

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

RELATÓRIO TÉCNICO DE PESQUISA

**ESTILOS DE APEGO EM ADULTOS – IMPLICAÇÕES PARA A
PSICOTERAPIA**

DRA. GLAUCIA MITSUKO ATAKA DA ROCHA

São Paulo
2014

Resumo

Os estilos de vinculação têm sido estudados como um dos fatores que explicam a qualidade da aliança terapêutica. E esta, por sua vez, tem sido estudada em termos de sua estrutura teórica, sua influência sobre os resultados das psicoterapias de diferentes orientações teóricas, fatores que a influenciam e sobre como otimizar seu desenvolvimento. Estudar minuciosamente como os processos de psicoterapias se dão é importante não apenas para que as psicoterapias possam tornar-se mais eficazes e eficientes, mas também para que o ensino das psicoterapias possa tornar-se mais embasado cientificamente. O objetivo geral desta pesquisa foi verificar a associação entre sintomas de transtornos de personalidade, estilos de vinculação de pacientes adultos e dos respectivos psicoterapeutas e suas percepções acerca da aliança terapêutica. A amostra foi composta por 25 duplas de pacientes e terapeutas em formação de uma clínica-escola localizada no município de São Paulo. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Relacionamentos Próximos – Estruturas Relacionais (ECR-RS), o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP), a BDI, a BAI e a WAI – versão breve, nos pacientes e a ECR-RS e WAI nos terapeutas. As aplicações foram feitas até a 5ª. sessão de processos de psicoterapia breve psicodinâmica, comportamental e analítica. O grupo de pacientes foi caracterizado por ter, predominantemente, estilo inseguro (60%) e o de terapeutas, predominantemente, seguro (60%). Houve associações estatisticamente significativas entre os estilos de vinculação dos pacientes e a qualidade da aliança terapêutica avaliada por eles ($\rho = -0,41$, $p < 0,05$) e entre as dimensões da ECR-RS e sintomas de transtornos de personalidade. Para os pacientes, a dimensão da ECR-RS que obteve média mais alta corresponde à figura materna ou quem a represente. A aliança terapêutica avaliada pelos pacientes foi alta ($M = 5,65$, $DP = 1$). Não houve associação estatisticamente significativa entre as avaliações da aliança terapêutica pelos pacientes e terapeutas. Os resultados sugerem que a avaliação dos estilos de vinculação pode ser um importante fator a se considerar ao se tentar estabelecer uma boa aliança na fase inicial do processo de psicoterapia. Além disto, pode ser mais uma fonte de informação para o planejamento do processo, pois podem indicar tendências, tanto de pacientes quanto de terapeutas, em relação à manutenção da aliança terapêutica.

Palavras-chave: apego; psicoterapia breve; formação do psicoterapeuta

Sumário

Apresentação	4
Introdução	6
Estilos de vinculação na psicoterapia	10
Estilos de vinculação e aliança terapêutica	12
Método.....	15
Participantes.....	15
Considerações éticas	15
Ambiente.....	15
Instrumentos e Materiais.....	16
Procedimento	18
Resultados.....	20
Discussão	24
Conclusão	28
Referências	30

APRESENTAÇÃO

O presente estudo teve uma reformulação importante nos Objetivos e no Método, a partir da constatação de que havia pouca base empírica que ajudasse a sustentar uma investigação que desse um salto entre as bases neurobiológicas dos estilos de vinculação e as psicoterapias. Por essa razão, o foco deste trabalho foi redirecionado da busca de inovação metodológica para a consolidação de uma linha de pesquisa sobre os estilos de vinculação e sua relação com processos psicoterápicos.

Entendeu-se que esta mudança poderia trazer uma contribuição mais relacionada à prática: a formação do psicólogo e o braço extensionista que decorre dessa prática, ou seja, atendimento em psicoterapia que o estagiário da Clínica-Escola da UPM oferece à comunidade. Estes atendimentos dependem de supervisão dos casos e da articulação teórico-técnica obtida durante as discussões entre alunos e supervisores. Dessa maneira, espera-se consolidar uma linha de pesquisa orientada por uma tendência integrativa e baseada em evidências, com o objetivo de proporcionar discussões teórico-técnicas atuais, em consonância com as tendências do cenário internacional da pesquisa e da prática em psicoterapia. Para a formação do futuro psicólogo este tipo de conhecimento sobre os processos que conduzem pode levá-lo a deixar de entender a psicoterapia como algo que depende mais de dom, de sensibilidade apenas, algo quase mágico, e a entendê-la em suas minúcias técnicas e refletir sobre como o fato de que algumas têm comprovação de sua eficiência e eficácia e outras não.

A mudança de foco levou-nos a inserir o projeto em outro mais amplo, em desenvolvimento, e que se volta ao estudo da Psicoterapia Breve de Adulto¹. Estes atendimentos são realizados pelos estagiários de 9º. e 10º. semestres e supervisionados, semanalmente, pelos supervisores do Curso de Psicologia. A preocupação com a formação dos estagiários sempre foi importante norteador das ações neste contexto, mas tornou-se mais forte e incômoda ao assumirmos a responsabilidade pelo NAT de Supervisão de Estágios Específicos no início de 2013. Esta posição oferece o desafio de conjugar os limites e potencialidades de todos os atores em ação em um espaço institucional: os estagiários, os supervisores e os clientes, cada grupo com demandas específicas.

As ações praticadas no contexto institucional devem resultar em formação de boa qualidade, boas condições de trabalho para que os supervisores possam compartilhar seus conhecimentos e orientar as intervenções e atendimentos no sentido de atender as necessidades específicas dos clientes. Neste sentido, esforços foram intensificados no sentido de detectar os pontos de cruzamento dessas variáveis. Exemplos de trabalhos finalizados ou em fase de redação de artigo científico ou capítulo de livro, dizem respeito a: 1) tipos de intervenção do psicoterapeuta que promovem a mudança em psicoterapia breve de adulto; 2) critérios de indicação para atendimento de pacientes graves em clínica-escola; 3) perfil dos pacientes adultos atendidos em psicoterapia nos últimos 6 anos; 4) critérios de indicação e contra-indicação de pacientes à psicoterapia; 5) a importância da psicoterapia breve psicodinâmica na formação do raciocínio clínico para estagiário.

Ao se excluir a eletroencefalografia, a pesquisa não deixou de ser relevante na atualidade, pois trata de tema bastante explorado no cenário internacional, mas com muitas lacunas a serem investigadas e com resultados ainda controversos. O estudo dos estilos de vinculação têm sido de interesse tanto para a psicoterapia, como para a psicologia do desenvolvimento, neurociência e psicopatologia.

Apresentadas as justificativas para as mudanças no projeto, segue o Relatório sobre a pesquisa realizada: Estilos de apego em adultos – implicações para a psicoterapia.

¹este projeto mais amplo é desenvolvido no Laboratório de Pesquisa Clínica e da Saúde do Curso de Psicologia.

Introdução

John Bowlby publicou a trilogia *Apego, Separação e Perda* (1969, 1973, 1980) em uma empreitada que buscava apresentar uma leitura das concepções psicanalíticas acerca das influências de experiências precoces da criança com o cuidador principal sobre a maneira como as pessoas se vinculam umas às outras.

Os estilos de vínculo ou de apego originam-se em experiências precoces, nas quais os bebês vivenciam suas primeiras experiências relacionais com seus cuidadores principais. Assim que nascem, os bebês desenvolvem comportamentos de ligação que têm por objetivo alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo diferenciado e preferido (figura de apego). Para Bowlby (1969), esses comportamentos tornam-se padrões de relacionamento bastante evidentes nos primeiros anos da infância, caracterizam os seres humanos durante toda a vida e têm como uma de suas particularidades o envolvimento emocional (FRALEY et al, 2000; COAN, 2010).

A Teoria do Apego (1969, 1973, 1980) associou observações sobre o comportamento de apego de crianças às pesquisas realizadas desde a década de 50 e teve forte influência dos trabalhos de Konrad Lorenz (OBEGI; BERANT, 2009). Bowlby (1969) definiu os comportamentos de apego na criança (p. ex. chorar, sorrir), como adaptativos, que tem a finalidade de manter a proximidade em relação à figura de apego, ou aquela pessoa que protegerá e cuidará do bebê até que ele esteja suficientemente desenvolvido e em condição de cuidar de si e procriar. A perspectiva etológica desta teoria derivou do conhecimento de que tipo de comportamento seria característico dos mamíferos. Segundo esta perspectiva, comportamentos de apego são sistemas inatos em humanos, têm por função garantir a proximidade com outros humanos importantes em momentos de estresse (BOWLBY, 1979), garantem a sobrevivência da criança e o desenvolvimento ótimo, tanto social quanto emocional e cognitivo (INSEL; YOUNG, 2001). A busca pela proximidade em relação ao cuidador é uma importante característica inata que será a responsável pelo desenvolvimento dos vínculos afetivos entre a criança e as demais pessoas de sua convivência.

A partir da experiência com a figura de apego, a criança elabora modelos internalizados de crenças acerca do Eu e das outras pessoas importantes para elas,

dependendo de como a pessoa responde a ela. Na vida adulta, as representações mentais resultantes destes primeiros relacionamentos importantes funcionarão como modelos mentais, com base nos quais, os indivíduos se envolverão em outras experiências interpessoais. Estas representações têm importante função na maneira como o indivíduo interpreta e atua em contextos sociais diversos como, por exemplo, com amigos, com o par romântico na vida adulta (FRALEY et al, 2000, FRALEY et al, 2011) e também com o psicoterapeuta (LUBORSKY; CRITS-CHRISTOPH, 1998; TOLMACZ, 2009; SMITH et al, 2010; SAYPOL; FARBER, 2012). Há influência das experiências infantis sobre os relacionamentos adultos, mas aquelas não determinam, invariavelmente, os relacionamentos na vida adulta; outras experiências ao longo da vida podem melhorar estas disposições, agravá-las ou minimizar os efeitos destes estilos (OBEGI; BERANT, 2009; CASTONGUAY; HILL, 2012).

A partir dos estudos empíricos iniciais realizados por Mary Ainsworth (1913-1999) sobre vínculos afetivos foi descrita a primeira tipologia que apresentava três padrões distintos de vínculo ou de representação dos relacionamentos: seguro, ansioso e evitativo, em categorias distintas. Estudos subsequentes sugeriram a existência de outros padrões, em modelos de quatro e de cinco dimensões. Modelos mais recentes (BRENNAN et al, 1998) propuseram que os padrões de vínculos afetivos em adultos sejam organizados em duas dimensões, a partir das quais são descritos em termos de diferenças de grau e não de categorias: 1) **vínculo ansioso**, definido como ausência de segurança em relação aos vínculos afetivos, forte necessidade de estar próximo das pessoas significativas, preocupações com os relacionamentos e medo de ser rejeitado; 2) **vínculo evitativo**, definido como ausência de segurança em relação aos vínculos afetivos; autoconfiança compulsiva e preferência por manter distância de outras pessoas. Neste espaço bidimensional, o **vínculo seguro**, por exemplo, se encontraria na região em que vínculo ansioso e evitativo são baixos. À concepção dimensional acima é possível associar os quatro tipos definidos por Bartholomew (Seguro, Preocupado, Desligado-evitativo e Temeroso-evitativo) que já havia ampliado a tipologia antes da proposta bidimensional – Figura 1(FRALEY; PHILLIPS, 2009). O vínculo Seguro na classificação proposta por Bartholomew corresponde a estar confortável em relação à intimidade com outras pessoas e a ter autonomia em relação a elas; o Preocupado, a estar preocupado com os relacionamentos; o Desligado-evitativo, à evitação de intimidade com outras pessoas e

tendência à contra dependência; o Temeroso-evitativo, ao medo de intimidade e evitação do contato social (BRENNAN et al, 1998).

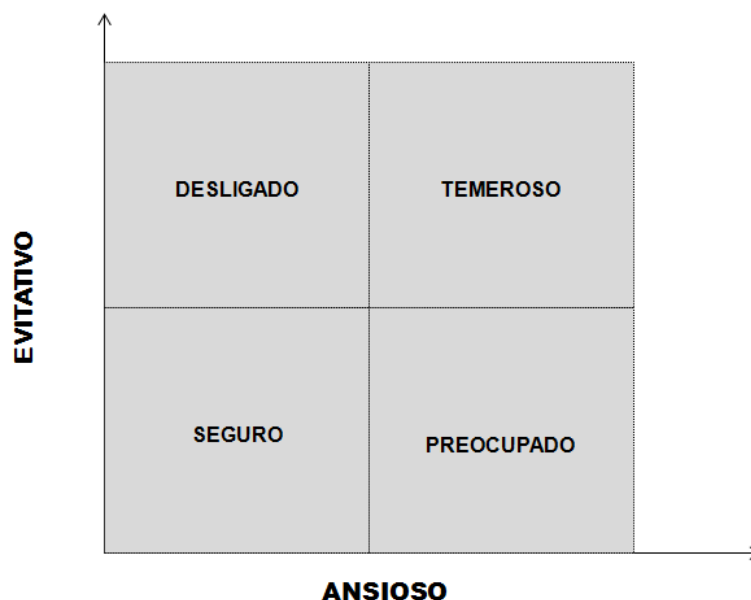


Figura 1. Proposta bidimensional associada às categorias de Bartholomew.

Uma premissa central da teoria de Bowlby é a de que a seleção natural favoreceu crianças que se tornaram vinculadas a seus cuidadores, porque estimulavam a resposta de proteção do cuidador em situação de perigo e diante dos predadores (RHOLES; SIMPSON, 2004).

Do ponto de vista do desenvolvimento do afeto, Lewis (2008) destaca que dois estados emocionais básicos são inatos: um negativo e outro positivo. Subseqüentes estados emocionais se diferenciarão a partir da interação entre mãe-bebê e o processo de maturação, isto é, são consideradas importantes tanto as condições inatas quanto as ambientais. Estudos sobre emoções elucidam melhor como comportamentos que contêm componentes emocionais tornam-se tão persistentes, mesmo na vida adulta. Panksepp (2008), com base no conhecimento derivado de estudos com animais e humanos, defende que todos os processos psicológicos são dependentes de processos cerebrais biofísicos e trabalham em conjunto com o corpo, meio e cultura. A experiência afetiva seria uma função que emerge de complexas redes neurodinâmicas, intimamente conectadas ao corpo e, por este, ao mundo. Processos afetivos primários originam-se de complexas redes

neurais que fornecem ferramentas intrínsecas do cérebro/mente para auxiliar os animais na tarefa de sobrevivência. Evolutivamente, sabe-se que os organismos competem por recursos que garantam a sua sobrevivência e que, se não houvesse competição, as redes neurais que geram os afetos provavelmente não existiriam, pois com o aumento das exigências competitivas, novas escolhas devem ser feitas e os afetos podem ter sido a possibilidade heurística ideal para a efetiva tomada de decisão. Os cérebros mais competitivos desenvolveram heurísticas afetivas – que são biológicas, neuronais, mas com fortes conexões corporais e culturais – para facilitar a tomada de decisão rápida em benefício do indivíduo e do grupo. Um exemplo é a capacidade de empatia, que pode ter proporcionado a sobrevivência de grupos (WAAL, 2009). Assim sendo, os afetos são funções cerebrais e sua infraestrutura mais importante é neuronal. Sentimentos instintivos (ferramentas básicas à sobrevivência) possivelmente apresentam-se como conhecimento básico para o aparato cognitivo. O aumento de sentimentos positivos, de diversos tipos, informa ao aparato cognitivo que o organismo tem grandes chances de ter sua sobrevivência facilitada. Diversos sentimentos negativos informam ao aparato cognitivo que há, possivelmente, uma ameaça à sobrevivência. Portanto, a primitiva capacidade de experimentar dor pode ter aberto a possibilidade de gerar outros sentimentos negativos como, por exemplo, estresse após a separação, os quais proporcionaram a experiência de luto e solidão (PANKSEPP, 2008). Schore e Schore (2008) e Coan (2010) defendem a ideia de que, na leitura contemporânea da teoria do Apego, é central o entendimento do processo de regulação do afeto nos relacionamentos interpessoais, este baseado nos conhecimentos das neurociências.

Diversas formas de expressão de dificuldades emocionais e perturbações da personalidade podem ocorrer no caso de haver dificuldades no estabelecimento de vínculos importantes no início da vida (BOWLBY, 1979). Dozier, Stovall-McClough e Albus (2008) em revisão da literatura sobre a teoria do apego e psicopatologia, evidenciaram a ligação entre as estratégias de vinculação na infância à psicopatologia no adulto, especificamente aos transtornos do humor, transtornos ansiosos, distúrbios alimentares, esquizofrenia e transtornos de personalidade *borderline* e antissocial.

Neste sentido, Eppel (2005) trabalha com a hipótese de que o transtorno de personalidade *borderline*, por exemplo, seja um distúrbio psicobiológico de regulação das emoções, determinado por fatores genéticos e interpessoais - dentre estes o padrão de vínculos estabelecido na infância. Para Bateman e Fonagy (2005) o desenvolvimento do

self ocorre no contexto de regulação dos afetos nos relacionamentos interpessoais e a desorganização do sistema de vinculação resulta da desorganização da estruturação do *self*. Pessoas com estilo de vinculação inseguro seriam mais propensas à depressão que aquelas com estilo evitativo, talvez porque diante de situações de estresse, elas tendam a ter percepções e reações comportamentais que precipitem, sustentem ou até exacerbem os sintomas depressivos (SIMPSON; RHOLES, 2004). Kobak, Cassidy e Zir (2004) consideram os processos que interferem na resolução do trauma relacionado à vinculação e entendem que o contexto interpessoal pode tanto facilitar quanto impedir a habilidade de o indivíduo resolver o impacto de um evento traumático.

Estilos de vinculação na psicoterapia

Apesar de ser um autor pouco estudado no Brasil, se comparado a outros autores da psicanálise da mesma época e principalmente, em referência ao adulto, sua obra gerou milhares de publicações e pesquisas no cenário internacional em diversas áreas desde a psicologia do desenvolvimento até as neurociências (GALINKER et al, 2011; ZILBER; GOLDSTEIN; MIKULINCER, 2007), passando por diferentes propostas de psicoterapia. Neste sentido, sua teoria pode ser considerada uma das mais bem sucedidas desde a metade do século passado (SHAVER; MIKULINCER, 2009).

No campo específico da psicoterapia, não há uma “psicoterapia do apego”, pois Bowlby não estava preocupado em criar uma nova modalidade de psicoterapia diferente da psicanalítica, mas tinha preocupação com as aplicações clínicas de sua teoria (BOWLBY, 1988). Talvez justamente por isso, diversas modalidades de psicoterapia contemporâneas, muitas delas não psicanalíticas, assimilaram de alguma maneira a perspectiva dos modos de vinculação como sendo importantes para a compreensão e intervenção em relação a problemas interpessoais. Obegi e Berant (2009) classificam as psicoterapias derivadas da teoria do apego em dois tipos: 1) orientadas pela teoria do apego – que a utilizam como fonte de compreensão e influenciam a maneira de se conceituar o problema, avaliar e tratar o paciente e se insere dentro de uma proposta mais ampla e, frequentemente, integrativa, em termos de perspectiva teórica e técnica; e 2) fundamentadas na teoria do apego - que envolvem toda a conceituação de desenvolvimento, psicopatologia, personalidade e dinâmica intra e interpessoal.

No primeiro grupo, pode-se destacar a Psicoterapia Interpessoal - IPT (WEISSMAN; MARKOWITZ; KLERMAN, 2000), na qual os estilos de vinculação são compreendidos como componentes do conjunto de aspectos que definem a vulnerabilidade biopsicossocial e que têm influência sobre a habilidade de a pessoa lidar com as crises durante a vida. A IPT surgiu como proposta baseada em evidências, breve, para o tratamento da depressão e está adaptada para outras patologias. Em revisão sistemática, Mello et al (2005) concluíram que a IPT provou ser superior ao placebo e similar ao tratamento medicamentoso para transtornos do humor e que é superior à psicoterapia comportamental cognitiva e a outras psicoterapias manualizadas. Ainda, neste grupo, pode-se citar a psicoterapia baseada na *Control-Mastery Theory* (SILBERCHATZ, 2005).

No segundo grupo, pode-se localizar a Psicoterapia Focalizada na Emoção para casais (GREENBERG; JOHNSON, 1988) que compartilha com Bowlby a maneira como as pessoas lidam com as emoções básicas, envolvem-se com base nessas emoções e, continuamente, constroem um senso de *self* ao repetirem essas interações carregadas de componentes emocionais com as figuras de apego (JOHNSON, 2009). Além desta, uma das mais conhecidas no cenário internacional a Mentalização, proposta que integra ideias da psicanálise estrita às da teoria do apego e às das neurociências, psicologia cognitiva e filosofia (BATEMAN; FONAGY, 2005, BATEMAN; FONAGY, 2012, JURIST; MEEHAN, 2009).

Como aspecto comum às propostas de psicoterapia pode-se destacar o caráter integrativo das propostas que incorporam as ideias de Bowlby. Ao fazerem a assimilação de suas ideias em propostas não estritamente psicanalíticas, as propostas baseadas em evidências, comportamentais, cognitivas, psicanalíticas, humanistas, transcendem o que Norcross (2005) definiu como ‘guerra fria’ entre as diferentes escolas psicológicas e possibilitam uma compreensão mais ampla dos problemas humanos e, logo, soluções mais adequadas às necessidades daquelas pessoas que procuram por tratamento psicológico. Especificamente em relação à psicoterapia comportamental-cognitiva, Sutton, em 2001 buscou fazer uma aproximação entre os estilos de vinculação com os chamados comportamentos de vinculação e apontava para a convergência entre os dois constructos. Atualmente, no campo da pesquisa em psicoterapia, verifica-se o esforço para se estudar intensivamente processos de tratamento, de diferentes fundamentações teóricas e modalidades de atendimento, a fim de definir quais seriam os fatores que efetivamente promovem a mudança dos pacientes. Além disto, há a tendência, cada vez mais forte, de se

buscar fatores comuns em diferentes propostas de psicoterapia, com aportes teóricos diversos, no que se convencionou chamar de movimento integrativo (SILVERMAN, 2013; GOLDMAN et al., 2013).

Quando as pessoas procuram por psicoterapia elas podem ativar seu estilo típico de se relacionar com outras pessoas, por estarem sob situação de estresse. Espera-se, portanto, que na relação terapêutica estes padrões estejam ativos, provocando as respostas típicas do paciente em seus relacionamentos interpessoais mais importantes e prototípicos (SMITH; et al, 2010). Esses estilos podem colorir o relacionamento com o psicoterapeuta (FARBER; METZGER, 2009) e, conhecendo a dinâmica relacional do paciente, o profissional poderá planejar estratégias interventivas que a leve em consideração (DANIEL, 2006). Saypol e Farber (2010) verificaram a correlação entre os estilos de vínculo do paciente e a abertura do paciente para trazer conteúdo importante para a psicoterapia. Encontraram correlação negativa entre estilo seguro e sentimentos de desprazer após contar algo importante ao psicoterapeuta, além de correlações significativas entre o medo do paciente de vincular-se ao terapeuta e sentimentos de desprazer antes e depois de abrir-se ao terapeuta.

Estilos de vinculação e aliança terapêutica

Como a psicoterapia baseia-se no relacionamento entre duas ou mais pessoas, no mínimo, um psicoterapeuta e um paciente, a qualidade deste relacionamento chamou a atenção de pesquisadores das mais diferentes tradições teóricas e técnicas e tornou-se um dos mais importantes fatores em estudo. O conceito de aliança terapêutica foi originalmente desenvolvido dentro da tradição psicanalítica (LUBORSKY et al, 1983), no entanto, sua aplicação foi ampliada e atualmente é considerado um fator comum em processos psicoterapêuticos de adultos, com diferentes orientações teóricas e preditor de resultados positivos (LANGHOFF et al, 2008, MARTIN et al, 2000).

A definição de Bordin (1979) tem sido amplamente aplicada em pesquisas, pois transcende os limites teóricos que fundamentam as psicoterapias. Seu conceito envolve três dimensões da aliança terapêutica: a) a concordância entre terapeuta e paciente sobre os objetivos a serem alcançados; b) concordância entre terapeuta e paciente sobre as tarefas a serem realizadas a fim de atingirem os objetivos da psicoterapia e c) o desenvolvimento de um vínculo entre terapeuta e paciente que envolveria confiança, respeito, sinceridade e

seria essencial para que houvesse concordância sobre os objetivos e sobre as tarefas a serem empreendidas.

Depreende-se da definição acima que a qualidade da aliança terapêutica é influenciada por diversos fatores, dentre eles aqueles relativos ao paciente, ao terapeuta e à interação entre ambos. No que diz respeito ao paciente e ao terapeuta, um dos fatores que podem influenciar a aliança terapêutica é o estilo ou padrão de vinculação que o paciente estabelece em seus relacionamentos importantes. Sauer et al (2010) em estudo que avaliou o impacto dos estilos de vinculação sobre os resultados da psicoterapia concluíram que, apesar de os estilos e vinculação não serem preditores dos resultados, clientes com altos níveis de estilo seguro tiveram maior redução de estresse. Estes resultados podem indicar que o relacionamento estabelecido entre psicoterapeuta e paciente seja o elemento mais associado aos resultados positivos e que, ao psicoterapeuta, seja importante compreender esses estilos para que consiga manter o contexto relacional em condições ótimas para que o processo de mudança ocorra.

Neste sentido, Bowlby (1988) discutiu a necessidade de o psicoterapeuta tornar-se para o paciente uma base segura, a partir da qual pudesse explorar suas dificuldades e resolvê-las (FARBER; METZGER, 2009). Travis et al (2000) estudaram se havia mudança nos estilos de vinculação ao longo da psicoterapia e concluíram que na avaliação pós-tratamento muitos pacientes mudaram do estilo ansioso para o seguro. Johansson e Jansson (2010) não encontraram correlação entre os estilos de vinculação e os resultados da psicoterapia com pacientes psiquiátricos, mas a melhora na qualidade da aliança, durante o processo estava correlacionada aos resultados positivos.

Abreu (2005) conduziu estudo a fim de verificar quais modalidades de relação vincular (pares simétricos ou assimétricos entre o clínico e o cliente) ofereceriam maior probabilidade de sucesso no tratamento não conseguiu testar adequadamente suas hipóteses em razão da baixa adesão dos terapeutas à pesquisa. É importante salientar que este é um dos poucos estudos feitos no Brasil de avaliação de processo e resultado de psicoterapia, se compararmos nossa produção à produção internacional.

Revisão de Smith et al (2010) sobre estilos de vinculação e aliança terapêutica sugere que clientes que se auto avaliam como mais seguros têm a tendência a desenvolverem alianças mais fortes. Em estudo de meta-análise sobre a relação entre o estilo de vínculo de pacientes adultos e a aliança terapêutica, os autores verificaram que

altos escores nos estilos evitativo e ansioso correlacionaram-se negativamente à qualidade da aliança terapêutica (BERNECKER et al, 2014), o que implica dizer que pacientes com estilo de vinculação inseguro colocam em risco a aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia caso haja intervenção nesse sentido.

Os estilos de vinculação tanto do terapeuta quanto do paciente podem influenciar os rumos do processo psicoterapêutico e estes estilos podem estar relacionados a diversos transtornos que levam o paciente a buscar psicoterapia. Há diversas pesquisas sobre estilos de vinculação no cenário internacional, principalmente em razão da abrangência transteórica e com possibilidades de integração que a teoria do apego oferece. No entanto, os resultados são ainda contraditórios quanto à relação entre as características do vínculo e a qualidade da aliança que paciente e terapeuta estabelecem a fim de que se chegue a bons resultados na psicoterapia. Além disto, pesquisas envolvendo terapeutas em formação são ainda mais escassas e podem fornecer subsídios para o ensino de teoria e técnica de psicoterapia e orientar as supervisões dos atendimentos realizados em bases mais objetivas e derivadas de evidências empíricas.

O objetivo geral desta pesquisa foi verificar a associação entre sintomas de transtornos de personalidade, estilos de vinculação de pacientes adultos e dos respectivos psicoterapeutas e suas percepções acerca da aliança terapêutica.

Os objetivos específicos foram:

1. Avaliar os estilos de vinculação de pacientes de psicoterapia;
2. Avaliar a presença de sintomas de transtornos de personalidade nos pacientes;
3. Avaliar a presença de sintomas de depressão nos pacientes;
4. Avaliar a presença de sintomas de ansiedade nos pacientes;
5. Avaliar a qualidade da aliança terapêutica percebida pelos pacientes;
6. Avaliar os estilos de vinculação de psicoterapeutas;
7. Avaliar a qualidade da aliança terapêutica percebida pelos psicoterapeutas;
8. Estimar os coeficientes de correlação entre as variáveis avaliadas.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 25 duplas de pacientes e respectivos psicoterapeutas (estagiários de 9º. e 10º. semestres) de uma clínica-escola localizada no município de São Paulo, que atendiam nas seguintes modalidades: psicoterapia breve psicodinâmica, psicoterapia comportamental e psicoterapia analítica.

Pacientes: Total de 25 pacientes, sendo a maioria (18, 72%) do sexo feminino, com idades entre 20 e 57 anos ($M=36,0$; $DP=10,5$), a maioria com Ensino Superior cursando ou completo 16 (59,3%). Apenas 6 (24%) já haviam feito tratamento psiquiátrico, 3 (12%) faziam e tomavam medicamento ao responderem aos questionários e a maioria já havia feito psicoterapia anteriormente 15 (60%).

Terapeutas em formação: 25 estagiários, sendo a maioria (19, 76%) do sexo feminino, com idades entre 22 e 54 anos ($M=25,65$, $DP=6,67$).

Considerações éticas

Atendendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, sobre a participação de humanos em pesquisa, garantiu-se aos participantes e aos responsáveis pela instituição os direitos de terem conhecimento acerca dos procedimentos e aos riscos mínimos a que estariam submetidos; de poderem desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo algum; de que as informações obtidas, quando divulgadas em trabalhos de natureza científica, não exporiam a identidade de qualquer indivíduo e/ou instituição. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade em que foi realizada, sob número 0095.0.272.000-11.

Ambiente

A pesquisa foi realizada nas dependências da Clínica Psicológica de uma Universidade privada, em sala destinada a pesquisas. Todo o procedimento foi realizado

em sala adequada de modo a não comprometer o sigilo, a privacidade dos pacientes e dos dados coletados.

Instrumentos e Materiais

1. Escala de Experiências em Relacionamentos Próximos – Estrutura dos Relacionamentos - ECR-RS (FRALEY et al, 2011), adaptada para o português do Brasil por Senhorini e Rocha (2012).

Escala do tipo *likert*, de 7 pontos, de auto-relato, contendo 40 itens, que avaliam o estilo de vínculo em relacionamentos com o Pai, Mãe, Companheiro(a) e Amigo(a), compreendendo duas dimensões: a) apego ansioso; b) apego evitativo. Os coeficientes de consistência interna encontrados para as subescalas foram de (0,85 – ansioso e 0,88 para evitativo). Estudos de validade indicaram que a ECR-RS evitativo em relação ao investimento no relacionamento romântico (*Investment Model Scale*) era correlacionada negativamente ao compromisso ($r=-0,53$), satisfação ($r=-0,49$) e investimento ($r=-0,28$) e positivamente correlacionado ao desejo de buscar outros parceiros ($r=-0,38$). Em relação aos sintomas de depressão, avaliados pela *Center of Epidemiological Studies – depression scale* (CES-D), foram encontradas correlações positivas entre os estilos inseguros e quantidade de sintomas depressivos. Em relação à Escala de Personalidade dos Cinco Fatores, foram encontradas correlações baixas, mas negativas com as subescalas Extraversão, Socialização, Escrupulosidade e Abertura para Experiência e positivas para Neuroticismo. Pontuações baixas em estilo evitativo e ansioso indicam estilo Seguro e o ponto de corte são quatro pontos. Acima desta pontuação, o indivíduo é classificado em uma das outras três categorias: pontuação acima de quatro em evitativo ou ansioso indica um perfil desligado (se mais esquiva) ou preocupado (se mais ansioso) e acima de quatro pontos nos dois é indicativo de um perfil temeroso.

2. Working Alliance Inventory - WAI – versão breve (HORVATH; GREENBERG, 1989)

Instrumento transteórico que avalia a qualidade da aliança terapêutica na relação entre o paciente e o psicoterapeuta. É composta por três subescalas: Objetivos - Caracteriza-se pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados; Tarefa- Refere-se a atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou facilitar as mudanças; e Vínculo

- refere-se a ligações pessoais entre cliente e terapeuta, que se desenvolvem na atividade compartilhada da terapia. É expresso e sentido em termos de amizade, simpatia, confiança, respeito pelo outro e um senso de comprometimento comum e um entendimento compartilhado das atividades. Foi especialmente desenvolvida para ser aplicada na fase inicial do processo psicoterapêutico. É um questionário de autorrelato que contém 12 itens em uma escala do tipo likert de 7 pontos (1= nunca; 7= sempre). Apresentou índices de 0,98 para o resultado global do paciente e 0,95 para o resultado global do psicoterapeuta e precisão estimada de 0,83 (teste-reteste com intervalo de duas semanas) (TRACEY; KOKOTOVIC, 1989; HORVATH; GREENBERG, 1989). É a escala mais utilizada nas pesquisas que estudam aliança terapêutica e estilos de vinculação (SMITH et al, 2010).

3. Inventário Dimensional Clínico da Personalidade – IDCP, desenvolvido por Carvalho, Primi e Miguel (CARVALHO, 2011).

Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 215 itens que avaliam sintomas de transtornos da personalidade e são distribuídos em 12 dimensões,: 1) Dependência; 2) Agressividade; 3) Instabilidade de Humor; 4) Excentricidade; 5) Necessidade de atenção; 6) Desconfiança; 7) Grandiosidade; 8) Isolamento; 9) Evitação a Críticas; 10) Autossacrifício; 11) Conscienciosidade; 12) Impulsividade. Foram encontrados índices de fidedignidade superiores a 0,70 para quase todas as dimensões. No geral, os dados encontrados favorecem as evidências de validade com base na estrutura interna do instrumento de acordo com a teoria de Millon e o DSM-IV-TR. Os índices de fidedignidade foram superiores a 0,70 e apresentou correlações positivas com a Subescala Neuroticismo e negativas com Extraversão, Socialização, Escrupulosidade e Abertura para Experiência na avaliação da personalidade baseada no modelo dos 5 fatores (NEO-PI). A população clínica obteve resultados pontuações acima de 50 nas dimensões avaliadas (CARVALHO, 2011).

4. Escala BECK de Depressão II – *Beck Depression Inventory* (BDI) (BECK et al 1961; CUNHA, 2001).

Possui 21 categorias de sintomas e atitudes características das manifestações de depressão e envolve manifestações de humor, vegetativas, sociais, cognitivas e de irritabilidade. Cada categoria consiste em uma série de quatro graus diferentes de

intensidade da manifestação (0 a 3 pontos). O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais: 0-13 Mínima; 14-19 Leve; 20-18 Moderado e 29-63 Grave.

5. Escala BECK de Ansiedade – *Beck Anxiety Inventory* (BAI) (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001).

A escala contém 21 itens em escala de quarto pontos que refletem a intensidade dos sintomas de ansiedade que são compartilhados de forma mínima com os de depressão. Os sintomas são avaliados pelo próprio respondente, a partir de uma escala likert que reflete níveis de gravidade crescente de cada sintoma, desde: 1) Absolutamente não até 4) Gravemente: difícil de suportar. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais: 0-10 nível mínimo; 11-19 leve; 20-30 moderado; 31-63 grave.

Procedimento

1. Contato com as participantes

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, mediante a apresentação da Carta de Informação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E):

- a. Contato com os supervisores dos grupos de Psicoterapia de Adulto, a fim de obter autorização para convidar os estagiários para participarem da pesquisa e selecionar os pacientes que estivessem em condições emocionais para responderem os instrumentos da pesquisa;
- b. Com o aceite dos estagiários e a concordância do supervisor, eram feitos contatos com os pacientes, por telefone, convidando-os a participar da pesquisa;
- c. Com o aceite dos pacientes, a aplicação dos questionários era agendada para a melhor data e horário do paciente – o que deveria acontecer entre a terceira até a quinta sessão da psicoterapia, quando a aliança terapêutica costuma ser estabelecida. Foram aplicados nos pacientes os seguintes instrumentos em sessão única.
 - i. ECR-RS
 - ii. WAI- Cliente
 - iii. IDCP

- iv. BDI
 - v. BAI
- d. Feita a aplicação nos pacientes, era solicitado aos estagiários que respondessem aos questionários que já estavam em suas mãos:
- i. ECR-RS
 - ii. WAI-terapeuta
- e. Os questionários respondidos pelos estagiários eram recolhidos assim que respondessem.

Resultados

Os dados obtidos foram analisados utilizando-se o programa SPSS 19.0. As primeiras análises estatísticas, descritivas, são apresentadas por meio de frequências, médias e desvios-padrão. A fim de se verificar se havia correlação entre as variáveis estudadas utilizou-se o teste de correlação de Spearman (*rho*) (DANCEY; REIDY, 2013).

A seguir, são apresentadas as características de cada grupo, segundo os Estilos de Vinculação.

Tabela 1. Frequências dos Estilos de Vinculação de Pacientes e Terapeutas (Seguro ou Inseguro)

Estilo de vinculação	f(paciente)	f(%)	f (terapeuta)	f(%)
Seguro	10	40	17	68
Inseguro	15	60	8	32
N	25	100	25	100

Tabela 2. Frequências dos Estilos de Vinculação de Pacientes e Terapeutas, considerando os subgrupos do tipo inseguro

Estilo de vinculação	f(paciente)	f(%)	f (terapeuta)	f(%)
Seguro	10	40	17	68
Inseguro Preocupado (Ansioso)	9	36	4	16
Inseguro Desligado (Evitativo)	1	4	1	4
Temeroso	5	20	3	12
N	25	100	25	100

Na Tabela 1 é possível verificar que cada grupo avaliado caracteriza-se por ser predominantemente Inseguro (60% dos pacientes) e predominantemente Seguro (68% dos terapeutas). A Tabela 2 apresenta a categoria dos Inseguros segundo as subclasses: Preocupado, Desligado e Temeroso. Nota-se que, dentre os pacientes com vínculo inseguro, os Preocupados são maioria e há apenas um Desligado.

Ao se verificar os estilos de vinculação das duplas, oito casos (32%) foram encontrados em que a dupla era composta por pessoas com estilo de vinculação inseguro.

Tabela 3. Médias e desvios-padrão dos Estilos de Vinculação de Pacientes e Terapeutas

Estilo de vinculação	M Pac.	DP Pac.	M Ter.	DP Ter.
Evitativo Figura Materna	4,13	1,51	2,89	1,68
Ansioso Figura Materna	4,15	1,99	2,57	1,53
Evitativo Figura Paterna	3,9	2,13	3,8	1,6
Ansioso Figura Paterna	3,52	2,48	2,5	1,31
Evitativo Par Romântico	2,91	1,64	1,93	0,83
Ansioso Par Romântico	3,52	2,14	3,23	1,78
Evitativo Amigo	2,4	1,26	1,89	1,04
Ansioso Amigo	2,99	1,85	2,45	1,65
Evitativo Global	3,75	0,72	3,25	1,57
Ansioso Global	3,98	1,06	3,28	1,6

De todos os relacionamentos avaliados, apenas o grupo de Pacientes obteve Média acima de 4 e em relação à Figura Materna, indicativa de Estilo Temeroso (Tabela 3). As médias mais baixas, para os dois grupos diz respeito ao estilo inseguro evitativo em relação ao Par Romântico e em relação ao Amigo. Médias relativas ao estilo inseguro ansioso em relação à Figura Paterna, Par romântico, Amigo e Resultado Global foram próximas do ponto de corte (4).

Quanto à qualidade da Aliança Terapêutica percebida pelo paciente e pelo terapeuta, as médias foram altas, considerando uma escala com variação de 1 a 7 pontos. A aliança terapêutica percebida pelo grupo de pacientes obteve média de 5,65 e desvio-padrão 1 e a percebida pelo grupo de terapeutas obteve média de 5,29 e desvio-padrão 1.

Tabela 4. Médias e desvios-padrão dos Sintomas de Ansiedade, Depressão e de Transtornos de Personalidade

Variáveis (N=27)	M	DP
Sintomas de Ansiedade (BAI)	14,41	10,764
Sintomas de Depressão (BDI)	15,11	8,1775
Dependência (IDCP)	51,89	9,0185
Agressividade (IDCP)	48,96	8,9935
Instabilidade de Humor (IDCP)	54,07	8,5211
Excentricidade (IDCP)	52,78	9,1791
Necessidade de Atenção (IDCP)	46,11	13,597
Desconfiança (IDCP)	48,93	8,5437
Grandiosidade (IDCP)	50,15	9,6025
Isolamento (IDCP)	55,26	10,686
Evitação a Críticas (IDCP)	54,41	12,267
Autossacrifício (IDCP)	52	10,337
Conscienciosidade (IDCP)	48,89	10,959
Impulsividade (IDCP)	47,07	6,5921

O grupo de pacientes estudado caracterizou-se por terem sintomas de depressão e ansiedade em nível leve. Quanto às dimensões avaliadas pelo IDCP, para metade destes, o grupo obteve médias acima de 50 pontos, indicando que a amostra é caracterizada por estar entre uma amostra clínica e não-clínica. Quanto às dimensões dos sintomas de transtorno de personalidade que ultrapassaram o ponto de corte da normalidade (50), dizem respeito a sentir-se incapaz de confiar em si para tomar decisões, por acreditar que não faz as coisas direito, dependendo dos outros para a tomada de decisões (Dependência); à tendência ao humor triste e irritável, mas também à oscilação no humor, o que faz com que apresente reações impulsivas e extremas, que muitas vezes geram culpa (Instabilidade do humor); à ausência de prazer em estar com os outros, desconfiança em relação a eles e crenças de que é diferente das outras pessoas, manifestando comportamentos excêntricos e idiossincráticos (Excentricidade); à preferência por ficar só, irritação em receber ordens dos outros, diminuição no prazer e evitação do convívio social (Isolamento); e a crenças generalizadas de incapacidade e que, por isso, os outros irão humilhá-lo e criticá-lo (Evitação a críticas) (CARVALHO, 2011).

As correlações entre as variáveis avaliadas no grupo de pacientes estão apresentadas na Tabela 5. Em primeiro lugar, é importante observar que os coeficientes de correlação entre as avaliações feitas por meio da BDI e da BAI são compatíveis com o esperado. Quanto à qualidade da aliança terapêutica percebida pelo paciente, esta variável correlaciona-se negativamente ao estilo de vinculação total, ou seja, pacientes com estilo inseguro percebem a aliança terapêutica com melhor qualidade que os seguros. Encontrou-se correlações estatisticamente significativas para os Estilos de Vinculação e as dimensões Dependência e Autossacrifício do IDCP e Estilos de Vinculação e a qualidade da aliança terapêutica percebida pelo paciente. Além disto, a qualidade da aliança terapêutica está associada negativamente às dimensões Necessidade de Atenção, Autossacrifício, Conciensiosidade e Impulsividade e aos sintomas de depressão e ansiedade.

Tabela 5. Correlações entre as variáveis relativas à ECR-RS, IDCP, BAI, BDI e AT – Spearman (*rho*)

Estilo de vinculação/ IDCP, BAI, BDI	T01	T03	T05	T09	T10	T11	T12	BAI	BDI	AT
Estilo de Vinculação	-0,35*				-0,43*					-0,41*
BAI									0,52**	
BDI										
AT			-0,36*		-0,45*	-0,53*	-0,043*	-0,43*	-0,47**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; T01 = Dependência; T03 = Instabilidade do Humor; T05 = Necessidade de atenção; T09 = Evitação a críticas; T10 = Autossacrifício; T11 = Conciensiosidade; T12 = Impulsividade.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a percepção da qualidade da aliança terapêutica dos pacientes e dos terapeutas.

Discussão

Em primeiro lugar, é importante atentar para as características das amostras estudadas. O grupo de pacientes apresenta predominância de estilo de vinculação inseguro (60%), principalmente, preocupado (36%). Dinger et al (2009) reportaram amostra de pacientes que continha 51,7% de pacientes com vinculação insegura, e esta, predominantemente de estilo preocupado. Pacientes com estilo de vinculação inseguro têm maior dificuldade em utilizar o terapeuta como uma base segura (BOWLBY, 1988), a partir da qual possam explorar suas dificuldades e o mundo.

Pacientes com estilo de vinculação inseguro, que não estão confortáveis com a proximidade do outro podem sentir dificuldade para modificar seus modelos de funcionamento mental por meio do relacionamento terapêutico. Por outro lado, pacientes com estilo de vinculação seguro são aqueles dos quais se espera melhor engajamento no processo psicoterapêutico, pois pacientes que estão mais confortáveis com a proximidade com outras pessoas estariam mais aptos a fazer um bom uso do relacionamento psicoterapêutico para corrigirem as disfunções de seus modelos de representação mental de si mesmos e dos outros (BYRD et al (2010). Martin et al (2007) verificaram que pacientes com estilo seguro evocaram em terapeutas em treinamento as respostas mais amigáveis e menos hostis que pacientes desligados. Saypol e Farber (2010) encontraram associação positiva entre o paciente abrir-se em terapia e nível de vínculo seguro em relação ao terapeuta e também entre a intensidade do vínculo com o terapeuta e o nível de abertura do paciente. Além disto, os resultados da pesquisa indicaram que o vínculo seguro é associado à habilidade de o paciente experienciar altos níveis de emoções prazerosas e menos emoções desprazerosas após contarem ao terapeuta alguma dificuldade ou ao aprofundarem alguma informação pessoal. Em revisão de Smith et al (2010) sobre a associação entre estilos de vinculação e aliança terapêutica, os autores apontam que os resultados sugerem que, quanto mais seguros forem os pacientes em seu modo de vinculação, melhor é a qualidade da aliança terapêutica.

Ainda com relação ao subgrupo de vinculação insegura, há diferenças entre os subgrupos dos ansiosos. Quanto às correspondências entre os estilos de vinculação tanto de

pacientes quanto de terapeutas, pacientes inseguros serão um desafio que pode tornar-se maior no caso da correspondência de estilo inseguro em ambos (32%).

Pacientes com estilo de vínculo inseguro preocupado (ansioso) são aqueles que mais facilmente se ligam aos terapeutas, pois têm necessidade de aproximação e reassseguramento de parte das outras pessoas. A associação encontrada neste estudo entre estilo de vinculação e qualidade da aliança terapêutica percebida pelo paciente indica que pacientes inseguros avaliam melhor a qualidade da aliança, ao menos no início da psicoterapia. O grupo de pacientes com estilo preocupado (36%), facilmente abrem-se ao terapeuta, não mantêm a aliança, em longo prazo. Dinger et al (2009) apontam que pacientes com estilo preocupado estabelecem aliança alta no início do processo, mas que a curva de progresso decai ao longo do tempo. Estes pacientes consideram o terapeuta como uma base semi-segura, abrem-se ao terapeuta, mas não confiam nele o suficiente para levar em consideração suas intervenções, portanto, são aqueles que mais procuram psicoterapia (FARBER; METZGER, 2009). Pacientes preocupados, apesar de se abrirem ao terapeuta com facilidade, podem relatar experiências consideravelmente estressantes e com pouca disponibilidade para aprofundá-las (LOPEZ, 2009).

Os pacientes com estilo temeroso (20%) já não se vinculam tão facilmente, pois tendem a temer o envolvimento com outras pessoas por medo da rejeição, logo, não se sentem seguros o suficiente para abrirem-se ao terapeuta (FARBER; METZGER, 2009). Oscilam entre a necessidade de procurar os outros e a de afastar-se deles para se protegerem da separação, apresentando passividade, indisponibilidade para o envolvimento emocional, associadas à hipersensibilidade para detectar pistas de rejeição (LOPEZ, 2009).

Já os desligados (4%) são os mais relutantes em procurar por psicoterapia, pois apresentam dificuldade em reconhecer que possam necessitar de outras pessoas e, quando procuram ajuda, tendem a utilizar a terapia para tentar provar que estão certos e confirmar que o mundo está errado e não eles (FARBER; METZGER, 2009). Segundo Lopez (2009), este tipo de paciente costuma ser minoria entre os demais. Saypol e Farber (2010) encontraram correlação negativa entre a abertura do paciente em psicoterapia e o estilo desligado.

Houve associação entre os estilos de vinculação e dimensões dos transtornos de personalidade, indicando que o estilo de vinculação inseguro está associado às dimensões Dependência e Autossacrifício. Na dimensão dependência encontram-se pessoas que não

confiam em si para tomar decisões, por acreditarem que não fazem as coisas direito, dependendo dos outros para tomarem decisões (CARVALHO, 2011), o que vem a ser uma característica de pacientes com vínculo ansioso. Na dimensão autossacrifício, há uma exagerada desconsideração do eu (*self*) com tendências evidentes a ajudar outras pessoas (CARVALHO, 2011), o que também pode ser uma característica associada aos pacientes com estilo ansioso, os quais necessitam da aprovação e da proximidade do outro. Os resultados indicaram, também, na amostra estudada, que pacientes inseguros avaliam pior a qualidade da aliança terapêutica.

É interessante verificar que os terapeutas sejam, em sua maioria, seguros (68%), pois destes se espera maior facilidade para lidarem com as dificuldades relacionais dos pacientes do que aqueles com estilo inseguro (SAUER et al, 2013). Segundo Metzger e Farber (2009), os terapeutas precisam emanar suficiente força egóica a partir de seu estilo de vinculação seguro, a fim de poder manejar os desafios que os modelos de funcionamento interno de seus pacientes lhes oferecerão, como por exemplo, os testes transferenciais que os pacientes costumam fazer no início da psicoterapia. Dozier e Tirrel (1998) verificaram que terapeutas seguros eram mais capazes de responder adequadamente às necessidades de seus clientes, independente do estilo de vinculação de seus pacientes. Isto porque, talvez sejam mais capazes de fazer um bom uso da contratransferência. Já, terapeutas inseguros teriam maior tendência a responder de maneira complementar ao estilo do paciente, confirmando suas expectativas de resposta das outras pessoas, com base em suas experiências passadas. Rubino et al (2000) verificaram que terapeutas mais ansiosos tendiam a responder menos empaticamente a seus pacientes que os menos ansiosos. Mohr et al (2005) verificaram que terapeutas desligados, quando avaliados por seus supervisores, engajaram-se mais em comportamentos negativos contratransferenciais, especialmente nos casos em que os pacientes tinham estilo preocupado. Por outro lado, Sauer et al, 2003 verificaram que terapeutas com altos escores na dimensão ansiosa tiveram um efeito positivo sobre a aliança terapêutica percebida pelo paciente, possivelmente, por estarem preocupados em estabelecer conexões.

Apesar das médias altas da aliança terapêutica percebida tanto pelos pacientes quanto pelos terapeutas, pacientes desligados deverão ter dificuldade em relação às dimensões Tarefa e Objetivos da aliança terapêutica, além da já apontada dificuldade em relação ao vínculo. Pessoas com vinculação ansiosa, que desejam misturar-se e obter a aprovação do outro, podem ser levadas a, rapidamente, concordar com as Tarefas e

Objetivos da psicoterapia. No entanto, a forte necessidade de atenção, cuidado, amor e suas reações exageradas aos sinais de rejeição, desaprovação e crítica podem aumentar a probabilidade de ruptura da aliança terapêutica (MIKULINCER et al, 2009).

A ausência de associação entre a avaliação da aliança terapêutica de pacientes e terapeutas pode ser explicada por ser uma avaliação inicial, mais fortemente influenciada pelas características de personalidade e experiências relacionais de cada um dos envolvidos. Esta foi justamente a expectativa de resultado e a razão pela qual a avaliação foi realizada no início do processo.

Bernecker et al (2014) concluíram, como implicações de meta análise realizada sobre estilos de vinculação e aliança terapêutica, que os terapeutas precisam estar cientes de que a aliança terapêutica pode estar em risco ao tratarem pacientes inseguramente vinculados e que é possível estar atento e responder aos diferentes estilos de vinculação dos pacientes a partir da avaliação destes, pois há diversos instrumentos de avaliação dos estilos de vinculação disponíveis, para pacientes e terapeutas (BRENNAN et al., 1998, FRALEY et al, 2000, FRALEY et al, 2011, GEORGE; WEST, 2001, LILLIENGREN et al, 2014, para citar alguns). Byrd et al (2010) recomendam que, conhecendo o estilo de vinculação inseguro do paciente, o terapeuta pode evitar intervenções mais expressivas que dependem de uma boa aliança para serem aceitas e elaboradas. Além disto, os autores recomendam que os terapeutas lembrem-se de que aliança terapêutica e estilos de vinculação são dois constructos diferentes e que estes não determinam a qualidade do primeiro.

Conclusão

Os estilos de vinculação têm sido estudados como um dos fatores que explicam a qualidade da aliança terapêutica. E esta, por sua vez, tem sido estudada em termos de sua estrutura teórica, sua influência sobre os resultados das psicoterapias de diferentes orientações teóricas, fatores que a influenciam e sobre como otimizar seu desenvolvimento (BERNECKER et al, 2014). Estudar minuciosamente como os processos de psicoterapias se dão é importante não apenas para que as psicoterapias possam tornar-se mais eficazes e eficientes, mas também para que o ensino das psicoterapias possa tornar-se mais embasado cientificamente.

Foi possível verificar com este estudo que as duas amostras estudadas apresentaram predominâncias diferentes em termos dos estilos de vinculação, sendo a amostra de pacientes caracterizada por ser predominantemente insegura e a de terapeutas, predominantemente segura. Além disto, obteve-se correlações significativas para aliança terapêutica avaliada pelo paciente e o seu estilo de vinculação e deste com os níveis de sintomas de depressão, ansiedade e de transtornos de personalidade.

Uma das principais limitações do estudo foi o tamanho das amostras, o que impossibilita a generalização dos resultados. Esta é uma dificuldade que se enfrenta no cenário nacional, no qual as pesquisas sobre processo de psicoterapia ainda são escassas, em parte pelo alto custo em termos de tempo e recursos materiais e humanos e em parte pela crença de que a pesquisa pode interferir negativamente no desenvolvimento do processo. No que diz respeito ao micro contexto, da clínica-escola, uma dificuldade que se encontra, além das acima citadas, é a adesão dos terapeutas em formação à pesquisa. Há o receio de serem avaliados e julgados por sua capacidade e aqueles que aceitam participar são os que se sentem mais “seguros” em relação às suas habilidades para a condução dos processos de psicoterapia. A expectativa era de se conseguir 50 duplas de participantes e não foi possível.

Do ponto de vista da contribuição para a formação do futuro terapeuta, a primeira diz respeito à possibilidade de os estagiários terem conhecimento mais minucioso sobre os pacientes que atendem e de articularem teoria, prática e pesquisa no desenvolvimento do

raciocínio clínico. O pensamento articulado, com base em evidências agiliza a avaliação e o planejamento das intervenções, permitindo uma visão ampla do processo psicoterapêutico e, logo, uma visão das possibilidades e limitações de sua atuação junto ao paciente (ENÉAS; ROCHA, 2011; YOSHIDA; ROCHA, 2007).

Referências

- ABREU, C.N. A teoria da vinculação e a prática da psicoterapia cognitiva. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 1(2), 2005.
- BATEMAN, A.; FONAGY, P. **Mentalization-based treatment for borderline disorder**. Oxford: Oxford Press, 2005.
- BATEMAN, A.; FONAGY, P. **Handbook of mentalizing in mental health practice**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012.
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, 4, 561-571, 1961.
- BERNECKER, S.L.; LEVY, K.N.; ELLISON, W.D. A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. **Psychotherapy Research**, 24(1), 12-24, 2014.
- BORDIN, E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. **Psychotherapy: theory, research and practice**, 16(3), 1979.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**. Vol. 1 Apego. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1969.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**. Vol.2 Separação. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1973.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**. Vol. 3 Perda. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1980.
- BOWLBY, J. **A secure base: clinical applications of attachment theory**. London: Routledge, 1988.
- BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BRENNAN, K; CLARK, C.L.; SHAVER, P.R. Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In J.A. SIMPSON; P.R. SHAVER (Eds.) **Attachment theory and close relationships**. (p. 46-76). New York: Guilford Press, 1998.
- BYRD, K.R.; PATTERSON, C.L.; TURCHIK, J.A. Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 47(4), 631-636, 2010.
- CARVALHO, L.F. **Desenvolvimento e verificação das propriedades psicométricas do inventário Dimensional Clínico da Personalidade**. Manuscrito não-publicado. Itatiba, 2011.
- CASTONGUAY, L.G.; HILL, C.E. (Eds.) **Transformation in psychotherapy**. Washington: American Psychological Association, 2012.

COAN, J.A. Adult attachment and the brain. **Journal of Social and Personal Relationships**, 27(2), 210-217, 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. Estatística sem matemática para psicólogos. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DANIEL, S.I.F. Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. **Clinical Psychology Review**, 26, 968–984, 2006.

DINGER, U.; STRACK, M.; SACHSSE, T.; SCHAUENBURG, H. Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 46(3), 277-290, 2009.

DOZIER, M.; TIRREL, The role of attachment in therapeutic relationship. In J.A. SIMPSON; W.S. RHOLES (Eds.) **Attachment theory and close relationships**. (221-224). New York, Guilford Press, 1998.

DOZIER, M.; STOVALL-MCCLOUGH, K. C.; ALBUS, K.E. Attachment and psychopathology in adulthood. In CASSIDY, J.; SHAVER, P.R. **Handbook of attachment**. (718-744). New York: Guilford 718-744, (2008).

EPPEL, A.B. Visão psicobiológica da personalidade limítrofe. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 27(3): 262-268, 2005.

ENÉAS, M. L. E.; ROCHA, G. M. A. Momentos decisivos em psicoterapia breve: manejo do término. In S. F. S. Cavalini & C. Batista (Org.). **Clínica Psicodinâmica: Olhares contemporâneos** (129-144). São Paulo: Vetor, 2011.

FARBER, B.A.; METZGER, J.A. The therapist as a secure base. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (46-70). New York: Guilford Press, 46-70, 2009.

FRALEY, R.C.; HEFFERNAN, M.E.; VICARY, A.M.; BRUMBAUGH, C.C. The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. **Psychological Assessment**, 23(3), 615-625, 2011.

FRALEY, R.C.; PHILLIPS, R.L. Self-report measures of adult attachment in clinical practice. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) (153-180). **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (New York: Guilford Press, 153-180, 2009.

FRALEY, R.C.; WALLER, N.G.; BRENNAN, K.A. An Item response theory to the analysis of self-report measures of the adult attachment. **Journal of Personality and Social Psychology**, 78(2), p. 350-365, 2000.

GALYNKER, I.I.; YASEEN, Z.S.; KATZ, C.; ZHANG, X.; JENNINGS-DONOVAN, G.; DASHNAW, S. HIRSCH, J.; MAYBERG, H. COHEN, L.J.; WINSTON, A. Distinct but overlapping neural networks subserve depression and insecure attachment. **Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance Access**, 27, 1-13, 2011.

GEORGE, C.; WEST, M. The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. **Attachment Human Development**, 3, 30-61, 2001.

GOLDMAN, R.E.; HILSENROTH, M.J.; OWEN, J.J.; GOLD, J.R. Psychotherapy integration and alliance: use of cognitive-behavioral techniques within a short-term psychodynamic model. **Journal of psychotherapy integration**, 23(4), 373-385, 2013.

GREENBERG, L.S.; JONHSON, S.M. **Emotionally focused therapy for couples**. New York: Guilford Press, 1988.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S.; Development and Validation of the Working Alliance Inventory. **Journal of Counseling Psychology**, 36, (2), 223-233, 1989.

INSEL, T.R.; YOUNG, L.J. The neurobiology of attachment . **Nat. Rev Neurosci**, 2, 129-136, 2001.

JOHANSSON, H.; JANSSON, J.A. Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: patient factors and outcome. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 83, 193-260, 2010.

JOHNSON, S.M. Attachment theory and emotionally focused therapy for individual and couples: perfect partners. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (410-434). New York: Guilford Press, 410-433, 2009.

JURIST, E.L.; MEEHAN, K.B. Attachment, mentalization, and reflective functioning. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (71-93). New York: Guilford Press, 71-93, 2009.

KOBAK, R.; CASSIDY, J ; ZIR, Y. Attachment-related trauma and posttraumatic stress disorder. In RHOLES,W.S.; SIMPSON, J.A. **Adult attachment – theory, research, and clinical implications**. New York: Guilford Press, 388, 407, 2004.

LANGHOFF, C.; BAER, T. ZUBRAEGEL, D.; LINDEN, M. Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance, and outcome of CBT in GAD. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**, 22(1), p. 68-79, 2008.

LEWIS, M. The emergence of human emotions. In LEWIS,M; HAVILAND-JONES, J.M.; BARRET, L.F. (Eds). (304-319). **Handbook of emotions**. 3a. ed., New York: Guilford Press, 2008, p. 304-319.

LILLIENGREN, P.; WERBART, A.; MOTHANDER, P.R.; EKSTRÖM, A.; SJÖGREN, S.; ÖGREN, M.L. Patient Attachment to Therapist Rating Scale: development and psychometric properties. **Psychotherapy Research**, 24(2), 184-201, 2014.

LOPEZ, F.G. Clinical correlates of adult attachment organization. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) (94-210). **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. New York: Guilford Press, 94-117, 2009.

LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P. **Understanding transference: The core conflictual relationship theme method** (2a ed.). Washington, DC: American Psychological Association, 1998.

LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P.; ALEXANDER, L.; MARGOLIS, M. COHEN, M. Two Helping Alliance Methods for predicting outcomes of psychotherapy. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 171(8), 480-490, 1983.

MARTIN, A.; BUCKHEIM, A.; BERGER, U.; STRAUSS, B. The impact of attachment organization on potential countertransference reactions. **Psychotherapy Research**, 17, 46-48, 2007.

MARTIN, D. J.; GARSKE, J. P.; DAVIS, M. K. Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta- Analytic Review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68 (3), 438-450, 2000.

MIKULINCER; M.; SHAVER, P.R.; CASSIDY, J.; BERANT, E. Attachment-related defensive processes. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (293-327). New York: Guilford Press, 293-327, 2009.

MOHR, J.J.; GELSO, C.J.; HILL, C.E. Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. **Journal of Counseling Psychology**, 52, 298-309, 2005.

NORCROSS, J.C. A primer on psychotherapy integration. In NORCROSS, J.C.; GODFRIED, M.R. **Handbook of psychotherapy integration**. New York: Oxford, 2005.

OBEGI, J.H.; BERANT, E. Introduction. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (1-16). New York: Guilford Press, 1-15, 2009.

PANKSEPP, J. The affective brain and core consciousness: how does neural activity generate emotional feelings? In LEWIS, M.; HAVILAND-JONES, J.M.; BARRET, L.F. (Eds.). (47-67). **Handbook of emotions**. 3a. ed. New York: Guilford Press, 2008, p. 47-67.

RHOLES, W.S.; SIMPSON, J.A. Attachment theory – basic concepts and contemporary questions. In RHOLES, W.S.; SIMPSON, J.A. **Adult attachment – theory, research, and clinical implications**. (1-16). New York: Guilford Press, 2004.

RUBINO, G.; BARKER, C.; ROTH, T.; FEARON, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles. **Psychotherapy Research**, 10, 408-420.

SAUER, E.M.; ANDERSON, M.Z; GORMLEY, B.; RICHMOND, C.J.; PREACCO, L. Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: a psychology training clinic study. **Psychotherapy research**, 20(6), 702-711, 2010.

SAYPOL, E.; FARBER, B.A. Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. **Psychotherapy Research**, 20(4), 462-471, 2010.

SCHORE, J.R; SCHORE, A.N. Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. **Clinical and Social Work Journal**, 36(9), 9-20, 2008.

SENHORINI, M.V.; ROCHA, G.M.A. Tradução e adaptação para a cultura brasileira da Escala *Experiences in Close Relationships-RS*. **Anais do IV Congresso Latinoamericano de Psicologia ULAPSI 2012**. Disponível em http://congresoulapsi2012.com/trabajos/1334426141_Experiences%20in%20Close%20Relationship.pdf

SHAVER, P.R.; MIKULINCER, M. An overview of adult attachment theory. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) (17-45). **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. New York: Guilford Press, 17-45, 2009.

SILBERCHATZ, G. (Ed.). *Transformative relationships – the control-mastery theory of psychotherapy*. New York: Routledge, 2005.

SILVERMAN, W. H. The Future of Psychotherapy: One Editor's Perspective. **Psychotherapy**, 2013. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0030573

SIMPSON, J.A; RHOLES, W.S. Anxious attachment and depressive symptoms. In RHOLES, W.S.; SIMPSON, J.A. (408-437). **Adult attachment – theory, research, and clinical implications**. New York: Guilford Press, 408, 437, 2004.

SMITH, A.E.M.; MSETFI, R.M.; GOLDING, L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. **Clinical Psychology Review**, 30, 326-337, 2010.

SUTTON, C. Resurgence of attachment (behaviours) within a cognitive behavioural intervention: evidence from research. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 357-366, 2001.

TOLMACZ, R. Transference and attachment. In OBEGI, J.H.; BERANT, E. (Eds.) **Attachment theory and research in Clinical Work with Adults**. (269-292). New York: Guilford Press, 269-292, 2009.

TRACEY, T.J.; KOKOTOVIC, A.M. 1989. Factor structure of Working Alliance Inventory. **Psychological Assessment**, 1, 207-210, 1989.

TRAVIS, L.A.; BINDER, J.L.; BLIWISSE, N.G.; HORNE-MOYER, H.L. Changes in clients' attachment styles over the course of time –limited dynamic psychotherapy. **Psychotherapy**, 38(2), 149-159, 2000.

WAAL, F.D. **A era da empatia**. São Paulo: Cia. das Letras, 2009.

YOSHIDA, E. M. P.; ROCHA, G. M. A. Avaliação em Psicoterapia Psicodinâmica. In J. C. Alichieri (Org.), **Avaliação psicológica: Perspectivas e contextos** (237-280). São Paulo: Vetor, 2007.

ZILBER, A. GOLDSTEIN, A.; MIKULINCER, M. Adult attachment orientations and the processing of emotional pictures – ERP correlates. **Science Direct**, 43, p. 1898-1907, 2007.