, $V \text{ de Cramer} = .05$. A proporção de olhar para baixo em cada momento não é significativamente diferente.

Olhar para o interlocutor: O teste qui-quadrado para a independência indicou uma associação significativa entre o olhar para o interlocutor e o momento, $\chi^2(2, N = 1609) = 19,48$, $p < .001$, $V \text{ de Cramer} = .11$. A proporção olhar para o interlocutor em cada momento é significativamente diferente, diminuindo das sessões iniciais para as intermédias e destas para as finais.

Olhar para o lado: O teste qui-quadrado para a independência indicou uma associação significativa entre o olhar para o lado e o momento, $\chi^2(2, N = 1609) = 30,58$, $p < .001$, $V \text{ de Cramer} = .14$. A proporção de olhar para o lado em cada momento é significativamente diferente, diminuindo ligeiramente das sessões iniciais para as intermédias e aumentando das sessões intermédias para as finais.

Variações temporais intersessões da acessibilidade e da ativação emocional

Uma análise de variância entre grupos foi conduzida para explorar o impacto do momento (sessões iniciais, sessões intermédias ou sessões finais) nos níveis de acessibilidade e ativação emocional. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa, $p < .05$, nos níveis de acessibilidade dos três grupos, $F(2, 1606) = 32,94$, $p = .00$. Apesar de atingir significância estatística, a real diferença de médias entre os grupos foi pequena. O tamanho do efeito, calculado usando o eta quadrado, foi .04. Comparações *post-hoc* usando o teste Tukey indicaram que a média do grupo 1 ($M = 2.31$, $SD = .71$) foi significativamente diferente da média do grupo 2 ($M = 2.11$, $SD = .74$) que foi significativamente diferente da média do grupo 3 ($M = 1.97$, $SD = .67$), sendo que as médias entre os grupos 1 e 3 foram igualmente

significativamente diferentes. Quanto à ativação emocional, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa, $p < .05$, nos níveis de ativação emocional dos três grupos, $F(2, 1606) = 4.6, p = .01$. Apesar de atingir significância estatística, a real diferença de médias entre os grupos foi bastante pequena. O tamanho do efeito, calculado usando o eta quadrado, foi $.001$. Comparações *post-hoc* usando o teste Tukey indicaram que a média do grupo 1 ($M = .22, SD = .42$) não foi significativamente diferente da média do grupo 2 ($M = .23, SD = .44$) que, por sua vez, também não foi significativamente diferente da média do grupo 3 ($M = .29, SD = .47$), sendo que as médias entre os grupos 1 e 3 foram significativamente diferentes.

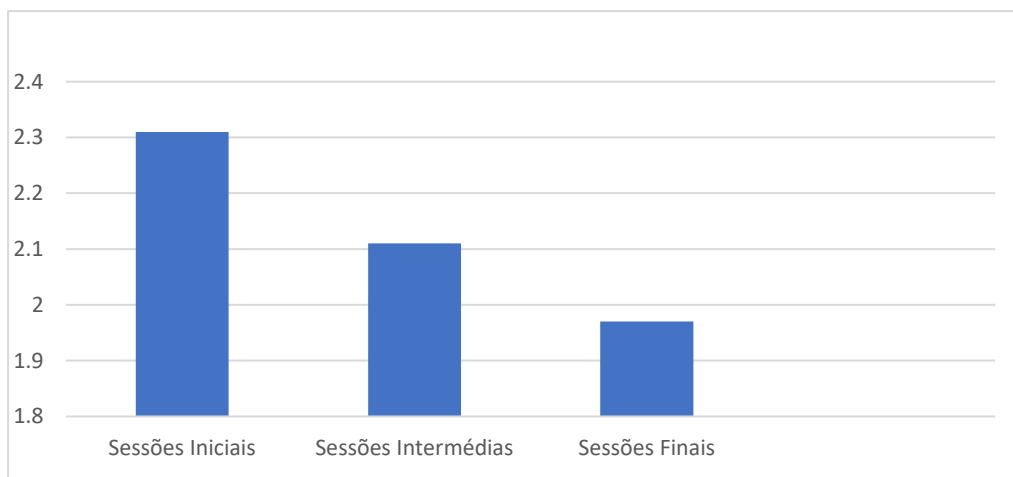


Figura 5. Variabilidade temporal da média da acessibilidade (abertura vs fechamento emocional) durante as diferentes fases da psicoterapia ($N = 1609$).

Discussão

Relativamente às emoções, as que se destacam em termos de frequência são a tristeza e a vergonha e, com menor relevo, a alegria. Como já mencionado, a tristeza surge em resposta a perdas: perda de uma oportunidade ou recompensa, desprezo por parte de outra pessoa, desapontamento, desespero ou a recordação de algum destes eventos. Henretty, Levitt, e Mathews (2008) descobriram que a tristeza em terapia mostrou estar enraizada na autocrítica, autoquestionamento e exploração da identidade. Provavelmente, algum dos eventos referidos está na origem da tristeza da paciente. Greenberg e Paivio (2003) distinguiram tristeza primária adaptativa de não adaptativa e tristeza primária de secundária: a tristeza primária adaptativa caracteriza-se por uma rendição, desistência e é livre de culpa, podendo ser profunda e totalmente sentida; em contraponto, entre os exemplos de tristeza primária não adaptativa estão reações de dor ou pesar patológicas. De acordo com os mesmos autores, é importante ainda a diferenciação entre tristeza primária, um estado animado/vivo que leva à mudança, da depressão ou desamparo secundários; uma menção deve ser feita ainda à tristeza instrumental, que ocorre quando os indivíduos se sentem desamparados, dependentes ou choram para manifestarem o seu queixume.

No que respeita à vergonha, os pacientes podem senti-la na terapia ao relatar detalhes íntimos sobre si que consideram menos aceitáveis, desejáveis ou expectáveis e, como tal, é provável que esta emoção seja eliciada frequentemente neste contexto (Dearing & Tangney, 2011). Como Gilbert (2007) referiu, a emoção de vergonha pode agir como aviso de que “vivemos na mente dos outros” como uma pessoa com características negativas. A vergonha pode surgir como uma tristeza profunda acompanhada por afirmações obscuras que obstaculam temporariamente uma exploração significativa do assunto (Zaslav, 1998). Em psicoterapia, a sensação de se ser exposto e vulnerável pode, na realidade, levar a uma intensificação de dificuldades relacionadas com a vergonha, acompanhada por um evitamento da comunicação

direta sobre as mesmas (Zaslav, 1998). A vergonha pode também mascarar emoções de mágoa, raiva, medo ou fraquezas, necessidades (Greenberg, 2015). Deste modo, tal como na tristeza, é importante distinguir vergonha primária de secundária e vergonha primária adaptativa de primária não adaptativa; a vergonha primária surge em resposta à violação de padrões pessoais ou pode ser suscitada por maus-tratos na infância, enquanto a vergonha secundária emerge da autocrítica, é parte de uma sequência de sentimentos de desvalor, autoaversão e pode ocorrer devido a determinadas experiências internas, distinguindo-se da vergonha primária por ser mais situacionalmente específica e menos crónica; a vergonha primária não adaptativa surge da perceção do indivíduo de si mesmo como sendo inaceitável, defeituoso, enquanto a secundária não adaptativa é gerada por pensamentos autocríticos bem como por emoções de nojo e desdém autodirigidas (Greenberg & Paivio, 2003). Zaslav (1998) declarou que, associadas à vergonha, podem estar mudanças repentinas defensivas de tópico, bem como sinais não verbais, como as pálpebras baixas, cabeça para baixo e evitamento do olhar, podendo os pacientes tornar-se emocionalmente indisponíveis ou incapazes de discutir certos tópicos abertamente, aspetos congruentes com o comportamento da paciente deste estudo. Os investigadores encontraram consistentemente uma relação entre a propensão para a vergonha e sintomas e perturbações psicológicas, incluindo depressão, ansiedade, perturbações alimentares e baixa autoestima (Tangney, 1999).

A alegria surgiu como a 3ª emoção mais frequente, embora muito menos frequente do que as duas emoções anteriormente referidas, tendo sido identificada sempre que os cantos dos lábios se encontravam para cima e para trás. Algumas vezes, correspondeu a alegria primária adaptativa, reveladora de prazer ou afeto positivo e outras apenas a uma exibição de conexão – ligação emocional – com o interator, um indicador de que o processo psicoterapêutico, apesar dos desafios, vai sendo produtivo ou, ainda, como expressão de boa educação, particularmente quando surgiu em conjunção com a emoção de tristeza e/ou vergonha. A consciencialização

dos pacientes acerca das suas emoções, particularmente das emoções primárias, é de suma importância para que progressos terapêuticos ocorram. O primeiro objetivo e o mais global ao trabalhar as emoções em psicoterapia é a promoção de consciência no paciente das suas emoções e, em última análise, das suas emoções primárias adaptativas (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Essa consciência leva a uma reorganização semântica/percetiva e à possibilidade de novas opções e escolhas (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993).

Relativamente à direção do olhar, constatou-se que a paciente olhou para baixo a maior parte do tempo e para o lado um significativo número de vezes, evitando o contacto ocular com o terapeuta. Este evitamento marcado do contacto relaciona-se com a elevada frequência encontrada das emoções de tristeza e vergonha e, muito provavelmente, com o contacto intrapsíquico com tópicos pessoais que esta não discute interpessoalmente, com a reflexão acerca de questões (ou realização de tarefas) difíceis. Do ponto de vista clínico, o desvio do olhar pode ter sido usado numa tentativa de minorar um potencial envolvimento afetivo demasiado intenso, para manter a distância psicológica, para autorregular a afetividade, para esconder as emoções realmente sentidas, para processar emoções sem interferências que interrompam o processamento, para processar sozinha aquilo que não está habituada a fazer acompanhada ou, até, para proteger o espaço e identidade pessoais. Waxer (1974) concluiu que os pacientes deprimidos mantinham somente um quarto de contacto ocular direto com os terapeutas relativamente aos pacientes não deprimidos. Leger (2013) sugere que, se o evitamento do contacto ocular promove distância psicológica e se a proximidade/intimidade psicológica se associa à mudança terapêutica, a promoção do aumento do contacto ocular dos pacientes é fundamental para a melhoria terapêutica dos mesmos. Ainda assim, existe a possibilidade da ausência de contacto ocular direto permitir um processamento mais interno por parte de alguns pacientes. Na terapia focada nas emoções bem como na EMDR existem momentos em que as tarefas terapêuticas promovem essa ausência do contacto, ficando o

terapeuta como facilitador, embora procurando não interferir no processamento (Greenberg et al, 1993; Shapiro, 1995).

Quanto à ativação emocional, os resultados revelaram que a ativação da paciente foi maioritariamente baixa. A baixa ativação emocional é compreensível se atentarmos na emoção predominante: tristeza. Porém, a segunda emoção mais frequente foi a vergonha, emoção de ativação emocional intermédia, tendencialmente elevada. Assim, a baixa ativação emocional encontrada pode dever-se ao facto de a paciente apresentar realmente pouca ativação ou pode suceder que a mesma tenha um estilo internalizante de expressividade emocional, isto é, ao enfrentar um estímulo emocionalmente ativante evidencie uma resposta fraca – se alguma – ou ainda a esforços inibitórios da mesma. A ativação emocional desempenha um papel crítico no aumento da consciência emocional (Pascual-Leone, Paivio, & Harrington, 2015). Segundo Greenberg (2010), a ativação emocional e a exposição a sentimentos previamente evitados produz mudança. Todavia, a baixa ativação da paciente não significa que não esteja a processar emoções, ainda que silenciosamente, para si. Pode também acontecer que para medir melhor esta variável, as fotografias não sejam suficientes para capturar a essência e complexidade do construto.

Relativamente à acessibilidade, verificou-se que a paciente se encontrou, na maioria das fotografias, no espectro do “fechamento” emocional. Na verdade, nem sempre foi fácil a classificação da sua acessibilidade na escala pois, se por um lado, evitava o contacto ocular e apresentava uma postura rígida parecendo “ameaçada” por algo ou alguém, por outro, a inclinação do seu corpo para a frente indiciava alguma aproximação em relação ao interlocutor. Apesar do fechamento da paciente, a presença do terapeuta, que lhe permita estar com o paciente “mesmo sem saber ainda”, pode revelar-se de extrema importância, sobretudo em casos mais desafiantes (Geller & Greenberg, 2015).

Quanto à associação entre as emoções, constatou-se que as emoções de tristeza e alegria apresentaram uma associação média e negativa. Isto significa que, na maioria das vezes, quando uma estava presente a outra estava ausente, o que é expectável. Porém, em algumas das fotografias ambas as emoções estavam presentes. Isto é, em algumas fotografias em que a alegria foi identificada, esta correspondeu à emoção real da paciente. Todavia, noutras, particularmente quando foi identificada conjuntamente com a tristeza e/ou vergonha na mesma fotografia, o que pode corresponder a uma “falsa” alegria, exibida através de um sorriso falso ou miserável. Ekman e Friesen (1982) distinguiram sorrisos sentidos, sorrisos falsos e sorrisos miseráveis: os sorrisos sentidos incluem todos os sorrisos em que a pessoa realmente experiencia uma emoção positiva - prazer derivado de estimulação visual, auditiva, gustativa ou tátil, diversão, contentamento, alívio da dor ou de tensão; os sorrisos falsos são feitos deliberadamente para convencer outra pessoa de que emoção positiva é sentida quando não o é e, no caso destes sorrisos, sinais das emoções realmente sentidas podem persistir nas pálpebras superiores, sobrancelhas e testa, fornecendo evidência de que o sorriso é falso. Ainda segundo estes autores, os sorrisos miseráveis, por seu turno, ocorrem quando a pessoa não experiencia qualquer emoção positiva e não tenta parecer que a sente, reconhecendo sentir-se infeliz. Ambadar, Cohn, e Reed (2009) mencionaram também diferentes tipos de sorrisos, incluindo o divertido, o educado, o embaraçado, o *sorrisinho* e o sorriso de dor. Estes autores referiram que os sorrisos percebidos como divertidos ativavam o músculo orbicular do olho, estavam associados mais provavelmente a boca aberta, apresentavam uma amplitude mais larga e um início e fim mais abruptos; nos sorrisos percebidos como embaraçados, a cabeça estava direcionada para baixo, enquanto os sorrisos educados surgiam com a boca fechada e uma amplitude mais pequena. Nalgumas das fotografias da paciente em estudo, a alegria não correspondeu a uma alegria primária mas sim a uma alegria não verdadeira, não primária, uma proteção potencial face a outras emoções.

A associação entre a tristeza e a vergonha foi modesta e positiva. Assim, estas emoções coocorreram algumas vezes e também houve uma tendência para ambas estarem ausentes simultaneamente. Afirmações autocríticas e imperativas, de “dever”, fazem com que as pessoas se sintam tristes (Greenberg & Paivio, 2003) e, provavelmente, também suscitam vergonha, se associadas ao pensamento de que os outros irão perceber um *self* defeituoso (Tangney, 1999). A associação entre a alegria e a vergonha foi pequena e negativa; tal é compreensível dada a valência oposta destas emoções (alegria: positiva, vergonha: negativa).

A alegria e o olhar para o interlocutor apresentam uma associação pequena positiva, o que se relaciona com uma motivação de aproximação da paciente. A associação pequena e negativa entre a alegria e o olhar para baixo deve-se ao facto de ambos traduzirem motivações antagónicas: aproximação no caso da alegria e evitamento na circunstância de olhar para baixo. Adams e Kleck (2003) referiram que as emoções positivas, a raiva e o olhar direto estão associadas a uma motivação de aproximação, enquanto as emoções negativas (exceto a raiva) e o evitamento do olhar se associam a uma motivação de evitamento.

A tristeza e o olhar para baixo, por seu turno, apresentaram uma associação pequena e positiva, o que é compreensível: a tristeza é um sentimento passivo (Ekman, 2003), caracterizada por apatia e um pouco de submissão (Frijda, 1987).

As associações referidas estão ilustradas na figura 2, sendo visível que, por exemplo, quanto maior a alegria, maior o olhar para o interlocutor e, nesta paciente, quanto maior a tristeza, maior a vergonha e o olhar para baixo. Na figura 3, destaca-se que o olhar para o interlocutor bem como o olhar para o lado foram bastante superiores na sessão F comparativamente às outras sessões, o que se associou a comparativamente menor vergonha, bastante menos tristeza, maior alegria e menos olhar para baixo, o que vai ao encontro também às associações encontradas e anteriormente mencionadas.

No que concerne à acessibilidade, constata-se que existe uma maior abertura emocional da paciente na ausência de tristeza do que na sua presença, o que se compreende porque a emoção de tristeza leva a um recolhimento/fechamento emocional. A maior ativação presente na ausência de tristeza é, portanto, também compreensível. A maior ativação na ausência de alegria do que na sua presença deve-se ao facto de a alegria evidenciada pela paciente corresponder a um contentamento (baixa ativação) e só raramente a felicidade ou entusiasmo (elevada ativação). A maior ativação na ausência de vergonha deve-se provavelmente ao facto de esta se ter associado à emoção de tristeza frequentemente ou ao facto de a paciente ter um estilo internalizante de expressividade emocional.

Quanto à direção do olhar, a maior ativação na ausência de olhar para baixo é justificável pois, se por um lado, o contacto ocular direto com outra pessoa causa ativação emocional, o desvio do olhar para baixo pode ser feito precisamente para baixar esses níveis de ativação. Gale, Kingsley, Brookes, e Smith (1978) concluíram que a fisiologia é influenciada pela comunicação não verbal e que a aversão do olhar pode ser utilizada em determinadas circunstâncias na interação social com o intuito de reduzir a ativação fisiológica. Portanto, a maior ativação na presença de olhar para o interlocutor também é entendível; o olhar desviado é, com frequência, menos ativante do que o olhar direto. Porém, verificou-se maior ativação quando a paciente estava a olhar para o lado do que quando não estava. Tal deve-se provavelmente ao facto de esta estar a refletir sobre algo, acerca de alguma memória que elicitava essa ativação.

Em relação às diferenças temporais, podem tecer-se algumas considerações. A tristeza foi mais elevada nas sessões iniciais do que nas sessões intermédias e aumentou destas para as sessões finais. Provavelmente, a procura de psicoterapia poder-se-á ter devido a um elevado nível de tristeza da paciente que foi diminuindo com a psicoterapia e depois poderá ter aumentado para as sessões finais devido a algum acontecimento externo ou ao facto de

memórias ou eventos dolorosos terem sido abordados. A vergonha e o olhar para baixo permaneceram sem alterações significativas ao longo do tempo, o que provavelmente constituirá o maior “desafio” de mudança da paciente e resolução. A alegria, por seu turno, diminuiu com o tempo, o que pode ter sido devido ao facto de a paciente estar mais à-vontade com o terapeuta e não sentir que tem que mostrar uma emoção que não sente realmente. O olhar para o interlocutor, por sua vez, diminuiu com o tempo, o que se pode relacionar com o facto de o olhar para o lado ter aumentado das sessões intermédias para as finais, que poderá traduzir reflexão da paciente sobre os assuntos discutidos. A acessibilidade, por sua vez, diminuiu com o tempo, embora a diferença tenha sido pequena, enquanto a ativação emocional aumentou, sendo a diferença significativa entre o grupo das sessões iniciais e o das finais. Provavelmente, as diferenças nestas variáveis relacionam-se com o ativar e refletir de memórias dolorosas e de emoções primárias.

O silêncio prolongado e o evitamento da paciente em falar sobre si também podem refletir ansiedade experienciada pela mesma. Mahl (1956) referiu que o silêncio parece ser um índice expressivo útil de ansiedade; o autor referiu igualmente que o silêncio do paciente pode traduzir reflexão ou teimosia. Weisman (1955) mencionou que o silêncio é usado pelos pacientes como forma de lidar com o *stress* emocional e pode ter propósitos de proteção ou provocação.

No que respeita ao presente estudo, poderão ser apontadas algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto de os movimentos faciais não terem sido codificados utilizando a FACS e as expressões emocionais usando o dicionário de emoções FACS/EMFACS (Friesen & Ekman, 1984), que correspondem às ferramentas mais utilizadas pelos investigadores na análise das expressões faciais. Constrangimentos relacionados com o elevadíssimo número de horas requerido para o treino e codificação assim como os recursos financeiros que a utilização destas ferramentas exigiria não permitiram a sua utilização neste estudo. Deste modo, não

obstante as emoções básicas contidas nas expressões faciais terem sido identificadas de acordo com os sinais distintivos de cada uma delas enunciados por Ekman e Friesen (2003) e os das emoções autoconscientes como descritos por Robins, Nofle, e Tracy (2007), é possível que possam ter existido imprecisões na avaliação das emoções, em algumas fotografias, uma vez que não foi possível usar as ferramentas mais comumente utilizadas em estudos com foco similar.

Outra potencial limitação do estudo é o facto de não ter sido incluída a emoção de culpa. Segundo Ekman e Friesen (2003), quando os indivíduos sentem tristeza, olham frequentemente para baixo em vez de direcionarem o olhar para a frente, particularmente se, concomitantemente com a emoção de tristeza, existir vergonha ou culpa. A opção consciente de não ter incluído esta emoção neste estudo resulta, por um lado, da sua associação ao contexto criminal na literatura e, por outro, por não apresentar uma expressão não verbal distintiva, universalmente reconhecida, tal como acontece nas restantes emoções consideradas. Todavia, é possível que, em algumas das fotografias, a paciente estivesse a sentir culpa e que esta tenha sido identificada como vergonha, sendo que a análise do seu discurso verbal, que não constituiu o foco deste estudo, permitiria a distinção entre estas duas emoções. Importa referir que as investigações realizadas revelaram que a vergonha e o embaraço se caracterizam por uma postura inclinada para a frente, rígida e desleixada (Keltner, 2005); ainda de acordo com Greenberg e Paivio (2003), na vergonha, os olhos da pessoa estão para baixo e a parte superior do corpo parece encolher e colapsar, sendo que ambas as descrições correspondem, de facto, à postura da paciente na maioria das fotos em que se classificou a emoção veiculada pela sua comunicação não verbal como vergonha.

Em relação à emoção de alegria, pretendeu-se distinguir a alegria realmente sentida da falsa alegria; porém, a qualidade das fotografias não permitiu a distinção que se pretendia fazer

entre a presença de sorriso Duchenne e não Duchenne, uma vez que estas não permitiam ver com precisão as rugas à volta do olho características do sorriso Duchenne.

Outra limitação consiste no facto de a ativação emocional não ter sido avaliada mediante medição fisiológica (e.g., através da medição da frequência cardíaca ou da pressão arterial), o que teria aumentado a precisão dos resultados.

Uma outra limitação que pode ser mencionada é o facto de este estudo ter obtido apenas dados quantitativos, sem que fossem obtidos dados qualitativos dos dois intervenientes, terapeuta e paciente, sendo que algumas das questões e hipóteses que este estudo levantou podem ser esclarecidas, respondidas, quando os testemunhos dos intervenientes forem recolhidos. Verifica-se que os estudos de caso podem acrescentar diferentes perspetivas e podem ser tão interessantes naquilo que revelam como naquilo que não revelam, o que não significa que triangular as fontes de informação, observador, paciente e terapeuta não seja sempre uma mais-valia. Seria interessante a realização de uma análise sistemática dos sinais não verbais de pacientes com as características descritas anteriormente e dos seus terapeutas em simultâneo e a realização de um estudo qualitativo, como já referido, em que o relato dos participantes poderia responder a algumas questões por este estudo levantadas. Poderá também valer a pena avaliar as sequências emocionais intra-sessão, e compará-las entre sessões, para estudar as dinâmicas do comportamento da paciente, com recurso a a análises *time series*, *designs* que, em psicoterapia, podem responder a dois tipos de questões - questões de melhoria: (o paciente melhorou após o início do tratamento?) e questões relacionadas com a mudança (como é que a mudança se manifesta durante o tratamento?) (Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw, & O'Neil, 2008) ou, ainda, a utilização de *cross correlations*, que não foram utilizadas devido a limitações temporais.

Uma última limitação prende-se com a circunstância de os dois cotadores auxiliares do estudo não terem analisado a totalidade dos dados mas apenas uma parte, dados os constrangimentos temporais e a grande quantidade de dados – 1609 fotografias.

Propõe-se igualmente que, em futuras investigações, sejam realizadas discriminações mais “finas” na classificação das emoções presentes nas expressões faciais como, por exemplo, distinção entre apreensão, receio, terror (entre outros), *nuances* emocionais da emoção de medo, sendo o mesmo aplicável às restantes emoções.

Em conclusão, sugere-se que, em estudos futuros, sejam analisados mais casos de pacientes “silenciosos” para que se possam comparar as emoções, contacto ocular, acessibilidade e ativação emocional destes diferentes pacientes para identificar similitudes e diferenças. Outra possibilidade seria o estudo do discurso verbal, mais especificamente das hesitações, interrupções, alterações na prosódia (i.e., no ritmo, entoação) de pacientes maioritariamente silenciosos ou que evitam autorrevelar-se.

Conclusão

Espera-se que os resultados, clarificações e questões levantados por este estudo possam contribuir para uma compreensão mais profunda e alargada das motivações, emoções e atitudes desta paciente em específico e que possam, potencialmente, ajudar a compreender outros pacientes com características e padrões de comunicação não verbal semelhantes e pacientes que evitem falar sobre si, mas que, ainda assim, desejam trabalhar em psicoterapia para melhorarem as suas vidas.

O facto de se saber que a montante do silêncio da paciente estão emoções de tristeza e vergonha que podem traduzir perda(s) que a paciente sofreu, autocrítica, receio que a perceção do interlocutor sobre si seja negativa, que sorri algumas vezes não devido a uma alegria verdadeiramente sentida mas por boa educação ou com o objetivo de manter uma boa conexão

com o terapeuta; que evita o olhar provavelmente como forma de esconder ou de não contactar com as suas emoções reais, para regular os seus afetos, para evitar expor-se (e à sua sensação de vulnerabilidade), que a sua postura frequentemente rígida traduz a “ameaça” que sente; que o seu silêncio pode sinalizar ansiedade e que, muito provavelmente, tem um estilo internalizante de expressividade emocional ajuda a aprofundar a compreensão da paciente. Importa também recordar que a dor emocional sentida surge, com frequência, em resposta a obstáculos ou à não satisfação das necessidades humanas básicas de amor, segurança ou reconhecimento (Timulak, 2015). Segundo Kaufman (1996), a resolução da vergonha é grandemente facilitada por trabalho em grupo, embora tenha que se considerar se o/a paciente está preparado para tal. Permitir que emoções dolorosas emirjam na consciência e aceitar essas emoções previamente protegidas traz alívio aos pacientes e mudanças nos processos de reconhecimento e de tomada de responsabilidade são visíveis (Greenberg & Safran, 1990).

Para finalizar, pretende-se relevar a importância da identificação e (re)conhecimento da comunicação não verbal característica de diferentes emoções, atitudes, motivações, aspetos que podiam e deveriam ser usados na formação dos psicoterapeutas. Esta comunicação pode ser importante no diagnóstico de processo – adicionalmente à avaliação (in)formal e aos questionários -, no relacionamento dos terapeutas com os seus pacientes, na identificação dos progressos terapêuticos e a nível do treino das competências de processamento dos pacientes, com o objetivo principal de melhorar a acuidade percetiva dos terapeutas e, com elevada possibilidade, a sua eficácia terapêutica.

Referências Bibliográficas

Ambadar, Z., Cohn, J. F., & Reed, L. I. (2009). All Smiles are Not Created Equal: Morphology and Timing of Smiles Perceived as Amused, Polite, and Embarrassed/Nervous. *Journal of Nonverbal Behavior*, 33(1), 17–34. doi:10.1007/s10919-008-0059-5

Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation. *Sociometry*, 28 (3), 289-304. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2786027>

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997). Is there a “language of the eyes?”: evidence from normal adults, and adults with autism or asperger syndrome. *Visual Cognition*, 4(3), 311-331. doi: 10.1080/713756761

Bartlett, M. S., Hager, J. C., Ekman, P., & Sejnowski, T. J. (1999). Measuring facial expressions by computer image analysis. *Psychophysiology*, 36, 253-263. doi:10.1017/S0048577299971664

Benecke, C., Peham, D., & Bänninger-Huber, E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15, 81-90. doi: 10.1080/10503300512331327065

Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 121-143). New York, NY: Oxford University Press.

Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *59*, 11-19. doi: 10.1159/000288640

Burgoon, J. K., Le Poire, B. A., Beutler, L. E., Bergan, J., & Engle, D. (1992). Nonverbal behaviors as indices of arousal: Extension to the psychotherapy context. *Journal of Nonverbal Behavior*, *16* (3), 159-178. doi:10.1007/BF00988032

Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., & Manusov, V. (2011). Nonverbal signals. In Mark L. Knapp, & John A. Daly (Eds.), *The SAGE Handbook of Interpersonal Communication*. Thousand Oaks, USA: SAGE.

Bradley, M. M., Miccoli, L., Escrig, M. A., & Lang, P. J. (2008). The pupil as a measure of emotional arousal and autonomic activation. *Psychophysiology*, *45*, 602-607. doi: 10.1111/j.1469-8986.2008.00654.x

Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 190-199. doi: 10.1037/a0018401

Dearing, R. L., & Tangney, J. P. (2011). *Shame in the therapy hour*. Washington, DC: American Psychological Association.

Diamond, G. M., Rochman, D., & Amir, O. (2010). Arousing primary vulnerable emotions in the context of unresolved anger: "Speaking about" versus "speaking to". *Journal of Counseling Psychology*, *57*(4), 402. doi: 10.1037/a0021115

Doherty-Sneddon, G., & Phelps, F.G. (2005). Gaze aversion: A response to cognitive or social difficulty? *Memory & Cognition*, 33(4), 727-733. doi: 10.3758/BF03195338

Donovan, J. M., Osborn, K.A.R., & Rice, S. (2017). *Paraverbal communication in psychotherapy: Beyond the words*. London, UK: Rowman & Littlefield.

Ekman, P. (1970). Universal facial expressions of emotions. *California Mental Health Research Digest*, 8(4), 151-158.

Ekman, P. (2012). *Emotions revealed: understanding faces and feelings*. Weidenfeld & Nicolson.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1967). Head and body cues in the judgment of emotion: a reformulation. *Perceptual and Motor Skills*, 24, 711-724. doi:10.2466/pms.1967.24.3.711

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1982). Felt, false and miserable smiles. *Journal of Nonverbal Behavior*, 6 (4), 238-252. doi:10.1007/BF00987191

Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial expressions*. Cambridge, MA: Malor Books.

Ekman, P., Matsumoto, D. & Friesen, W. V. (2005). Facial expression in affective disorders,

What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS), In P. Ekman & E. L. Rosenberg (Eds.), New York, NY:Oxford University Press.

Fairbanks, L. A., McGuire, M. T., & Harris, C. J. (1982). Nonverbal interaction of patients and therapists during psychiatric interviews. *Journal of Abnormal Psychology*, *91*, (2), 109-119. doi: 10.1037/0021-843X.91.2.109

Finset, A., & Piccolo, L. (2011). Nonverbal communication in clinical contexts. In M. Rimondini (Ed.), *Communication in Cognitive Behavioral Therapy* (pp.107-128). New York, NY: Springer Science.

Fishman, D. B., Messer, S. B., & Edwards, D. J. A. (2017). Case studies within psychotherapy trials: expanding the gold standards. New York, NY: Oxford University Press.

Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, *12*(2), 219-245. doi: 10.1177/1077800405284363

Frijda, N. H. (1987). Emotion, cognitive structure and action tendency. *Cognition & Emotion*, *1*, 115-144.

Gale, A., Kingsley, E., Brookes, S., & Smith, D. (1978). Cortical arousal and social intimacy in the human female under different conditions of eye contact. *Behavioural Processes*, *3*, 271-275.

Geller, S. M. & Greenberg, L.S. (2015). *Therapeutic Presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

George, A. L., & Bennett, A. (2004). *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Gerring, J. (2007). The conundrum of the case study. *Case study research: principles and practices*. New York, NY: Cambridge University Press.

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In Jessica L. Tracy, Richard W. Robins, & June Price Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: theory and research*. New York, NY: The Guilford Press.

Greenberg, L. S. (2010). The Clinical Application of Emotion in Psychotherapy. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L.F. Barrett, *Handbook of Emotions*. New York, NY: The Guilford Press.

Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: a practice friendly research review. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62(5), 611–630. doi: 10.1002/jclp.20252

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *In Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.

Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Process-experiential therapy: facilitating emotional change*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1990). *Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.

Grumet, G. W. (1983). Eye contact: the core of interpersonal relatedness. *Psychiatry*, 46(2), 172-180. doi: 10.1080/00332747.1983.11024189

Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology*, 4, 21 – 37. doi:10.1016/S0962-1849(05)80049-6

Heller, M., & Haynal, V. (1997). Depression and suicide faces. In P. Ekman & E. L. Rosenberg (Eds.), *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expressing using the Facial Action Coding System (FACS)*. New York, NY: Oxford University Press.

Hinchliffe, M. K., Lancashire, M., & Roberts, F. J. (1971). A Study of Eye-Contact Changes in Depressed and Recovered Psychiatric Patients. *British Journal of Psychiatry*, 119, 213-215.

Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

Kaufman, G. (1996). *The Psychology of Shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York, NY: Springer.

Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(2), 183-192.

Keltner, D. (2005). Signs of appeasement: evidence for the distinct displays of embarrassment, amusement, and shame. In P. Ekman & E. L. Rosenberg (Eds.), *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS)* (pp. 133-157). New York, NY:Oxford University Press.

Kleinke, C. L. (1986). Gaze and eye contact: A research review. *Psychological Bulletin, 100* (1), 78-100. doi: 10.1037/0033-2909.100.1.78

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). The only generalization is: there is no generalization. In R. Gomm, M. Hammersley, & P. Foster, *Case Study Method* (pp.27-44). London, UK: SAGE.

Luedke, A. J., Peluso, P. R., Diaz, P., Freund, R., & Baker, A. (2017). Predicting dropout in counseling using affect coding of the therapeutic relationship: an empirical analysis. *Journal of Counseling & Development, 95*(2), 125-134. doi: 10.1002/jcad.12125

Mahl, G. F. (1956). Disturbances and silences in the patient's speech in psychotherapy. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 53*(1), 1-15. doi: 10.1037/h0047552

Matsumoto, D., Hwang, H. C., & Frank, M. G. (2016). The body: Postures, gait, proxemics, and haptics. *APA handbook of nonverbal communication* (pp. 387-400). doi: 10.1037/14669-015

McCarthy, A., Lee, K., Itakura, S., & Muir, D. W. (2006). Cultural display rules drive eye gaze during thinking (2006). *J Cross Cult Psychol*, 37(6): 717–722. doi:10.1177/0022022106292079

McLeod, J. (2010). Case study research in counselling and psychotherapy. London, UK: Sage.

Mehrabian, A. (1968). Some referents and measures of nonverbal behavior. *Behavior Research Methods*, 1(6), 203-207. doi:10.3758/BF03208096

Mehrabian, A. (1969). Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin*, 71, 5, 359-372.

Miller, R. S. (2007). Is embarrassment a blessing or a curse. In J. L. Tracy, R. W. R., & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 245-262). New York, NY: The Guilford Press.

Modigliani, A. (1971). Embarrassment, facework, and eye contact: Testing a theory of embarrassment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(1), 15-24. doi: 10.1037/h0030460

Pascual-Leone, A., Paivio, S., & Harrington, S. (2015). Emotion in psychotherapy: An experiential-humanistic perspective. In D. Cain, S. Rubin, & K. Keenan (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* (pp. 147-181). Washington, DC: American Psychological Association.

Posner, J., Russell, J. A., & Peterson, B. S. (2005). The circumplex model of affect: an integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and Psychopathology, 17*, 715-734. doi: 10.1017/S0954579405050340

Phutela, D. (2015). The importance of non-verbal communication. *IUP Journal of Soft Skills, 9*(4), 43.

Pribram, K. H., & McGuinness, D. (1975). Arousal, activation, and effort in the control of attention. *Psychological Review, 82* (2), 116-149.

Primavera, L. H., Allison, D. B., & Alfonso, V. C. (1997). Measurement of dependent variables. *Design and analysis of single-case research*, 41-91.

Robins, R. W., Nofle, E. E., & Tracy, J. L. (2007). Assessing self-conscious emotions: a review of self-report and nonverbal measures. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions; theory and research*. New York, NY: The Guilford Press.

Rolls, G. (2015). Introduction. *Classic case studies in psychology* (3rd Ed.). New York, NY: Routledge.

Rosenberg, E. L. (2005). Introduction: The study of spontaneous facial expressions in psychology. In P. Ekman & E. Rosenberg, *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expressing using the Facial Action Coding System (FACS)*. New York, NY: Oxford University Press.

Russell, J. A. (1994). Is there universal recognition of emotion from facial expression? A review of cross cultural studies. *Psychological bulletin*, 115(1), 102-141.

Scherer, K. R., & Ekman, P. (1982). Methodological issues in studying nonverbal behaviour. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Handbook of methods in nonverbal behavior research* (pp. 45-135). New York, NY: Cambridge University Press.

Schneier, F. R., Rodebaugh, T. L., Blanco, C., Lewin, H., & Liebowitz, M. R. (2011). Fear and avoidance of eye contact in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 81-87. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.04.006

Snyder, M. (1974). Self-Monitoring of Expressive Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526-537.

Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as na obstacle for psychotherapy outcome research: it's worse than you think. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16, 86-91. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x

Timulak, L. (2015). Transforming emotional pain in psychotherapy: na emotion-focused approach. New York, NY: Routledge.

Trémeau, F., Malaspina, D., Duval, F., Corrêa, H., Hager-Budny, M., Coin-Bario u, L., ... & Gorman, J. M. (2005). Facial expressiveness in patients with schizophrenia compared to depressed patients and nonpatient comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 92-101. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org>

Tryon, W. W. (1998). Behavioral observation. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: a practical handbook* (pp. 79-103). 4th edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Waxer, P. (1974). Nonverbal cues for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 83 (3), 319-322.

Weisman, A. D. (1955) Silence and Psychotherapy. *Psychiatry*, 18(3), 241-260, doi: 10.1080/00332747.1955.11023010

Welling, H. (2012). Transformative Emotional Sequence: Towards a Common Principle of Change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, (2), 109–136.

Wharton, T. (2009). *Pragmatics and non-verbal communication*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Zittoun, T. (2017). Modalities of generalization through single case studies. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 51, 171-194. doi: 10.1007/s12124-016-9367-1

ANEXOS

Anexo A

Consentimento Informado

As suas sessões psicoterapêuticas estão a ser gravadas, como por si autorizado, desde o início para fins de investigação. Existe uma investigação a decorrer no âmbito da dissertação de uma estudante de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde - núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa - da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sobre o tema da comunicação não verbal em terapia, tendo essa investigação como objetivo o alargamento do conhecimento existente na área da comunicação não verbal em contexto psicoterapêutico.

Deste modo, a investigadora vem por este meio solicitar-lhe a sua autorização para o visionamento e análise dos vídeos das suas sessões no âmbito desta investigação, que decorre de abril de 2017 até outubro de 2017.

A sua colaboração é voluntária e a não autorização não tem qualquer consequência, podendo desistir a qualquer momento, se assim o desejar. O registo vídeo apenas será visionado por uma equipa de 3 investigadores, cotadores do estudo e estudantes de mestrado de Psicologia Clínica, sendo que esses registos não serão mostrados a mais ninguém e serão tomadas todas as medidas necessárias para que as gravações permaneçam seguras e confidenciais.

Ao dar o seu consentimento informado declara ter tomado conhecimento acerca da problemática de investigação e dos objetivos do estudo, participando indiretamente no mesmo de forma voluntária. Concorda, igualmente, que os dados vídeo sejam analisados pelos investigadores responsáveis no âmbito dos objetivos a que este estudo se dirige.

Caso tenha alguma dúvida acerca da sua participação ou da investigação em si e/ou pretenda conhecer os resultados da mesma após a análise dos dados poderá contactar a investigadora principal, Cláudia Marrucho, que estará disponível para esclarecê-la ou fornecer informação adicional, através do endereço eletrónico claudia_13@sapo.pt ou o supervisor da

investigação, prof. Dr. Nuno Conceição, mediante o endereço nconceicao@psicologia.ulisboa.pt.

Eu li e compreendi este consentimento informado e concordo em participar neste estudo mediante a satisfação dos requisitos acima referidos.

Assinatura da participante: _____ Data:

Muito obrigada pela sua atenção e participação!

Anexo B

Escala de Acessibilidade (adaptada de Donovan, Osborn, & Rice, 2017):

Fechada → Aberta

Pontos da Escala:

1. *Fechada:*

Mandíbula apertada

Expressão facial inexpressiva

Sorriso ausente

Lágrimas se presentes são sufocadas

Olhos fechados ou olhar para baixo

Corpo e face afastados do terapeuta

Corpo rígido

Mãos apertadas ou palmas para baixo

Corpo para baixo

2. *Maioritariamente fechada:*

Sorriso inexistente

Apenas um pouco de contacto ocular ou contacto inexistente

Palmas das mãos para baixo

Corpo para baixo na cadeira

Maioritariamente afastada do terapeuta

Braços rígidos e perto do corpo

Postura inquieta ou rígida, desconfortável na cadeira

Mínima expressão facial

Inclinada para baixo ou para trás relativamente ao terapeuta

3. *Um pouco mais calorosa – menos fechada:*

Contacto ocular inexistente, fugaz ou direto

Palmas das mãos para cima ou para baixo

Maioritariamente afundada na cadeira

Braços para baixo

Maioritariamente inclinando-se afastada ou não comprometida na postura

Muda a posição física e move-se um bocadinho para expressar afeto

Pouco movimento facial, pode surgir breve sorriso

Mensagem não verbal: “Estou possivelmente acessível, se responderes aos meus convites
subtis”

4. *Acessibilidade social normal:*

Algum movimento facial caloroso

Palmas das mãos para cima ou para baixo

Algum movimento corporal responsivo

Pode ocorrer abertura dos braços

Corpo em direção ao terapeuta e um tanto relaxado

Alguma inclinação em direção ao terapeuta

Mais animada

Mandíbula maioritariamente “não cerrada”

Postura menos rígida

5. *Bastante aberta:*

Movimento facial animado em relação ao terapeuta

Palmas das mãos para cima

Corpo relaxado e em “espelho”

Inclina-se em relação ao terapeuta

Possível sorriso

Cara mais ativa

Braços abertos e relaxados

Mostra, sem dúvida, afeto forte, triste, raivoso, afetuoso

6. *Muito aberta:*

Face aberta e expressiva

Palmas das mãos viradas para cima

Corpo relaxado, não coberto pelos braços

A paciente inclina-se em direção ao terapeuta

Frequentemente “espelha” o terapeuta em termos de postura corporal

Contacto ocular direto

Sorriso, riso, lágrimas

Elevada expressão afetiva

Mãos e mandíbula abertas e relaxadas

7. *Momentos “auge” no relacionamento – Máxima abertura:*

Lágrimas, riso espontâneo, sorrisos

A paciente olha diretamente para o terapeuta

Toca o “eu”, as mãos para expressar afeto

Expressão profunda e movimento inteiro do corpo para o terapeuta

Punhos e mandíbula relaxados

O paciente pode parecer surpreso pela falta de controle

Afeto triste, furioso, amoroso, assustado expressos